

РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНА ВА БОЛА
САЛОМАТЛИГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.11.2023.Tib.114.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНА ВА БОЛА
САЛОМАТЛИГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ

ИГАМБЕРДИЕВА ДИЛАФРУЗ УТКИРОВНА

**КЎП СУВЛИЛИК КУЗАТИЛГАН ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА
ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИНИ ВА АКУШЕРЛИК ТАКТИКАСИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.01 – Акушерлик ва гинекология

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

ТОШКЕНТ – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of Dissertation Abstract of Doctor of Philosophy (PhD)

Игамбердиева Дилафруз Уткировна

Кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёлларда ташхислаш
усулларини ва акушерлик тактикасини такомиллаштириш..... 3

Игамбердиева Дилафруз Уткировна

Усовершенствование методов диагностики
и акушерской тактики у беременных с многоводием..... 31

Igamberdieva Dilafruz Utkirovna

Improvement of diagnostic methods and obstetric tactics
in pregnant women with polyhydramic fruits..... 57

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 62

РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНА ВА БОЛА
САЛОМАТЛИГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.11.2023.Tib.114.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНА ВА БОЛА
САЛОМАТЛИГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ

ИГАМБЕРДИЕВА ДИЛАФРУЗ УТКИРОВНА

**КЎП СУВЛИЛИК КУЗАТИЛГАН ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА
ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИНИ ВА АКУШЕРЛИК ТАКТИКАСИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.01 – Акушерлик ва гинекология

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

ТОШКЕНТ – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги хузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2022.1.PhD/Tib2347 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (узбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.akusherstvo.uz) ва «Ziyonet» Ахборот таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Юсупбаев Рустем Базарбаевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Ниязметов Рахматилла Эрматович
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Уринбаева Нилуфар Абдужаббаровна
тиббиёт фанлари доктори

Етакчи ташкилот:

Бухоро Давлат Тиббиёт Институти

Диссертация ҳимояси Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази хузуридаги DSc.04/30.11.2023.Tib.114.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2025 йил «_____» _____ кuni соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100124, Тошкент шаҳри, Мирзо Улуғбек тумани, Мирзо Улуғбек кўчаси 132А уй. Тел/факс: (+99871) 263-78-18, e-mail: info@uzaig.uz).

Диссертация билан Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100124, Тошкент шаҳри, Мирзо Улуғбек тумани, Мирзо Улуғбек кўчаси 132А уй. Тел/факс: (+99871) 263-78-18.

Диссертация автореферати 2025 йил «_____» _____ кuni тарқатилди.

(2025 йил «_____» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Н.С. Надирханова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
раиси, тиббиёт фанлари доктори

А.М. Бабаханова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари бўйича
фалсафа доктори (PhD)

М.М. Асатова

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда сўнги йиллардаги тиббиёт ютуқларига қарамасдан, кўп сувлилик ҳомиладорликнинг 1–2% ҳолатларида учрайди ва перинатал асоратлар ривожланиш хавфи юқори бўлиб, перинатал ўлим кўрсаткичининг 13–17% гача ташкил этади. Сўнги йилларда ҳомиладорларда ўткир кўп сувлилик кузатилиши сабабли кесар кесиш амалиётининг 60–75% гача ортишини ташкил этади. Шу билан бирга, «...кўп сувлилик кузатилган ҳомиладорлик билан боғлиқ чақалоқлар ўлими нисбатан 2,3 баробар кўп учрайди»¹. Айниқса, ҳозирги вақтда ҳомила ривожланишида юзага келадиган турли патологиялар (туғма нуқсонлар, генетик синдромлар ва инфекция жараёнлар) ҳамда она томонидан кузатиладиган касалликларнинг (қандли диабет, буйрак касалликлари, гипертензив ҳолатлар ва бошқалар) ортиши кўп сувлилик ривожланишининг муҳим сабаблари ҳисобланади. Акушерлик асоратлари ва перинатал ўлим даражасининг юқори бўлиши кўп сувлиликни ташхислаш усуллари тақомиллаштиришни, замонавий акушерликнинг муҳим масалаларидан бири ҳисобланади

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, кўп сувлиликнинг этиологияси ва патогенезининг тўлиқ очиқ берилмаганлиги сабабли замонавий даволаш ёндашувларини ишлаб чиқиш ва янги перинатал технологияларни жорий этишда қатор мақсадли тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада кўп сувлилик кузатилган ҳомиладорларда кам инвазив фетоскопик технологиялардан фойдаланган ҳолда ҳомиладорлар мониторингини олиб бориш, бачадон-плацентар тизимда қон оқимининг бузилиши, ҳомила гипоксияси, плацентанинг барвақт ажралиши, оператив туғруқлар, туғруқдан кейинги қон кетиши, янги туғилган чақалоқларда Апгар шкаласи бўйича паст баллар, ўлик туғилиш, перинатал ўлим ва эрта туғруқлар хавфи кўрсаткичларини камайтириш, ҳомиладор аёлларнинг ушбу контингентда акушерлик ва перинатал асоратларнинг частотасини камайтиришга қаратилган тадқиқотлар алоҳида илмий ва амалий аҳамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш ва аҳолининг ижтимоий ҳимоя қилиш, соғлиқни сақлаш тизимида давлат бошқарувини тақомиллаштириш, бирламчи бўғинни касалликларни эрта аниқлаш ва даволаш учун самарали воситага айлантириш, рақамлаштириш жараёнини тезлаштириш, тиббиёт соҳасини ривожлантириш бўйича қисқа ва узоқ муддатли режаларни ишлаб чиқиш, кўрсатилаётган тиббий хизматлар ҳажмини ошириш ва уларнинг сифати сезиларли даражада яхшилаш борасида қатор чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш «...оила саломатлигини мустаҳкамлаш, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, оналар ва болаларга сифатли тиббий хизмат кўрсатиш, уларга ихтисослашган ва юқори

¹ Амниоредукция при многоводии в последовательной серии в одном центре: показания, риски и перинатальные исходы – РМС, 2024г Апр 22;11(4):502.

технологияларга асосланган тиббий ёрдам кўрсатиш, чақалоқлар ва болалар ўлимини камайтириш бўйича комплекс чора-тадбирларни кенгроқ амалга ошириш» каби муҳим вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиққан ҳолда бевосита постнатал асоратларни, жумладан вақтидан олдин туғруқни олдини олиш, шунингдек бу категориядаги ҳомиладор аёлларда ушбу асоратларни олдини олиш бўйича ўз вақтида диагностика ва профилактик чора-тадбирлар протоколини такомиллаштириш зарур бўлган илмий асосланган тадқиқотлар талаб этилади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ–60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ–4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид кўшимча чора-тадбирлари тўғрисида», 2023 йил 9 августдаги ПҚ-296-сон «Оналар ва болалар саломатлигини муҳофаза қилиш, аҳолининг репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш чора-тадбирлари тўғрисида», 2024 йил 5 сентябрдаги ПҚ-311-сон «Давлат тиббий суғуртаси механизмларини жорий этишга оид чора-тадбирлар тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологияларини ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги. Ушбу илмий тадқиқот республика фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқ, “Тиббиёт ва фармакология”, АЛ-56-тур21101918 «Кам инвазив фетоскопик технологиялардан фойдаланган ҳолда ҳомила патологиясини прогноз қилиш, эрта ташхислаш ва даволашнинг янги усулини ишлаб чиқиш» амалий тадқиқот лойиҳаси доирасида амалга оширилди.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Кўп сувлилик — ҳомиладорлик асоратлари ва салбий перинатал асоратлар ривожланишида муҳим омилдир. Ҳатто аниқ сабабларсиз (идиопатик кўп сувлилик) ҳам бу ҳолат ноқулайдир. Сўнгги мета-таҳлиллар (Kechagias ва бошқ., 2024) кўрсатганидек, идиопатик кўп сувлилик эрта туғруқ хавфини ($RR \approx 1,96$), плацента ажралиши ($RR \approx 3,20$), кесарча кесиш ($RR \approx 1,60$), туғруқдан кейинги қон кетиши ($RR \approx 1,98$), Апгар шкаласи бўйича паст баҳолар, ўлик туғилиш ($RR \approx 4,75$) ва перинатал ўлим ($RR \approx 4,75$) хавфини оширади.

ResearchGate илмий базаси маълумотларига кўра, ҳозирги кунда кўп сувлиликнинг турли этиологиялари ва унинг турли акушерлик ва перинатал асоратлар билан боғлиқлигига бағишланган 2167 дан ортиқ тадқиқотлар эълон қилинган. Кўп сувлилик бир қатор асоратлар ривожланиши хавфини оширади: ҳомила гипоксияси хавфи (нисбий хавф 2,1), фетоплацентар тизимдаги қон айланишининг бузилиши, ва эрта туғилиш (нисбий хавф 1,59) (Zhou L. ва бошқ., 2016).

С. Зейно ва ҳаммуаллифларнинг маълумотларига кўра, идиопатик кўп сувлилик ҳомиладорлик вақтида кесар кесиш операцияси хавфининг

мустақил омили сифатида қаралади, ҳатто турли ҳамроҳ факторларни ҳисобга олгандан сўнг ҳам (OR=21,02, 95% CI [8,004–55,215], P<0,001). Бу маълумотлар бошқа кўплаб тадқиқотларнинг натижаларига мос келади. Масалан, 215 та идиопатик кўп сувлилик ҳолати ўрганилган ретроспектив серияда Авирам ва бошқалар кесарча кесиш хавфи ошганини кўрсатувчи OR 2,6 кўрсаткичини аниқлашди. Кс ва бошқалар (2017) тадқиқотида диабетли бор ҳомиладор аёлларда кўп сувлилик ривожланиш хавфи соғлом ҳомиладор аёлларга қараганда сезиларли даражада юқори эканлиги кўрсатилган (Кс et al., 2017). Гипертензив бузилишлар, жумладан преэклампсия, кўп сувлилик ривожланиш хавфи билан боғлиқ бўлиб, бу Narang et al. (2018) тадқиқотларида тасдиқланган. Ҳомиладорлик асоратлари орасида энг жиддий муаммолардан бири ўткир кўп сувлилик вақтида ҳомиладорликни олиб боришдир. L. Poon, R. Napolitano ва ҳаммуаллифларнинг маълумотларига кўра, фетоплацентар тизимнинг бузилишлари ва ҳомила гипоксиясининг ривожланишига алоҳида эътибор қаратилган.

Ҳозирги вақтда кўп сувлилик вақтида ҳомиладорликни бошқариш тактикасини белгилаш ва туғруқни оптимал муддатларда амалга ошириш учун стандарт мезонлар мавжуд эмас.

Бу маълумотлар муаммонинг долзарблигини ва кўп сувлилик бўлган ҳомиладор аёлларни бошқаришда диагностика ва тактикани такомиллаштириш зарурлигини тасдиқлайди.

Диссертация мавзусининг, диссертация бажарилган илмий ташкилотнинг илмий-тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги. Диссертация иши АЛ-56-тур21101918 (2023–2025-йй.) «Кам инвазив фетоскопик технологиялардан фойдаланган ҳолда ҳомила патологиясини прогноз қилиш, эрта ташхислаш ва даволашнинг янги усулини ишлаб чиқиш» амалий тадқиқот лойиҳаси доирасида амалга оширилди.

Тадқиқотнинг мақсади ишлаб чиқилган универсал бачадон ичи портидан фойдаланган ҳолда узайтирилган амниоредукция усулининг самарадорлиги ва хавфсизлигини аниқлашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг кечиши, туғруқ жараёни ва перинатал натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш;

амниоредукция амалиётини ўтказиш учун ултратовуш текшируви орқали фетоплацентар тизим ҳолатини ва кўп сувлиликнинг оғирлик даражасини хусусиятларини баҳолаш;

амниотик суюқликни кислота-ишқорий ҳолати (КИХ), ИЛ-6, прокальцитонин даражаси ва микрофлорасининг бактериал экма замонавий диагностика усуллари билан таҳлил қилиш ва баҳолаш;

ҳомиладорликнинг кечиши, оқибатлари ва ҳомиланинг ҳолатини стандарт ва узайтирилган амниоредукция усулига боғлиқ ҳолда баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2021–2023 йилларда Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт марказида ўткир кўп сувлилик кузатилган 55 та ҳомиладор аёллар олинган.

Тадқиқотнинг предмети ўткир кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёллардан олинган амниотик суюқликнинг баҳолаш материаллари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Умумий клиник, клиник-анамнестик, лаборатор инструментал, иммунологик, клиник параметрларни статистик тадқиқот усулларида фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги кўйдагилардан иборат:

илк бор оғир даражадаги кўп сувлилик аниқланган ҳомиладор аёлларда амниоредукция талаб қилувчи асосий клиник омиллар (идиопатик кўп сувлилик, туғма нуқсонлар ва фето-фетал трансфузия синдроми) аниқланди;

илк бор оғир даражадаги кўп сувлилик аниқланган ҳомиладорларда амниотик суюқликдаги кислота-ишқор мувозанати (рН) пасайганлиги, кислород парциал босими (рО₂) пасайганлиги ва лактат даражасининг ошганлиги аниқланди ва шу орқали ҳомила гипоксиясининг субклиник босқичини эрта ташхислаш ва даволаш тактикасини коррекция қилишнинг самарадорлиги исботланди;

илк бор оғир даражадаги кўп сувлилик ҳолати кузатилган ҳомиладор аёлларда универсал бачадон ичи порти ёрдамида амниотик суюқликни назоратли равишда камайтиришга қаратилган такомиллаштирилган амниоредукция усули ишлаб чиқилди;

илк бор турли генезли кўп сувлилик аниқланган ҳомиладорларда фаол хирургик тактика – такомиллаштирилган амниоредукция усулини қўллаш орқали ҳомиладорликни оптимал муддатгача узайтириш ва перинатал асоратлар хавфини камайтиришга қаратилган ҳомиладорликни олиб бориш алгоритми самарадорлиги исботланди;

Тадқиқотнинг амалий натижалари кўйдагилардан иборат:

оғир даражадаги кўп сувлиликни эрта аниқлаш учун ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан бошлаб амниотик суюқлик индекси (АСИ) ёки энг катта чўнтак чуқурлигини ўлчаш орқали ултратовуш текширувини ўтказиш тавсия этилган. АСИ қиймати 240 см дан юқори бўлган ҳолатларда шифокорлар томонидан ҳар икки ҳафтада бир марта амниотик суюқлик ҳажмини баҳолаш орқали динамик кузатувни амалган оширишга ёрдам берган;

оғир кўп сувлиликни даволаш учун универсал бачадон ичи портини ўрнатиш, бу инфекцион асоратлар, шу жумладан хориоамнионит хавфини камайтиришга, шунингдек, қоғоноқ пардасининг эрта ёрилиши ва вақтидан олдин туғруқ эҳтимолини камайтиришга ёрдам берган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги беморларнинг ҳолатини баҳолашнинг объектив критерийлари, замонавий диагностика ва даволаш усуллари, методологик ёндашувлар ва статистик таҳлил тўпламларининг тўғри қўлланилиши билан асосланган. Тадқиқот етарли клиник материал устида ўтказилган. Диссертацияда кўриб чиқилган муаммоларни ҳал қилиш усуллари замонавий илмий-амалий қарашлар ва ҳомиладор аёлларда ўткир кўп сувлилик кузатилган аёлларни ташхислаш ва даволашга ёндашувларга асосланган. Кўриб чиқилган вазифаларнинг ечими замонавий синовдан ўтган тиббий статистика усуллари билан амалга оширилган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Илмий натижаларнинг аҳамияти шундаки, оғир даражадаги кўп сувлилик ҳолатининг сабаблари ва натижалари аниқланди, инвазив даволаш – амниоредукция учун кўрсатмалар белгилаб берилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундаки, такомиллаштирилган бачадон ичи портидан фойдаланиш усули ишлаб чиқилди, бу она ва ҳомила учун асоратлар хавфини сезиларли даражада камайтириш имконини берган. Кўп сувлилик бўлган ҳомиладорларни олиб бориш алгоритми ишлаб чиқилган. Ушбу алгоритмни қўллаш перинатал асоратлар хавфини сезиларли даражада камайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази экспертлар кенгашининг 2024 йил 30 мартдаги №29 у-т/15 эксперт хулосаси асосида тасдиқланган:

биринчи илмий янгилик: илк бор оғир даражадаги кўп сувлилик аниқланган ҳомиладор аёлларда амниоредукция талаб қилувчи асосий клиник омиллар (идиопатик кўп сувлилик, туғма нуқсонлар ва фето-фетал трансфузия синдроми) аниқланган. Олинган илмий-амалий маълумотлар Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий амалий тиббиёт маркази, Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази Нукус ва Хоразм филиалларининг (Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази Эксперт кенгашининг 2024 йил 30 мартдаги 29 у-т/15 сонли хулосаси билан) амалиётига жорий этилди. Ижтимоий самарадорлиги: ўткир кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёлларда амниотик суюқликни бактериологик текширув, кислота ишқор ҳолатини ўрганиш, доплерометрия ва амниоредукция каби текширувларни амалга ошириш ҳомиладорликни оптимал муддатларгача ўзайтириш имконини беради. Иқтисодий самарадорлиги: ўткир кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёлларда амниотик суюқликни бактериологик текширув 222800 сўмни, кислота ишқор ҳолатини текширув 145500 сўмни, ҳомила ултратовуш ва доплерометрия текшируви 214200 сўмни ва амниоредукция муолажаси 221300 сўмни ташкил қилади. Ҳомилада қон айтанишига баҳо бериш ва вақтидан олдин туғруқни олдини олиш мақсадида ҳар битта беморга (1март ҳисобда) 803800 сўм ташхис кўйиш учун сарфланади. Кўрсатилган текширувлар ҳомила гипоксиясини аниқлашда бир марта амалга оширилган ҳолда 803800 сўм иқтисодий самарадорликка эришиш мумкин (бу текширувлар индивидуал таризда ҳар битта ўткир кўп сувлилик кузатилаган ҳомиладор аёлларда 2-10 мартагача амалга оширилиши мумкин). Ўртача ҳисобда 5 марта амалга оширилган 4019000 сўмни ташкил қилади. Хулоса: ўткир кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёлларда ҳомила гипоксиясини ташхислаш бир марта амалга оширилган ҳисобда бюджет маблағларини 4019000 сўм тежаш имконини берди;

иккинчи илмий янгилик: илк бор оғир даражадаги кўп сувлилик аниқланган ҳомиладорларда амниотик суюқликдаги кислота-ишқор

мувозанати (рН) пасайганлиги, кислород парциал босими (рO₂) пасайганлиги ва лактат даражасининг ошганлиги аниқланди ва шу орқали ҳомила гипоксиясининг субклиник босқичини эрта ташхислаш ва даволаш тактикасини коррекция қилишнинг самарадорлиги исботланган. Олинган илмий-амалий маълумотлар Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий амалий тиббиёт маркази, Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази Нукус ва Хоразм филиалларининг (Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази Эксперт кенгашининг 2024 йил 30 мартдаги 29 у-т/15 сонли хулосаси билан) амалиётига жорий этилди. Ижтимоий самарадорлиги: ўткир кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёлларда кислота ишқор ҳолатини ўзгариш ўз вақтида ҳомиладаги гипоксиясини аниқлашга имкон беради. Иқтисодий самарадорлиги: ўткир кўп сувлилик кузатилган аёлларда кислота ишқор ҳолатини ўзгариш ҳомила гипоксиясини ташхислаш имконини беради ва нархи стандарт ҳолларда 145500 сўмни ташкил қилади. Ҳомилада қон айтанишига баҳо беришда фойдаланиладиган ултратовуш ва доплерометрия текширув усули эса 214200 сўмни (бир марта) ташкил этади. Бу текширувлар ҳомилада динамикада кўп маротаба такроран қилиниши мумкин. Кўрсатилган текширувлар ҳомила гипоксиясини аниқлашда бир марта амалга оширилган ҳолда 68500 сўм иқтисодий самарадорликка эришиш мумкин (бу текширувлар индивидуал тарзда ҳар битта ўткир кўп сувлилик кузатилаган ҳомиладор аёлларда 2-10 мартагача амалга оширилиши мумкин). Хулоса: ўткир кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёлларда ҳомила гипоксиясини ташхислаш бир марта амалга оширилган ҳисобда бюджет маблағларини 68500 сўм тежаш имконини берди;

учинчи илмий янгилик: илк бор оғир даражадаги кўп сувлилик ҳолати кузатилган ҳомиладор аёлларда универсал бачадон ичи порти ёрдамида амниотик суюқликни назоратли равишда камайтиришга қаратилган такомиллаштирилган амниоредукция усули ишлаб чиқилган (патент № FAP 2606; FAP 202440116). Олинган илмий-амалий маълумотлар Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази, Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази Нукус ва Хоразм филиалларининг (Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази Эксперт кенгашининг 2024 йил 30 мартдаги 29 у-т/15 сонли хулосаси билан) амалиётига жорий этилди. Ижтимоий самарадорлиги: ўткир кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёлларда узок муддатли такомиллаштирилган амниоредукция усулини қўллаш хориоамнионит хавфини камайтиришга, қоғоноқ пардасининг эрта ёрилиши ва вақтидан олдин туғилиш эҳтимолини камайтиришга ёрдам беради. Иқтисодий самарадорлиги: ўткир кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёлларда оддий амниоредукция амалиётини бажариш 221300 сўмни ташкил қилади ва бу амалиёт ҳар бир беморда ўртача 8 марта (1770400 сўм) амалга оширилади. Ўткир кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёлларда узок муддатли

такомиллаштирилган амниоредукция усулини қўллаш ҳар битта беморда ўртача 3 марта амалга оширилади ва 663900 сўм ташкил этади. Узок муддатли такомиллаштирилган амниоредукци амалиёти ҳар битта бемор учун ўртача 1106500 сўм иқтисодий самарадорликка эришиш имконини беради. Хулоса: ўткир кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёлларда ташхислаш ва даволаш мақсадида қилинган узок муддатли такомиллаштирилган амниоредукция бюджет маблағларини 1106500 сўмга тежаш имконини берди;

тўртинчи илмий янгилик: илк бор турли генезли кўп сувлилик аниқланган ҳомиладорларда фаол хирургик тактика – такомиллаштирилган амниоредукция усулини қўллаш орқали ҳомиладорликни оптимал муддатгача узайтириш ва перинатал асоратлар хавфини камайтиришга қаратилган ҳомиладорликни олиб бориш алгоритми самарадорлиги исботланган. Олинган илмий-амалий маълумотлар соғлиқни сақлаш ва клиник амалиётга, хусусан, Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий амалий тиббиёт маркази, Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази Нукус ва Хоразм филиалларининг (Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази Эксперт кенгашининг 2024 йил 30 мартдаги 29 у-т/15 сонли хулосаси билан) амалиётга жорий этилди. Ижтимоий самарадорлиги: кўп сувлилик кузатилаган ҳомиладорликни олиб бориш алгоритми амалиётда қўллаш она ва ҳомила томонидан кузатилиш эҳтимоли бўлган асоратларни олдини олиш имконини беради. Иқтисодий самарадорлиги: ўткир кўп сувлилик кузатилган аёлларда вақтидан олдин туғилган чақалоқларни чақалоқлар реанимацияси ва интенсив даволаш бўлимида шифохонада қолиш муддатини ўртача 25 кундан 12 кунга (13 кун) қисқартириб, шифохонада қолиш тўлов миқдори 18730400 сўмга камайтирганлиги ҳисобига иқтисод қилинган (Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази нинг прејскурантига кўра шифохонада чақалоқлар реанимацияси ва интенсив даволаш бўлими 1 кун қолиш 1440800 сўмни ташкил қилади); шифохонада бўлиш даврининг бир неча кунга қисқартирилиши ҳисобига дори-дармон 15000000 сўмга кам талаб этилган (1 кунга ўртача 1500000 сўм дори воситалари сарфланади). Хулоса: ўткир кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёлларни олиб боришда она ва ҳомиланинг заҳиравий имкониятларини назорат қилиш ва ҳомила учун хавfli ҳолатларни ўз вақтида ташхислаш ва амалиётда қўлланилишида бир нафар чақалоқ ҳисобига бюджет маблағларини 18730400 сўмга иқтисод қилиш имконини берди.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Ушбу тадқиқот натижалари 1 та халқаро конгресс ва 2 та халқаро республика илмий-амалий анжуманларида маъруза қилинди ва муҳокама қилинди.

Тадқиқот натижаларининг нашрлари. Диссертация иши мавзуси бўйича 12 та илмий мақола чоп этилган бўлиб, шу жумладан 5 та журнал мақоласи, улардан 4 таси республикада, 1 таси хорижий журналларда

Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси томонидан диссертацияларнинг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун илмий нашрларда чоп этиш тавсия этилган.

Диссертация ишининг тузилиши ва ҳажми. Диссертация иши, тўртта боб, хулосалар, натижалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Ишнинг умумий ҳажми 115 саҳифадан иборат.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида тадқиқот мавзусининг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади, вазифалари, объекти ва предмети тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган ҳамда тадқиқотнинг илмий янгилиги, амалий натижалари тақдим этилган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий этиш, нашр қилинган ишлар, диссертациянинг тузилиши ва ҳажми бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи бобида **«Адабиётлар шарҳи. Кўп сувлиликнинг диагностика ва патогенезининг замонавий жихатлари»** маҳаллий ва хорижий тадқиқотчиларнинг ишларига умумий нуқтаи назарни ўз ичига олади, хомиладорлик даврдиги адаптацион ўзгаришлар, амниотик суяқликни хомила учун роли, кўп сувлиликни ташхислаш, акушерлик ва перинатал асоратлар туғрисида маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Клиник материал ва тадқиқот усуллариининг характеристикаси»** деб номланган иккинчи бобида ўрганиш объектининг хусусиятлари ва муаммони ҳал этишни таъминловчи усуллар келтирилган. Тадқиқот 2021 йилдан 2024 йилгача Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт марказида (директор – тиббиёт фанлари доктори Надирхонова Н.С.) «Кам инвазив фетоскопик технологиялардан фойдаланган ҳолда хомила патологиясини прогноз қилиш, эрта ташхислаш ва даволашнинг янги усулини ишлаб чиқиш» АЛ-56-тур21101918 (2023–2025-йй.) амалий тадқиқот лойиҳаси доирасида амалга оширилди.

Клиник-статистик таҳлил учун РИОваБСИАТМда туғруқ амалга оширилган 55 та хомиладор аёл (ўткир кўп сувлилик билан) танлаб олинди.

Тадқиқот гуруҳларига киритилган хомиладорларнинг биринчи кўрикдан ўтказилиши, ташхис қўйилиши, даволаш чораларини танлаш ва аёл ҳамда хомиланинг ҳолатини динамик кузатиш РИОваБСИАТМда амалга оширилди. Скрининг босқичида 189 та кўп сувлилик ҳолатига эга хомиладорлар текширилган, аммо тадқиқотга ташхис қўйиш мезонларига мос келадиган 55 нафар хомиладор (ўткир кўп сувлилик билан) киритилган.

Тадқиқот дизайнига кўра, биринчи босқичда кўп сувлилик ҳолати билан боғлиқ хомиладор аёлларнинг 199 та туғруқ тарихи бўйича ретроспектив тадқиқот ўтказилди. Иккинчи босқичда эса 2021 йил январидан 2024 йил март ойигача ўткир кўп сувлилик ҳолатига эга аёллар (n=55) ўртасида

проспектив тадқиқот амалга оширган. Тадқиқот учун беморларни танлаш, киритиш чиқариш мезонларига мувофиқ амалга оширилди. Асосий гуруҳни универсал бачадон ичи порти қўлланилган 21 нафар ҳомиладор ва таққослаш гуруҳини стандарт амниоредукция қўлланилган 34 нафар ҳомиладор. Тадқиқот учун киритилган барча беморларда амниотик суюқлик олиб кислота ишқор ҳолати, ИЛ 6, прокальцитонин, бактериал экама ва ҳомила доплерометрияси текшируви амалга оширилган.

Асосий гуруҳдаги ҳомиладорларнинг ўртача ёши $28,2 \pm 4,2$ ёшни ташкил этган, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич бироз паст бўлиб, $27,8 \pm 4,2$ ёшни ташкил этган. Паритетга (туғруқ сонига) кўра асосий гуруҳдаги аёлларнинг 23,8% биринчи марта туғувчилар бўлиб, 76,2% қайта туғувчилардир. Таққослаш гуруҳида эса биринчи марта туғувчилар улуши 23,5%, қайта туғувчилар эса 76,5%ни ташкил этган. Асосий гуруҳдаги ҳомиладорларнинг биринчи марта кўп сувлилик билан мурожат қилган муддати $27,0 \pm 3,2$ ҳафта ва таққослаш гуруҳидаги ҳомиладорларнинг муддати эса $27,5 \pm 3,1$ ҳафтани ташкил этди.

Олинган натижалар «Excell» илова дастурлари пакети ёрдамида статистик қайта ишланди. Сараланганларнинг тўғри тақсимланганлиги текширилгач, Стьюдент (t) мезони асосида хатолар эҳтимоли (p) ҳисобга олиниб, параметрик вариантлар таққосланди.

Диссертациянинг «Ўткир кўпсувлилик мавжуд аёлларда ҳомиладорлик, туғиш даври ва перинатал натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш» деб номланган учинчи бобида кўп сувлилик частотасини аниқлаш мақсадида РИОваБСИАТМда амалга оширилган 3315 туғруқ тарихи бўйича ретроспектив таҳлил ўтказилган. Ретроспектива таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, 2020 йилда РИОваБСИАТМга туғруқ учун мурожат қилган ҳомиладор аёлларнинг умумий популяцияси орасида 6% ($n=199$) аёлда кўп сувлилик бўлгани аниқланган. Улардан 3-даражали кўп сувлилик ҳолати $n=26$ (13,06%) ҳомиладор аёлларда аниқланган.

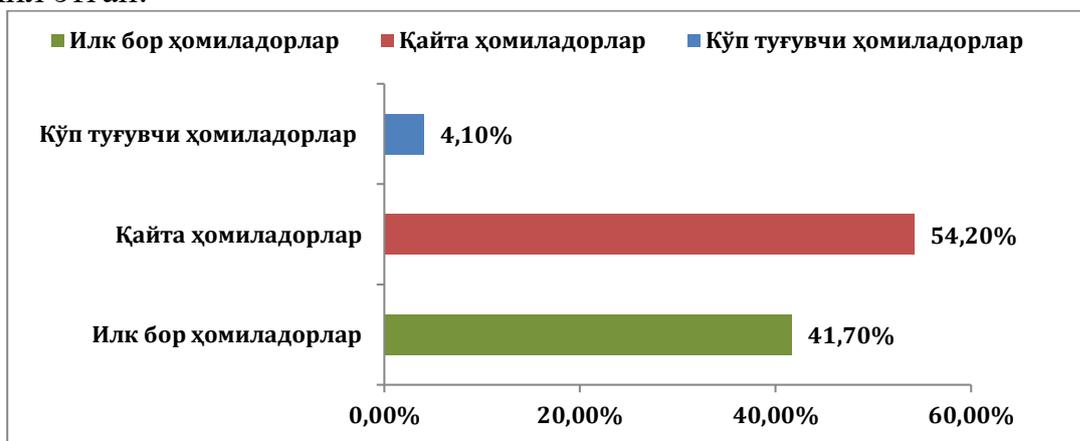


1–расм. Кўп сувлилик ҳолатидаги ҳомиладорларнинг ёши (ретроспектив таҳлил бўйича)

Ретроспектив таҳлил натижаларига кўра, кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёлларнинг ёши 21 ёшдан 40 ёшгача бўлиб, ўртача ёш $28 \pm 2,64$ ёшни ташкил этди. Улар орасида 26–35 ёшли аёллар улуши энг юқори бўлиб,

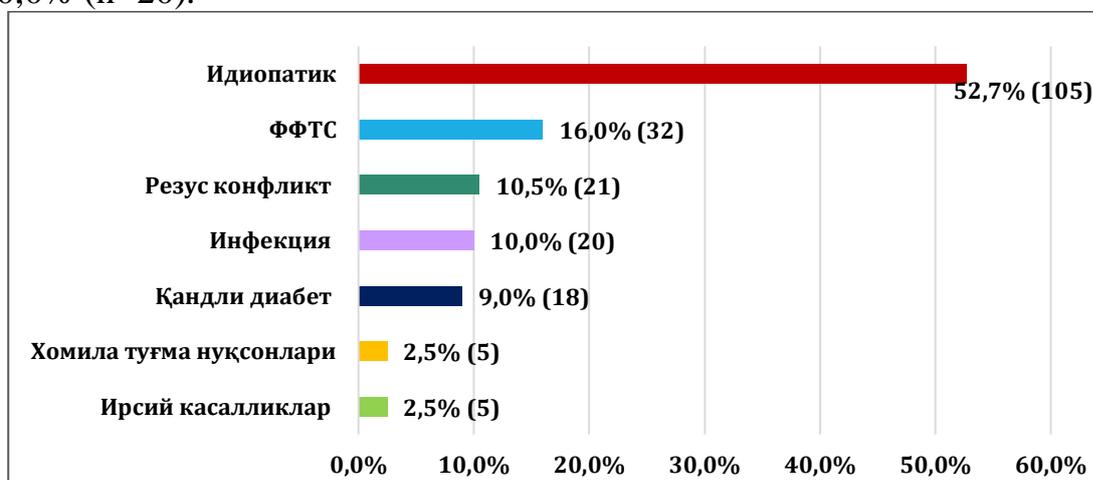
умумий ҳолатларнинг 55,6% ни ташкил этган (1-расм). Шунингдек, 18–25 ёшли аёллар гуруҳига тўғри келган ҳолатлар 38,8% ни ташкил этди. Ушбу натижалар кўп сувлилик, асосан, фаол репродуктив ёшдаги аёллар орасида тез-тез учрайдиган ҳолат эканини кўрсатди.

Кўп сувлилик ҳолатидаги ҳомиладор аёлларнинг паритети, яъни ҳомиладор аёлларнинг аввалги ҳомиладорликлари сони бўйича тақсимоти 2-расмда кўрсатилган. Таҳлил маълумотларига кўра, биринчи марта ҳомиладор бўлган аёллар кўп сувлилик ҳолатларининг 41,7% ни ташкил этган. Қайта ҳомиладор бўлганлар эса 54,2% ни ташкил қилиб, кўп сувлилик ҳолатлари асосан анамнезида ҳомиладорлик бўлган аёлларда кўпроқ учраган. Кўп марта туғруқ қилган аёллар (3 ва ундан ортиқ ҳомиладорлик) эса атиги 3,7% ни ташкил этган.



2-расм. Кўп сувлилик ҳолатидаги ҳомиладорларнинг паритети

3-расмда кўп сувлиликка олиб келган энг кўп учрайдиган сабаб сабаб ретроспектив таҳлилга асосан, идиопатик сабаблар — 52,7% (n=105) бўлиб, бу категорияда сабаблар аниқланмаган ҳолда, кўп сувлиликнинг энг катта қисмига тегишлидир. ФФТС (Фетал-фетал трансфузиони синдроми) — 16,0% (n=32). Бу ҳолатда бир ҳомила иккинчисидан кўпроқ амниотик суюқлик олади. Резус конфликт — 10,5% (n=21). Резус конфликти, яъни резус омилларининг низоси, кўп сувлиликка сабаб бўлиши мумкин. Инфекциялар — 10,0% (n=20).



3-расм. Кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёлларда кўпсувлиликка олиб келган сабаблар

Ҳомиладорлик даврида инфекцияларнинг мавжудлиги амниотик суяқликнинг ошишига олиб келиши мумкин. Қандли диабет — 9,0% (n=18). Қандли диабетнинг мавжудлиги кўп сувлилик сабаб бўлган. Ҳомила туғма нуксонлари — 2,5% (n=5). Ҳомила туғма нуксонлари ҳам кўп сувлиликка сабаб бўлиши мумкин. Ирсий касалликлар — 2,5% (n=5). Ирсий касалликлар ҳам кўп сувлиликнинг сабаблари орасида бўлган.

1-жадвалда кўп сувлилик билан ҳомиладор аёлларда туғруқ жараёнининг асосий (n=199) кўрсаткичларни ўз ичига олади. Текширув натижалари туғруқ жараёнидаги асоратлар, туғруқ усуллари ва қўлланилган тиббий чоратадбирларни намоён этади. Кўп сувлилик ҳолатидаги ҳомиладорларда туғруқ кечиши натижалари шуни кўрсатдики ҳомила қоғонок пардасининг муддатидан олдин ёрилиши 116 ҳолатда, яъни 58,3% ҳолларда кузатилган бўлиб, кўп сувлиликка хос бўлган қоғонок пардаси таранглиги ва ёрилиш хавфининг юқори эканлигини кўрсатади. Ҳомила қоғонок пардасининг туғруқдан олдин ёрилиши эса 21 ҳолатда (10,5%) қайд этилган, бу эса инфекция асоратлар хавфини оширадиган ҳолат ҳисобланади. Барвақт туғруқлар: 32 ҳафтагача бўлган туғруқ — 91 ҳолат (45,7%), 32 ҳафтадан 37 ҳафтагача — 75 ҳолат (37,6%), бу эса муддатидан олдинги туғруқларнинг юқори учраш частотасини кўрсатади. Муддатидаги туғруқлар — 33 ҳолат (16,6%) ни ташкил қилган, бу эса кўп сувлиликда нормал муддатдаги туғруқлар сони нисбатан паст эканлигини кўрсатади. Туғруқ фаолиятининг заифлиги — 16 ҳолат (8,0%), туғиш фаолиятининг дискоординацияси — 8 ҳолат (4,0%), тез туғруқ — 9 ҳолат (4,5%) да кузатилган.

1-жадвал

Кўп сувлилик ҳолатидаги ҳомиладорларда туғруқнинг кечиши

| Кўрсаткич | Ретроспектив гуруҳи (n=199) | | |
|--|-----------------------------|------|------|
| | абс. | % | |
| Ҳомила пуфагининг муддатидан олдин ёрилиши | 116 | 58,3 | |
| Ҳомила пуфагининг туғруқдан олдин ёрилиши | 21 | 10,5 | |
| Барвақт туғруқ <32 ҳафта | 91 | 45,7 | |
| Барвақт туғруқ <37 ҳафта | 75 | 37,6 | |
| Муддатидаги туғруқ | 33 | 16,6 | |
| Туғиш фаолиятининг заифлиги | 16 | 8,0 | |
| Туғиш фаолиятининг дискоординацияси | 8 | 4,0 | |
| Тез туғруқ | 9 | 4,5 | |
| Қон кетиши | | | |
| НЖЙМОА | 21 | 10,5 | |
| Гипотоник | 11 | 5,5 | |
| Кесар кесиш (n=141; 70,8%) | Режалаштирилган | 80 | 40,2 |
| | тезкор | 61 | 30,6 |
| Табиий йўл билан туғиш (n=58; 29,2%) | 58 | 29,2 | |
| Бачадон бўшлиғини қўлда текшириш | 3 | 6 | |

Қон кетиш ҳолатлари эса НЖЙВОК — 21 ҳолатда (10,5%), гипотоник қон кетиши — 11 ҳолатда (5,5%), бу эса туғруқ фаолиятининг сустлашиши билан боғлиқ ҳолатлардир. Кесарча кесиш амалиёти жами 149 аёлда амалга оширилган бўлиб, бу барча ҳолатларнинг 70,8% ни ташкил қилади. Шулардан режалаштирилган кесарча — 80 ҳолат (40,2%), тезкор кесарча — 61 ҳолат (30,6%) да бажарилган. Табиий йўл билан туғруқ 58 аёлда амалга оширилган, бу 29,2% ни ташкил қилган. Бачадон бўшлиғини қўлда текшириш амалиёти 3 ҳолатда бажарилган бўлиб, бу табиий туғруқларнинг 6%ида амалга оширилганини кўрсатди.

Кўп сувлилик билан ҳомиладор бўлган аёлларда кесар кесиш амалиёти асосан ФФТС билан боғлиқ ҳолатларда (23%), НЖЙМОА (17%), ҳомиланинг нотўғри жойлашуви (14%) сабабли ўтказилган.

Энг кўп фоизни ҳомиладорликнинг оғир асоратлари, жумладан, ФФТС ва НЖЙМОА эгаллайди. Ҳомиланинг жойлашуви ва она танасининг анатомик хусусиятлари билан боғлиқ омиллар ҳам операция йўли билан туғруқ учун муҳим сабабларни ташкил этган. Офтальмологик кўрсатмалар (миопия) бошқа сабабларга нисбатан камроқ учраган (4-расм).



4-расм. Кўп сувлилик ҳолатидаги ҳомиладорларда абдоминал туғруқга кўрсатмалар

2-жадвалда тадқиқотнинг ретроспектив қисмида кўп сувлилик ҳолати кузатилган 199 нафар ҳомиладор аёлдан туғилган чақалоқларнинг морфофункционал ҳолати таҳлил қилинди. Ушбу маълумотлар чақалоқларнинг бўйи, вазни ва Апгар шкаласи бўйича баҳолаш кўрсаткичларини ўз ичига олади. Чақалоқлар бўйи таҳлили шуни кўрсатдики, болаларнинг аксариятида (65,7%) бўй 35-47 см оралиғида бўлган. Ўртача (34,1%) чақалоқлар 47-53 см бўйга эга бўлган.

Чақалоқларнинг вазни таҳлил натижаларига кўра, 2500 грамм ва ундан кам вазнга эга чақалоқлар сони 131 нафар (65,8%) ни ташкил этди. Фақат 68 нафар чақалоқ (34,1%) да вазн ≥ 2500 г бўлган бўлиб, улар муддатдаги туғруқ (≥ 37 ҳафта) гуруҳига тўғри келган.

Кўп сувлилик ҳолати кузатилган ҳомиладор аёллардан янги туғилган чақалоқларнинг ҳолати

| Ўрганилган параметрлар | | Ретроспектив гуруҳ (n=199) | |
|--|------------------|----------------------------|-------|
| Чақалоқ вазни | Туғилган муддати | Абс | % |
| <999 | <28 | 37 | 18,6% |
| 1000-1499 | 28-30 | 44 | 22,1% |
| 1500-2499 | 31-36 | 50 | 25,1% |
| > 2500 | >37 | 68 | 34,1% |
| Апгар шкаласи бўйича баҳолаш | | | |
| 3-4 | | 41 | 20,6% |
| 5-7 | | 95 | 47,7% |
| 8-10 | | 63 | 31,6% |
| Аntenатал ҳомила ўлими | | 9 | 4,5% |
| Интранатал ўлим | | 0 | 0 |
| 0-6 кун ичида янги туғилган чақалоқларнинг ўлими | | 21 | 10,5% |

Перинатал натижалар таҳлили шуни кўрсатдики, чақалоқларнинг катта қисми n=131 (65,8%) вазни 2500 граммдан кам бўлган, ва n=136 (68,3%) чақалоқлар Апгар шкаласи бўйича паст балл (<8 балл) олган. Ретроспектив таҳлилда перинатал ўлим n=30 (15,0%) ни ташкил этган бўлиб, бу кўп ҳолатларда ўткир кўп сувлилик туфайли муддатидан аввалги туғруқ билан боғлиқлиги аниқланган.

Диссертациянинг тўртинчи боби «**Шахсий тадқиқот натижалари. Текширилган беморларнинг клиник характеристикаси. Ўткир кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёлларда бачадон- йўлдош -ҳомила қон айланишининг ҳолати натижалари**». Тадқиқот объектлари сифатида 55 нафар ўткир кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёллар олинган. Тадқиқотнинг асосий гуруҳига универсал бачадон ичи портидан фойдаланилган ҳолда ўткир кўп сувлилик ташхиси қўйилган 21 нафар бемор киритилган, таққослаш гуруҳини эса стандарт амниоредукциядан фойдаланилган ҳолда ўткир кўп сувлилик ташхиси қўйилган 34 нафар ҳомиладор аёллар ташкил этган.

3-жадвалда икки гуруҳ — асосий гуруҳ (n=21) ва таққослаш гуруҳи (n=34) ҳомиладор аёлларининг ёш ва акушерлик хусусиятлари бўйича маълумотлар келтирилган. Асосий гуруҳга универсал бачадон ичи порти орқали амниоредукция амалиёти ўтказилган ҳомиладорлар, таққослаш гуруҳига эса стандарт амниоредукция амалиёти ўтказилган ҳомиладорлар ўткир кўп сувлилик ҳолатлари киритилган.

Ўткир кўп сувлилик билан текширилган гуруҳларда ёш ва паритет

| Кўрсаткичлар | | Асосий гуруҳ n=21 | Таққослаш гуруҳи n=34 |
|---|----------------------|----------------------|--------------------------|
| Ўткир кўп сувлилик билан ҳомиладор аёлларнинг ёши | | 28,2±4,2 | 27,8±4,2 |
| Ўткир кўп сувлилик билан ҳомиладор аёлларнинг паритети | Биринчи ҳомиладорлик | 27,8% | 28,7% |
| | Қайта ҳомиладорлик | 72,2% | 71,3% |
| Ўткир кўп сувлилик билан ҳомиладор аёлларнинг ҳомиладорлик муддати | | 27,0±3,2 ҳафта | 27,5±3,1 ҳафта |
| Гуруҳлар орасида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар аниқланмади (p>0,05). | | | |

Ўткир кўп сувлилик бўлган асосий гуруҳдаги аёлларнинг ўртача ёши 28,2±4,2 ёшни, таққослаш гуруҳида эса 27,8±4,2 ёшни ташкил этган. Ёш бўйича гуруҳлар орасида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар аниқланмаган ($p > 0,05$), бу ушбу кўрсаткич бўйича гуруҳларнинг қиёсламоққа яроқли эканлигини кўрсатади.

Паритетни таҳлил қилиш натижасида маълум бўлдики, асосий гуруҳдаги ўткир кўп сувлилик билан бемор аёлларнинг 27,8% биринчи марта ҳомиладор бўлган, 72,2% эса қайта ҳомиладор бўлган. Таққослаш гуруҳида бу кўрсаткичлар мувофиқ равишда 28,7% ва 71,3% ни ташкил этган. Бу фарқлар ҳам статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас ($p > 0,05$), бу гуруҳларнинг паритет бўйича бир хиллигини тасдиқлайди.

Ўткир кўп сувлилик ташхиси қўйилган пайтдаги ўртача ҳомиладорлик муддати асосий гуруҳда 27,0 ± 3,2 ҳафтани, таққослаш гуруҳида эса 27,5 ± 3,1 ҳафтани ташкил этган. Бу кўрсаткич бўйича ҳам гуруҳлар орасида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар аниқланмаган ($p > 0,05$).

4-жадвал ҳомиладор аёлларда амниоредукция ўтказилишидан олдинги ҳолатдаги амниотик сув ҳажмини тавсифловчи кўрсаткичларни ифода этади.

4-жадвал

Амниоредукциядан олдин таҳлил қилинган гуруҳларда амниотик сув индекси натижалари

| Кўрсаткичлар | Асосий гуруҳ (n=21) | Таққослаш гуруҳи (n=34) |
|---|---------------------|-------------------------|
| Амниотик суюқлик индекси | 453±45см | 450±56см |
| Максимал вертикал чўнтак | 18±1,2см | 18±1,1см |
| Гуруҳлар ўртасида статистик аҳамиятга эга фарқлар аниқланмади (p>0,05). | | |

Гуруҳлар орасида ҳар икки кўрсаткич (АІ ва МВЧ) бўйича фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас ($p>0,05$). Бу, амалиётга қадар гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқлар йўқлигини тасдиқлайди.

Икки гуруҳ ҳам амниоредукциядан олдин амниотик сув ҳажми бўйича бир хил эди, бу дастлабки ҳолатнинг тадқиқот натижаларига таъсир қилиш эҳтимолини истисно қилади.

5-жадвал тадқиқотда амниоредукция муолажасининг бачадон артериясидаги (a. uterina) қон айланишига таъсири баҳоланди. Бу мақсадда асосий ва таққослаш гуруҳларида аёлларга амниоредукциядан олдин ва кейин доплерография усулида С/Д, резистентлик индекси (РИ) ва пульсация индекси (ПИ) кўрсаткичлари ўлчанди.

Шунингдек, таққослаш гуруҳидаги (n=34) аёллар орасида ҳам шунга ўхшаш тенденциялар кузатилди. 19 нафар (55,9%) аёлда С/Д, РИ ва ПИ кўрсаткичлари муолажадан олдин паст бўлиб, амниоредукциядан сўнг деярли ўзгармаган. Аммо 15 нафар (44,1%) аёлда муолажагача юқори резистентлик кузатилган (С/Д — $2,55 \pm 0,4$, РИ — $0,65 \pm 0,2$, ПИ — $1,36 \pm 0,3$), ва амниоредукциядан кейин бу кўрсаткичлар асосий гуруҳдаги каби пасайган.

Ҳар икки гуруҳда амниоредукцияга қадар ва кейин бачадон артерияларининг ҳолатини баҳоловчи барча кўрсаткичлар статистик аҳамиятли фарқларга эга эмас ($p > 0,05$).

6-жадвалда амниоредукция муолажасининг фетал қон айланишга таъсирини баҳолаш мақсадида тадқиқот доирасида киндик артерияси (a. umbilicalis) қон оқими доплерография орқали баҳоланди.

Ҳомиланинг гипоксияга йўлиқиш хавфини баҳолашда мазкур артериянинг С/Д (систоло-диастолик нисбат), РИ (резистентлик индекси) ва ПИ (пульсация индекси) кўрсаткичлари муҳим ҳисобланади. Кўрсаткичлар амниоредукция муолажасидан олдин ва кейин алоҳида баҳоланган.

Асосий гуруҳдаги (n=21) беморлар орасидаги 13 нафар (61,9%) аёлда амниоредукциягача С/Д — $2,75 \pm 0,4$, РИ — $1,05 \pm 0,4$, ПИ — $0,75 \pm 0,22$ бўлган. Амниоредукциядан сўнг ушбу кўрсаткичларда кичик фарқ кузатилган: С/Д — $2,8 \pm 0,4$, РИ — $0,86 \pm 0,2$, ПИ — $0,65 \pm 0,23$. Бу ҳолатда фетал қон айланиш параметрларида мўтадиллашув қайд этилган. Шу гуруҳдаги 8 нафар (38,1%) аёлда эса амниоредукциягача юқори қаршилиқ кўрсаткичлари қайд этилган: С/Д — $3,15 \pm 0,3$, РИ — $1,33 \pm 0,4$, ПИ — $0,89 \pm 0,2$. Ушбу беморларда амниоредукциядан кейин С/Д — $2,75 \pm 0,2$, РИ — $1,06 \pm 0,2$, ПИ — $0,75 \pm 0,3$ даражада бўлиб, доплер кўрсаткичларининг пасайиши орқали перфузия яхшилангани кўзга ташланган.

5-жадвал

Амниоредукциядан олдин ва кейин таҳлил қилинган гуруҳларда бачадон артериялари ҳолати

| Гуруҳлар | | Допплерометрик кўрсаткичлар, a. uterine | | | | | |
|-------------------------|--------------|---|------------------|------------------|------------------------|------------------|------------------|
| | | Амниоредукциягача | | | Амниоредукциядан кейин | | |
| | | С/Д | РИ | ПИ | С/Д | РИ | ПИ |
| Асосий гуруҳ (n=21) | n=8 (38,1%) | $1,75 \pm 0,4$ | $0,50 \pm 0,2$ | $1,02 \pm 0,3$ | $1,75 \pm 0,3$ | $0,45 \pm 0,5$ | $1,05 \pm 0,1$ |
| | n=13 (61,9%) | $2,65 \pm 0,3^*$ | $0,72 \pm 0,2^*$ | $1,36 \pm 0,3^*$ | $1,75 \pm 0,3^*$ | $0,45 \pm 0,5^*$ | $1,05 \pm 0,1^*$ |
| Таққослаш гуруҳи (n=34) | n=19 (55,9%) | $1,82 \pm 0,4$ | $0,53 \pm 0,2$ | $1,05 \pm 0,3$ | $1,75 \pm 0,3$ | $0,45 \pm 0,5$ | $1,05 \pm 0,1$ |
| | n=15 (44,1%) | $2,55 \pm 0,4^*$ | $0,65 \pm 0,2^*$ | $1,36 \pm 0,3^*$ | $1,75 \pm 0,3^*$ | $0,45 \pm 0,5^*$ | $1,05 \pm 0,1^*$ |

Гуруҳлар ўртасида статистик аҳамиятли фарқлар аниқланмади ($p > 0,05$).

**Амниоредукцияга қадар ва кейин текширилган гуруҳларда киндик
артериясининг ҳолати**

| Гуруҳлар | Сони | Амниоредукциягача | | | Амниоредукциядан кейин | | |
|-------------------------------|--------------|-------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|
| | | С/Д | РИ | ПИ | С/Д | РИ | ПИ |
| Асосий гуруҳ (n=21) | n=13 (61,9%) | 2,75±0,4 | 1,05±0,4 | 0,75±0,22 | 2,8±0,4 | 0,86±0,2 | 0,65±0,23 |
| | n=8 (38,1%) | 3,15±0,3* | 1,33±0,4 | 0,89±0,2* | 2,75±0,2 | 1,06±0,2 | 0,75±0,3 |
| Таққослаш гуруҳи (n=34) | n=19 (55,9%) | 2,7±0,5 | 1,15±0,4 | 0,75±0,23 | 2,8±0,4 | 0,9±0,3 | 0,72±0,22 |
| | n=15 (44,1%) | 3,18±0,3* | 1,34±0,4 | 0,88±0,2* | 2,74±0,2 | 1,02±0,2 | 0,73±0,3 |

* гуруҳлар ўртасида статистик аҳамиятли фарқлар аниқланмади (p<0,05)

Таққослаш гуруҳидаги (n=34) 19 нафар (55,9%) аёлда амниоредукциягача С/Д — 2,7±0,5, РИ — 1,15±0,41, ПИ — 0,75±0,23 бўлган. Муолажадан сўнг С/Д — 2,8±0,4, РИ — 0,9±0,3, ПИ — 0,72±0,22 даражаларга етиб, катта ўзгариш қайд этилмаган. Шу билан бирга, 15 нафар (44,1%) аёлда амниоредукциягача С/Д — 3,18±0,3, РИ — 1,34±0,4, ПИ — 0,88±0,2 каби юқори қаршиликли ҳолатлар кузатилган бўлиб, муолажадан кейин С/Д — 2,74±0,2, РИ — 1,02±0,2, ПИ — 0,73±0,3 даражасигача пасайган.

Киндик артериясидаги қон оқимининг амниоредукциядан сўнгги баҳоси шуни кўрсатдики, айниқса муолажадан олдин юқори қаршиликка эга бўлган беморларда доплер кўрсаткичлари барқарор пасайишга юз тутган. Бу эса амниоредукция муолажасининг фетоплацентар қон айланишга ижобий таъсир кўрсатишини ва гипоксия хавфини камайтиришини кўрсатади. Ҳар икки гуруҳда ҳам амниоредукциядан кейин киндик артериясидаги ПИ пасайиши кузатилди, бу қон оқимида қаршилик камайганини кўрсатади. Амниоредукцияга қадар ва ундан кейинги кўрсаткичлар ўртасидаги фарқлар ҳар икки гуруҳда ҳам статистик жиҳатдан аҳамиятли (p<0,05) бўлиб, натижалар ишончли эканлигини тасдиқлайди.

Асосий гуруҳда амниоредукциядан кейин РИ янада сезиларли даражада пасайди, бу эса қон айланишининг яхшиланганлигини кўрсатади ва унинг самарадорлигига ишора қилади.

ПИ ва РИ кўрсаткичларининг амниоредукциядан кейин пасайиши киндик артериясида қон айланишининг яхшиланганлигидан далолат беради. Бу пасайиш асосий гуруҳда кўпроқ намоён бўлди, бу универсал бачадон ичи портдан фойдаланиш самарадорлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Диссертациянинг «§4.3. Ҳомила сувларнинг таркибига доир лаборатория тадқиқотлари натижалари (кислотали-ишқорий мувозанат) ва микрофлора (ИЛ-6, прокальцитонин, ПЦР, бактериал инфекция ва TORCH-инфекциялар)» қисмида митрал стенози билан ҳомиладор аёлларнинг ҳомиладорлик ва туғруқ даврида ўзига хос хусусиятлари

ўрганилган. 7 ва 8 жадвалда таҳлил қилинган параметрларнинг учта асосий категорияси келтирилган газ кўрсаткичлари, электролитлар ва метаболитлар.

7-жадвал

Ҳомиладорликнинг 2 триместрдаги ўткир кўп сувлиликда амниотик суюқлик таркибининг лаборатор текширув натижалари (КИМ)

| КИМ | 22-28 ҳафталик гестация давридаги хомиладор аёллар (n=22) | Норма (FMF бўйича) |
|---|--|--------------------|
| Амниотик сувдаги газ кўрсаткичлари | | |
| pH | 6,01+/-1,09* | 7,5+/-0,028 |
| O ₂ | 48,0+/-1,5* | 56,2+/-1,5 |
| Амниотик сувдаги электролит кўрсаткичлари | | |
| Na | 101+/-3,9 | 134+/-3,4 |
| K | 3,9+/-0,1 | 4,0+/-0,1 |
| CL | 102+/-1,2 | 104+/-1,6 |
| Ca | 1,15+/-0,12 | 1,9+/-0,21 |
| Метаболитлар | | |
| Glu | 2,81+/-0,35 | 3,12+/-0,34 |
| Лактат | 3,12+/-0,2* | 0,5-2 ммоль/л |

Изох: Статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқ ($P < 0,05$) I ва II гуруҳларда pH, O₂, натрий, калий, хлор ва лактат кўрсаткичлари бўйича назорат гуруҳига нисбатан ишончли фарқ аниқланди.

Глюкоза ва кальций II гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан статистик фарқланмаган ($P > 0,05$).

Газли муҳитни баҳолашда pH ва O₂ парциал босими каби асосий кўрсаткичлар ўлчанди. I ва II гуруҳларда pH даражаси мутаносиб равишда $6,01 \pm 1,09$ ва $6,07 \pm 1,05$ ни ташкил этди, бу эса назорат гуруҳидаги $7,5 \pm 0,028$ га нисбатан кескин паст.

Оксигенация кўрсаткичи – O₂ даражаси ҳам I ва II гуруҳларда назорат гуруҳига қараганда паст бўлиб, мос равишда $48,0 \pm 1,5$ мм. с.б. ва $51 \pm 1,2$ мм. с.б. ни ташкил этди. Бу ҳолат амниотик муҳитда оксиген таъминотидаги чекланишни тасдиқлайди.

Электролит баланси: Амниотик суюқликда натрий миқдори I гуруҳда $101 \pm 3,9$ ммоль/л, II гуруҳда $121 \pm 3,4$ ммоль/л, назоратда эса $134 \pm 3,4$ ммоль/л бўлиб, гипонатриемия ҳолати борлиги намоён бўлди. Бу ҳолат ҳомиланинг сув-электролит алмашинувидаги дисфункция билан боғлиқ [2].

Калий, хлор ва кальций даражалари ҳам I ва II гуруҳларда нормал кўрсаткичларга нисбатан пасайган. Масалан, кальций даражаси I гуруҳда $1,15 \pm 0,12$ ммоль/л, II гуруҳда $1,8 \pm 0,21$ ммоль/л ва назоратда $1,9 \pm 0,21$ ммоль/л ни ташкил этган.

Метаболизм кўрсаткичлари: Глюкоза миқдори гуруҳлар орасида катта фарқ қилмаган (I: $2,81 \pm 0,35$, II: $3,02 \pm 0,34$, Назорат: $3,12 \pm 0,34$ ммоль/л), аммо лактат даражаси I ва II гуруҳларда аниқ юқори бўлиб (I: $3,12 \pm 0,2$, II: $3,21 \pm 0,1$), нормал диапазон ($0,5-2$ ммоль/л) билан таққослаганда метаболит стресс ва гипоксияни кўрсатади.

Ҳомиладорликнинг 3 триместрдаги ўткир кўп сувлиликда амниотик суюқлик таркибининг лаборатор текширув натижалари (КИМ)

| КИМ | 29-34 ҳафталик гестация давридаги ҳомиладор аёллар (n=33) | Норма (FMF бўйича) |
|---|--|--------------------|
| Амниотик сувдаги газ кўрсаткичлари | | |
| pH | 6,07+/-1,05* | 7,5+/-0,028 |
| O ₂ | 51+/-1,2* | 56,2+/-1,5 |
| Амниотик сувдаги электролит кўрсаткичлари | | |
| Na | 121+/-3,4 | 134+/-3,4 |
| K | 3,9+/-0,1 | 4,0+/-0,1 |
| CL | 101+/-1,3 | 104+/-1,6 |
| Ca | 1,8+/-0,21 | 1,9+/-0,21 |
| Метаболитлар | | |
| Glu | 3,02+/-0,34 | 3,12+/-0,34 |
| Лактат | 3,21+/-0,1* | 0,5-2 ммоль/л |

Изоҳ: Статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқ ($P < 0,05$) I ва II гуруҳларда pH, O₂, натрий, калий, хлор ва лактат кўрсаткичлари бўйича назорат гуруҳига нисбатан ишончли фарқ аниқланди.

Глюкоза ва кальций II гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан статистик фарқланмаган ($P > 0,05$).

Шундай қилиб, ўткир кўп сувлилик билан ҳомиладорларда амниотик сувнинг газ ва электролит кўрсаткичларида сезиларли ўзгаришлар аниқланди, бу уларнинг кимёвий таркиби бузилганлигини кўрсатади. Лактат даражасининг кўтарилиши ва pH пасайиши ҳомила модда алмашинуви ва кислород билан таъминланиши бузилганлигини англатади. Натрий ва кальций концентрациясининг пасайиши электролит дисбаланси мавжудлигини тасдиқлайди, бу амниотик сувнинг ишлаб чиқарилиши ва резорбцияси динамикаси ўзгариши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бу маълумотлар кўп сувлилик билан кечувчи ҳомиладорлик асоратларини ўз вақтида аниқлаш ва уларни коррекция қилиш учун амниотик сув таркибини мониторинг қилишнинг аҳамиятини таъкидлайди.

Ўткир кўп сувлилик билан кечаётган ҳомиладорликларда амниотик суюқлик таркибидаги ўзгаришлар фетал ҳолатни жиддий хавф остида эканини кўрсатади. Газлар алмашинувининг бузилиши (pH ва O₂), электролит дисбаланси (натрий, кальций) ва лактат даражасининг ошиб кетиши фетал гипоксия ва метаболик ацидоз ривожланаётганини англатади. Бу ҳолатларда мунтазам биокимёвий мониторинг ва зарурат туғилганда перинатал аралашув (амниоредукция ёки кесарча) тавсия этилган.

9-жадвалда икки тадқиқот гуруҳи: асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳи ўртасидаги лаборатор маълумотларнинг қиёсий баҳоси келтирилган.

Асосий гуруҳда интерлейкин-6 нинг ўртача даражаси $267 \pm 88,2$ нг/мл ни, таққослаш гуруҳида эса $256 \pm 79,6$ нг/мл ни ташкил этди. Гуруҳлар ўртасидаги фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли даражага етмади ($P = 0,614$), бу кўрсаткич бўйича сезиларли фарқлар йўқлигини кўрсатади.

Ўткир кўп сувлилик ҳолатидаги лаборатор маълумотларнинг қиёсий баҳоланиши

| Гуруҳлар | Интерлейкин -6 (норма 0-10 нг/мл) | Прокальцитонин (норма 0-0,5нг/мл) | P – ахамияти |
|------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|
| Асосий гуруҳ | 267±88,2* | 0,24±0,2 | 0,614 |
| Таққослаш гуруҳи | 256±79,6* | 0,22±0,1 | 0,626 |
| Назорат гуруҳи | 9,2±0,2 | 0,23±0,1 | 0,625 |

Изоҳ: * - оғиш назорат гуруҳига нисбатан ишончли $p < 0,05$

Прокальцитониннинг ўртача даражаси асосий гуруҳда $0,24 \pm 0,2$ нг/мл, таққослаш гуруҳида эса $0,22 \pm 0,1$ нг/мл ни ташкил этди. P қиймати ҳам ахамиятли даражадан юқори бўлиб чиқди ($P = 0,626$), бу кўрсаткичлар ҳар икки гуруҳда ҳам ўхшаш эканлигини кўрсатади.

Шундай қилиб, ҳар икки асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳи ўртасида сезиларли лаборатор кўрсаткич фарқларни намоён этмади, бу тадқиқ этилган параметрлар бўйича гуруҳларнинг таққослашга яроқли ҳолатини кўрсатади. Бироқ, яллиғланишолди маркерлар кўрсаткичи сезиларли даражада ошган, бу кўп сувлиликнинг яллиғланиш табиати ҳақида сўз юритиб, яллиғланишга қарши терапияни кўп сувлиликни даволашдаги муҳим таркибий қисм сифатида асослайди.

10-жадвалда ўткир кўп сувлилик бўлган ҳомиладорларда амниотик сувнинг бактериологик экма натижалари, шунингдек, цитомегаловирус (CMV) ва оддий герпес вируси (HSV) сабаб бўлган инфекцияларнинг аниқланиш ҳолатлари келтирилган.

10-жадвал

Ўткир кўп сувлилик ҳолатидаги амниотик сувнинг бактериологик экма натижалари

| Гуруҳлар | БАК посев | CMV (ЦМВ) | HSV (ВПГ) |
|------------------|-----------|-----------|-----------|
| Асосий гуруҳ | Манфий | Манфий | Манфий |
| Таққослаш гуруҳи | Манфий | Манфий | Манфий |

Тадқиқот икки гуруҳни қамраб олган: асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳи. Натижалар шуни кўрсатдики, амниотик сувнинг бактериологик экма натижалари ҳамда цитомегаловирус (CMV) ва оддий герпес вируси (HSV) га текширув барча ҳолатларда манфий бўлган.

Ҳар икки гуруҳда бактериологик экма натижалари патоген микрофлора ўсишини аниқламади. Шунингдек, цитомегаловирус (CMV) ва оддий герпес вируси (HSV) бўйича текширувларда ҳам амниотик сувда ушбу вируслар мавжуд эмаслиги исботлаган.

Бу маълумотлар текширилган ҳомиладорларда ўткир кўп сувлилик этиологиясида инфекцион компонент йўқлигини исботлаган.

Диссертациянинг «§4.4. Ўткир кўп сувлилик билан ҳомиладорларда такрорий ва узок давомли амниоредукция усуллариининг қиёсий баҳоси» кичик бобида Амниоредукция ва универсал бачадон ичи портини ўрнатиш

ультратовуш назорати остида ўтказилди. Бу ҳомила билан бевосита контактни минимал даражага тушириш ва ҳажм камайиши билан бачадон ўлчамлари ўзгарганда узлуксиз аспирацияни таъминлаш мақсадида амалга оширилди.

11-жадвал

Амниоредукция натижалари

| Кўрсаткичлар | Асосий гуруҳ n=21 | Таққослаш гуруҳи n=34 |
|---|----------------------|--------------------------|
| Операциядан кейинги вақт, дақиқа | 360±180* | 50±10 |
| Биринчи аралашув вақтида ҳомиладорлик муддати, ҳафта | 26,5±1,1 | 26,0±1,2 |
| Амниоредукция сони | 2±1* | 6±2 |
| Амниоредукция ўртасидаги интервал, кун | 32±4* | 7±3 |
| Операциягача амниотик сув миқдори (МВЧ), см | 18±2,2 | 18±2,1 |
| Операциядан кейин амниотик сув миқдори (МВЧ), см | 10±1,5* | 16±1,1 |
| Амниоредукция орқали чиқарилган амниотик сув миқдори, мл. (бир мартада) | 6425±1400* | 1350±700 |
| Амниоредукция кейинги узайтирилган ҳомиладорлик муддати, ҳафта | 10±6* | 4±3,5 |
| Туғруқ вақтидаги ҳомиладорлик муддати, ҳафта | 34,4 ± 4,3* | 29±3,4 |

* Асосий ва таққослаш гуруҳлари ўртасида амниоредукция билан боғлиқ бир қатор кўрсаткичлар бўйича статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқ ($P<0,05$) аниқланди. Жумладан: операциянинг давомийлиги, амниоредукция сони ва ўртасидаги интервал, операциядан кейинги амниотик сув миқдори, амниоредукция орқали чиқарилган суюқлик ҳажми, амалиётдан кейинги узайтирилган ҳомиладорлик муддати, туғруқ вақтидаги гестацион ёш — ушбу барча кўрсаткичлар бўйича $P<0,0001$ даражасида ишончли фарқ кузатилди.

* Шу билан бирга, биринчи аралашув вақтидаги ҳомиладорлик муддати ва операциягача амниотик сув миқдорида гуруҳлар ўртасида аҳамиятли фарқ аниқланмади ($P>0,05$).

Асосий гуруҳда процедуранинг ўртача давомийлиги 360±180 дақиқа, таққослаш гуруҳида эса ўртача 50±10 дақиқани ташкил этди. Биринчи аралашув вақтида ҳомиладорлик муддати асосий гуруҳда 26,5±3,1 ҳафта, таққослаш гуруҳида эса 26,0±3,2 ҳафта бўлди. Амниоредукция сони асосий гуруҳда ўртача 2±1 марта, таққослаш гуруҳида эса ўртача 6±2 марта бўлди. Амниоредукция орасидаги интервал асосий гуруҳда ўртача 32±4 кун, таққослаш гуруҳида 7±3 кунни ташкил этди. МВЧ бўйича амниотик сув ҳажми асосий гуруҳда операциягача 18±2,2 см, операциядан кейин 10±3,5 см; таққослаш гуруҳида операциягача 18±2,1 см, операциядан кейин эса 15±1,1 см бўлди. Амниоредукция орқали чиқарилган амниотик сув ҳажми асосий гуруҳда 6425±1400 мл, таққослаш гуруҳида эса анча кам — 1350±700 мл бўлди. Ҳомиладорлик узайтирилган муддати амниоредукциядан кейин асосий гуруҳда ўртача 10±6 ҳафта, таққослаш гуруҳида эса 4±3,5 ҳафта бўлди. Туғруқ вақтида ҳомиладорлик муддати асосий гуруҳда ўртача 34,4±4,3 ҳафта, таққослаш гуруҳида эса анча эртароқ, 29±3,4 ҳафтани ташкил этди (11-жадвал).

Диссертация ишининг «Ўткир кўп сувлилик кузатилган аёлларда туғруқнинг кечиши перинатал натижалар» кичик бобида ҳомиладорлик

ва туғрукни олиб боришнинг оптимал тактикаси танлови туўрисида маълумот беради.

12-жадвалда ўткир кўп сувлиликка эга бўлган ҳомиладор аёлларда турли асоратлар ва туғруқ жараёнининг хусусиятлари ҳақидаги маълумотлар, асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳи бўйича тақсимланган ҳолда келтирилган. Тадқиқот натижаларига кўра, асосий ва таққослаш гуруҳларида туғруқ кечиши жуда фарқли даражада кузатилди. Асосий гуруҳда амниоредукция порт муолажаси ўтказилган бўлиб, туғруқнинг кечиши барқарорроқ бўлган. Ҳомила сув пуфагининг вақтидан олдин ёрилиши таққослаш гуруҳда 35,3% ҳолатда учраган, бу асосий гуруҳдаги 23,8% билан таққослаганда юқори кўрсаткич ҳисобланади.

12-жадвал

Ўткир кўп сувлилик кузатилган аёлларда асосий ва таққослаш гуруҳидаги акушерлик асоратлар

| Кўрсаткич | Асосий гуруҳ (n=21) | | Таққослаш гуруҳи (n=34) | | P-аҳамияти |
|--|------------------------|------|----------------------------|------|------------|
| | абс. | % | абс. | % | |
| Ҳомила пуфагининг муддатидан олдин ёрилиши | 5 | 23,8 | 12 | 35,3 | 0,5518 |
| Ҳомила пуфагининг туғруқдан олдин ёрилиши | 1 | 4,7 | 0 | 0 | 0,0 |
| Барвақт туғруқ <32 ҳафта | 0 | 0 | 22 | 64,7 | 0,0 |
| Барвақт туғруқ <37 ҳафта | 12 | 57,1 | 12 | 35,2 | 0,5518 |
| Муддатидаги туғруқ | 9 | 42,9 | 0 | 0 | 0,0001 |
| Туғиш фаолиятининг заифлиги | 2 | 9,5 | 6 | 17,6 | 0,6624 |
| Туғиш фаолиятининг дискординацияси | 1 | 4,7 | 5 | 14,7 | 0,4814 |
| Хорионамнионит | 0 | 0 | 5 | 14,7 | 0,2722 |
| Қон кетиши | | | | | |
| НЖЙМОА | 0 | 0 | 2 | 5,9 | 0,6959 |
| Гипотоник | 1 | 4,7 | 4 | 11,7 | 0,6929 |
| Ишончли статистик аҳамиятга эга (P < 0,05) | | | | | |

Барвақт туғруқ <32 ҳафтада асосий гуруҳда умуман кузатилмаган бўлса, таққослаш гуруҳида 22 ҳолат (64,7%) қайд этилди ва бу кўрсаткич жуда ишончли статистик фарқ (P<0,0001) билан фарқ қилди. Муддатидаги туғруқ асосий гуруҳда 9 ҳолат (42,9%) бўлган бўлса, таққослаш гуруҳида умуман қайд этилмаган. Бу ҳам ишончли фарқ бўлиб, P=0,0001 ни ташкил қилди. Хорионамнионит асосий гуруҳда кузатилмаган, таъбиослаш гуруҳида эса бу кўрсаткич 5 ҳолатда (14,7%) кузатилаган.

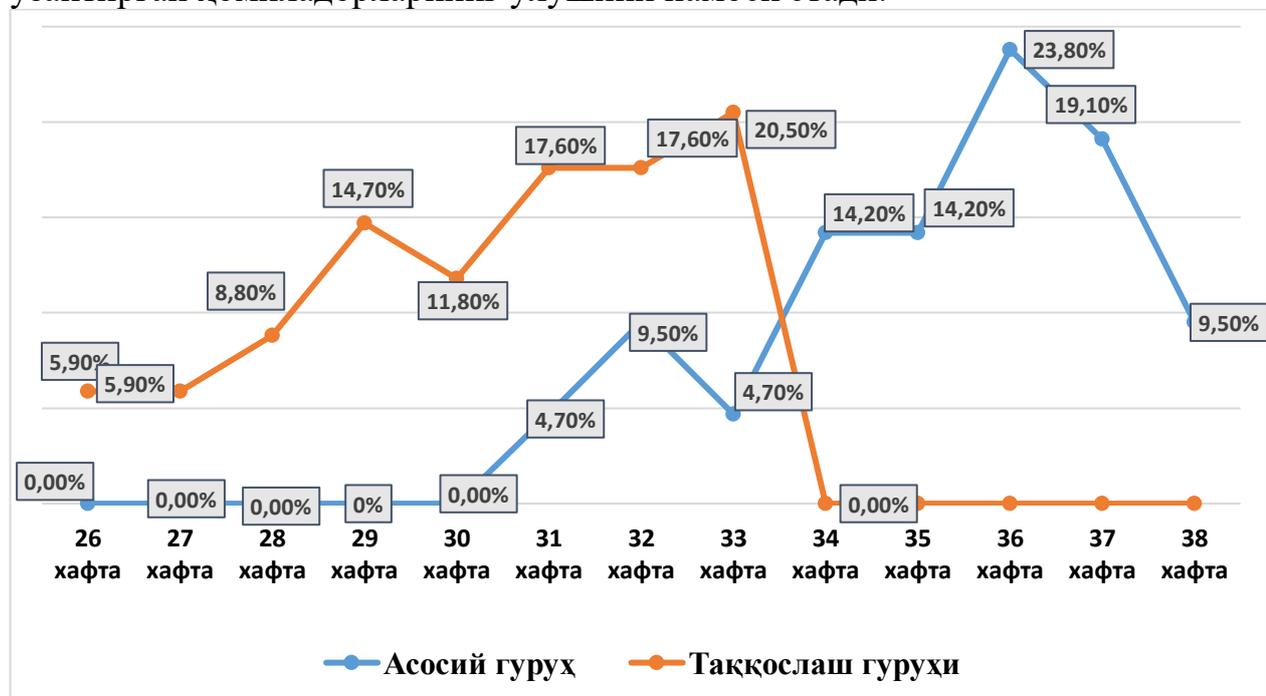
Туғиш фаолиятининг заифлиги ва дискоординацияси, шунингдек тез туғруқ, НЖЙМОА ва гипотоник қон кетиш каби асоратлар асосий гуруҳда камроқ кузатилган бўлса-да, уларнинг статистик аҳамияти ҳар доим ҳам ишончли даражада бўлмаган.

Шундай қилиб, маълумотлардан кўриниб турибдики, таққослаш гуруҳида асоратлар ва арлашувлар кўрсаткичлари асосий гуруҳга нисбатан юқори. Бу ҳомиладорлик жараёнининг ўзига хослиги ёки бошқа омиллар билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Текширилган гуруҳларда ўртача туғруқ муддати асосий гуруҳда $34,4 \pm 4,3$ ҳафта, таққослаш гуруҳида эса $29 \pm 3,4$ ҳафтани ташкил қилган. Бу ўткир кўп сувлилик ҳолатида вақтидан олдин туғруқ тенденциясини яна бир бор тасдиқлайди.

12-жадвал ушбу патологияга эга ҳомиладор аёлларда вақтидан олдин туғруқ хавфи юқори эканлигини аниқ кўрсатади, бу эса асоратларнинг олдини олиш учун ҳолатни диққат билан кузатиш ва ўз вақтида тузатиш зарурлигини кўрсатади.

Амниоредукциянинг таққосланаётган усуллариининг самарадорлигини 7-расм орқали баҳолаш мумкин, бу оптимал муддатларгача ҳомиладорликни узайтирган ҳомиладорларнинг улушини намоён этади.



7 расм. Ўткир кўп сувлилик билан ҳомиладорларда ҳомиладорликни оптимал муддатларгача узайтириш натижалари

7-расмда кўрсатилган диаграммада асосий ва таққослаш гуруҳларидаги беморлар орасида ҳомиладорлик муддатларигача етиб бориш натижалари солиштирилган. Диаграмма маълумотлари ҳомиладорлик давомийлигининг ҳафталар бўйича тақсимотини фоизларда ифодалайди ва ҳомиладорликни узайтириш бўйича кўрилган тадбирларнинг самарадорлигини баҳолаш имконини берган.

Асосий гуруҳда ҳомиладор аёллар даволаш-превентив тадбирлардан сўнг юқори ҳафталаргача, яъни 36–38 ҳафталаргача етиб боришга муваффақ бўлган. Жумладан, 36 ҳафтада асосий гуруҳдаги аёлларнинг 23,8%и ҳомиладорликни ушбу муддатгача сақлаб қолган, 38 ҳафтагача етиб келганлар эса 9,5% ни ташкил этган. Бу кўрсаткичлар, ҳомиладорликни

оптимально муддатларгача узайтириш бўйича амалга оширилган индивидуал ва комплекс ёндашув самарали бўлганини кўрсатади. Шу билан бирга, 26 ҳафтада ҳеч бир аёлда туғруқ қайд этилмаган, бу эса ҳомиладорликнинг эрта тўхташи олдини олиш бўйича чоралар самарасига далолат беради.

Таққослаш гуруҳида эса мутлақо бошқача ҳолат кузатилган. Ушбу гуруҳдаги аёлларнинг 5,9%и ҳомиладорликнинг 26 ҳафтасидаёқ туғруқ қилган. Кейинги ҳафталарда туғруқ ҳолатлари 27–34 ҳафталар оралиғида аста-секин камайган бўлса-да, 34 ҳафтадан сўнг ҳомиладорликни давом эттириш ҳолатлари кузатилмаган. Яъни 35, 36, 37 ва 38 ҳафталарда таққослаш гуруҳида туғруқ бўлмаган. Бу эса ҳомиладорликни узайтириш бўйича самарали тадбирлар амалга оширилмаганини ва ҳомиладорлик муддатининг қисқа бўлганини кўрсатади.

Шу ўринда айтиш мумкинки, асосий гуруҳдаги аёлларга ўз вақтида диагностика ва даволаш тадбирларини қўллаш, амниотик суюқлик ҳолатини назорат қилиш, стационар кузатув ва зарур ҳолларда профилактик стероидлар терапияси, ҳамда функционал ҳолат мониторинги ҳомиладорлик муддатини узайтиришда муҳим аҳамиятга эга бўлган. Хулоса ўрнида шунини айтиш керакки, асосий гуруҳда қўлланган индивидуал ёндашув, замонавий даволаш ва назорат чоралари ҳомиладорликни оптимально муддатларгача (≥ 36 ҳафта) сақлаб қолиш имконини берди. Бу эса перинатал мураккабликлар хавфини камайтириш ва янги туғилган чақалоқларнинг саломатлигини яхшилашга олиб келди. Таққослаш гуруҳида эса бундай чоралар қўрилмаганлиги сабабли, ҳомиладорлик муддати анча эрта якунланган ва перинатал таваккалчилик юқори бўлган. Шунингдек, ушбу натижалардан келиб чиққан ҳолда, ўткир кўп сувлилик ҳолатидаги ҳомиладорларда ҳомиладорликни оптимально муддатгача узайтириш учун эрта диагностика, мунтазам назорат ва патогенетик йўналтирилган даволаш муҳим эканлиги тасдиқланади.

13-жадвалда асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳида туғруқ натижалари ва перинатал асоратлар келтирилган. Жадвалда кўриниб турибдики, бачадон ичи портидан фойдаланиш билан амниоредукция процедурасини қўллаш перинатал асоратларни ишончли равишда камайтиради. Перинатал кўрсаткичларни баҳолашда шу аниқландики, асосий гуруҳда янги туғилган чақалоқларнинг туғилишдаги вазни статистик жиҳатдан таққослаш гуруҳидагидан юқори бўлган.

Қуйидаги маълумотлар асосида ўткир кўп сувлилик ҳолатидаги ҳомиладор аёллар гуруҳларида перинатал натижаларни баҳолашда чақалоқнинг туғилиш вазни, бўйи, Апгар шкаласи бўйича ҳолати ва туғруқ билан боғлиқ йўқотишлар таҳлил қилинди. Асосий гуруҳда универсал порт орқали амниоредукция муолажаси ўтказилган, таққослаш гуруҳида эса стандарт амниоредукция амалга оширилган.

Асосий гуруҳдаги чақалоқлардан 76,2% (16 ҳолат) ≥ 2500 г вазн билан, яъни муддатда туғилган бўлса, 23,8% (5 ҳолат) — 1500–2499 г, оралиғида вазнга эга бўлган. < 999 г ва 1000–1499 г вазнда туғилган чақалоқ қайд этилмаган. Таққослаш гуруҳида эса аксинча, < 999 г 5,8% (2 ҳолат) чақалоқ.

58,8% (20 ҳолат) чақалоқ 1000–1499 г, 35,3% (12 ҳолат) — 1500–2499 г, ва ≥ 2500 г вазнли чақалоқлар умуман кузатилмаган. Бу ҳолат асосий гуруҳда чақалоқларнинг ривожланиш даражаси юқори бўлганини кўрсатади.

13-жадвал

Ўткир кўп сувлилик билан текширилган ҳомиладор аёллар гуруҳларида перинатал натижалар

| Ўрганилган параметрлар | | Асосий гуруҳ (n=21) | | Таққослаш гуруҳ (n=34) | |
|--|------------------|------------------------|------|---------------------------|------|
| Чақалоқ вазни | Туғилган муддати | Абс | % | Абс | % |
| <999 | <28 | 0 | 0 | 2 | 5.8 |
| 1000-1499 | 28-30 | 0 | 0 | 20 | 58,8 |
| 1500-2499 | 31-36 | 12 | 57.2 | 12 | 35.3 |
| > 2500 | >37 | 9 | 42,8 | 0 | 0 |
| Апгар шкаласи бўйича баҳолаш | | | | | |
| 3-4 | | 0 | 0 | 7 | 20,6 |
| 5-7 | | 9 | 42.8 | 25 | 73,5 |
| 8-10 | | 12 | 57,1 | 2 | 5,9 |
| Тирик туғилган чақалоқлар | | 21 | 100 | 32 | 94.1 |
| Антенатал ҳомила ўлими | | 0 | 0 | 2 | 5.9 |
| Интранатал ўлим | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0-6 кун ичида янги туғилган чақалоқларнинг ўлими | | 0 | 0 | 3 | 8.8 |

Қуйида 13-жадвал бўйича ўтказилган статистик таҳлил натижаларига асосан перинатал кўрсаткичлар орасида ишончли фарқ бор ($P < 0,05$)

Апгар шкаласи бўйича баҳолаш натижалари асосий гуруҳда 12 чақалоқ (57,1%) — 8–10 балл (қониқарли ҳолат), 9 чақалоқ (42,8%) — 5–7 балл (ўртача ҳолат), 3–4 балл билан баҳоланган ҳолат кузатилмаган. Таққослаш гуруҳида эса 25 чақалоқ (73,5%) — 5–7 балл, 7 чақалоқ (20,6%) — 3–4 балл, 2 та чақалоқ (5,9%) - 8–10 балл билан баҳоланган чақалоқ кузатилган.

Бу ҳолат асосий гуруҳда туғруқдан кейинги функционал ҳолат яхшироқ эканини кўрсатади. Перинатал йўқотишлар борасида ҳам гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқ мавжуд. Асосий гуруҳда 21 чақалоқ (100%) тўлиқ тирик туғилган ва ҳеч қандай антенатал, интранатал ёки эрта неонатал ўлим ҳолати кузатилмаган. Таққослаш гуруҳида эса 2 ҳолатда (5,9%) антенатал ҳомила ўлими, 3 ҳолатда (8,8%) 0–6 кун ичидаги чақалоқ ўлими қайд этилган. Бу натижалар ҳам универсал порт билан амниоредукция муолажаси қўлланган ҳолда перинатал йўқотишлар хавфи камайишини тасдиқлайди.

Олиб борилган таҳлилларга асосан, универсал порт билан амниоредукция муолажаси ўтказилган гуруҳда чақалоқларда юқори туғруқ вазни ва нормал бўйи бўлган, юқори Апгар баҳолари кузатилган, перинатал йўқотишларсиз натижалар қайд этилган. Таққослаш гуруҳида эса паст вазн, паст Апгар баҳоси ва ўлим ҳолатлари юқори қайд этилган. Бу, универсал порт билан амниоредукциянинг перинатал натижаларни яхшилашда муҳим

ўрин тутиши ва юқори хавфли ҳомиладорликларда самарали усул эканини тасдиқлайди.

Шундай қилиб, ишлаб чиқилган узоқ муддатли амниодренаж технологиясини қўллаш стандарт амниоредукцияга нисбатан яхшироқ натижаларни кўрсатди. Табиий туғруқ она ҳолати барқарор бўлганда ва ҳомиладорлик ёки туғруқ жараёнида она ёки ҳомила соғлиғига жиддий хавфлар бўлмаганда тавсия этилиши мумкин. Ҳомила бош билан жойлашган бўлса, бу табиий туғруқда асоратлар хавфини камайтиради. Амниотик сув даражаси бироз юқори бўлса-да, она ёки ҳомила учун катта дискомфорт ёки хавф туғдирмаса, ҳамда ҳомиладорликда жиддий асоратлар, плацента олд келиши, амниотик сувнинг барвақт кетиши ёки катта ҳомила кузатилмаса, табиий туғруқ хавфсиз деб ҳисобланади.

ХУЛОСАЛАР

1. Ретроспектив таҳлил кўрсатдики, РИОваБСИАТМдаги барча туғруқ ҳолатларининг 6% да кўп сувлилик кузатилган ва бу акушерлик ҳамда перинатал асоратлар ривожланишида етакчи рол ўйнайди. Таҳлил натижаларига кўра, кўп сувлилик билан кечаётган ҳомиладорликларда муддатидан олдин қоғоноқ пардасининг ёрилиши (58,3%) ва туғруқдан олдин қоғоноқ пардасининг ёрилиши (10,5%) ҳолатлари юқори қайд этилган бўлиб, перинатал ўлим даражаси 15,0% ни ташкил этиб, бу кўрсаткич ўткир кўп сувлилик сабабли содир бўлган муддатидан олдин туғруқлар билан боғлиқ. 3-даражали кўп сувлилик ҳолати $n=26$ (13,06%) ҳомиладор аёлларда аниқланган бўлиб, ушбу ҳолатларда амниоредукция қўлланилиши перинатал асоратлар ривожланиш хавфини камайтиришда самаралидир.

2. Тадқиқот маълумотларига кўра 13 нафар (61,9% асосий гуруҳда) ва 15 нафар (44,1% таққослаш гуруҳда) ўткир кўп сувлилик кузатилган ҳомиладор аёлларда амниоредукциягача бачадон артериясидаги қон оқими қаршилиги юқори бўлиб, C/D — $2,65 \pm 0,3$, PI — $0,72 \pm 0,2$, PII — $1,36 \pm 0,3$ даражада бўлган. 8 нафар (38,1% асосий гр) ва 15 нафар (44,1% таққослаш гр) аёлда эса киндик артериясида C/D — $3,15 \pm 0,3$, PI — $1,33 \pm 0,4$, PII — $0,89 \pm 0,2$ юқори қаршилик кўрсаткичлари қайд этилган. Амниоредукция учун мезон максимал вертикал чўнтакнинг $18 \pm 4,2$ см дан юқори бўлиши ва амниотик суюқлик индекси (АСИ) 453 ± 45 см дан юқори бўлган ҳолатларда белгиланган.

3. Яллиғланиш олди маркери интерлейкин-6 ни ўрганиш натижалари бўйича тадқиқот гуруҳида ўртача $267 \pm 88,2$ нг/мл кўрсаткич қайд этилган. Прокальцитонин қийматлари икки гуруҳда ҳам аҳамиятли фарқлар кўрсатмаган (асосий гуруҳда $0,24 \pm 0,2$ нг/мл ва таққослаш гуруҳида $0,22 \pm 0,1$ нг/мл, $P = 0,626$). Ҳомила сувларининг кислотали-ишқорий мувозанатини ўрганиш лактат даражасининг ошиши ($3,12 \pm 1,2$ ммоль/л) ва рНнинг пасайиши ($6,01 \pm 1,09$) ни кўрсатди, бу ҳомила гипоксиясига ишора

қилади. Натрий ва кальций концентрациясининг камайиши фетоплацентар тизимда гипоксик ўзгаришлар билан боғлиқ.

4. Универсал бачадон ичи порти қўлланилган гуруҳда ҳомила доплерометрия маълумотларини ўрганиш бачадон-йўлдош қон айланиши тизимидаги РИнинг пасайиши аниқланди, бу эса қон айланиш яхшиланганлигини кўрсатади. Бачадон ичи порти стандарт амниоредукция билан таққослаганда муддатидан олдин туғруқ хавфи асосий гуруҳда 14,2% ни ташкил қилган бўлса, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич 88,2% гача етган. Асосий гуруҳда ҳомила қоғоноқ пардасининг вақтидан олдин ёрилиши таққослаш гуруҳига нисбатан 46,2% га камроқ учраган. Универсал порт қўлланилганда ўртача туғруқ муддати $34,4 \pm 4,3$ ҳафтани ташкил қилган, стандарт амниоредукцияда эса $29 \pm 3,4$ ҳафта бўлган.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.11.2023.Tib.114.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И
РЕБЕНКА**

ИГАМБЕРДИЕВА ДИЛАФРУЗ УТКИРОВНА

**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И
АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С МНОГОВОДИЕМ**

14.00.01 – Акушерство и гинекология

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

ТАШКЕНТ – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за № В2022.1.PhD/Tib2347.

Диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре здоровья матери и ребенка.

Автореферат диссертации размещён на трёх языках (узбекский, русский, английский (резюме)) на веб-сайте Учёного совета (www.akusherstvo.uz) и на Информационно-образовательном портале «Ziyounet» (www.ziyounet.uz).

| | |
|-------------------------------|--|
| Научный руководитель: | Юсупбаев Рустем Базарбаевич доктор медицинских наук, профессор |
| Официальные оппоненты: | Ниязметов Рахматилла Эрматович доктор медицинских наук, доцент Уринбаева Нилуфар Абдужаббаровна доктор медицинских наук |
| Ведущая организация: | Бухарский Государственный Медицинский Институт |

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2025 г. в ____ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.11.2023.Tib.114.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре здоровья матери и ребенка. (Адрес: 100124, г.Ташкент, Мирзо Улукбекский район, ул.Мирзо Улукбека 132А. Тел./факс: (+99871) 263–78–18, e-mail: info@uzaig.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра здоровья матери и ребенка (зарегистрирована за № ____). Адрес: 100124, Тошкент шаҳри, Мирзо Улуғбек тумани, Мирзо Улуғбек кўчаси 132А уй. Тел/факс: (+99871) 263-78-18.

Автореферат диссертации разослан « ____ » _____ 2025 года.
(реестр протокола рассылки № ____ от « ____ » _____ 2025 года).

Н.С. Надырханова
Председатель Научного совета по присуждению
учёных степеней, доктор медицинских наук

А.М. Бабаханова
Ученый секретарь Научного совета по присуждению
учёных степеней, доктор философии по
медицинским наукам (PhD)

М.М. Асатова
Председатель Научного семинара при Научном
совете по присуждению научных степеней,
доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Несмотря на достижения медицины последних лет, многоводие встречается у 1–2% беременностей во всем мире и связано с высоким риском перинатальных осложнений, составляя 13–17% перинатальной смертности. В последние годы частота оперативного родоразрешения путем кесарева сечения у беременных с острым многоводием увеличилась до 60–75%. При этом «...перинатальная смертность при беременности, осложнённой многоводием, встречается в 2,3 раза чаще»¹. Особенно в настоящее время важными причинами развития многоводия являются различные патологии (врожденные дефекты, генетические синдромы и инфекционные процессы), возникающие в процессе развития плода, а также рост заболеваний у матери (сахарный диабет, заболевания почек, гипертонические состояния и т. д.). Высокий уровень акушерских осложнений и перинатальной смертности при многоводии обуславливает актуальность совершенствования методов ведения беременности при многоводии.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в связи с недостаточной изученностью этиологии и патогенеза многоводия, в настоящее время проводятся целенаправленные исследования, направленные на разработку современных лечебных подходов и внедрение новых перинатальных технологий. Особое научное и практическое значение имеют исследования, направленные на мониторинг беременных с многоводием с применением малоинвазивных фетоскопических технологий, снижение риска нарушений кровотока в маточно-плацентарной системе, гипоксии плода, преждевременной отслойки плаценты, оперативных родоразрешений, послеродовых кровотечений, низких оценок новорожденных по шкале Апгар, мертворождения, перинатальной смертности и преждевременных родов, а также уменьшение частоты акушерских и перинатальных осложнений у данной категории беременных.

В нашей стране проводится ряд мероприятий по реформированию системы здравоохранения и социальной защите населения, совершенствованию государственного управления в области здравоохранения, преобразованию первичного звена в эффективный инструмент ранней диагностики и лечения заболеваний, ускорению процесса цифровизации, разработке краткосрочных и долгосрочных планов развития медицинской отрасли, увеличению объёма и существенному улучшению качества оказываемых медицинских услуг. Важнейшими задачами в этом направлении являются «...укрепление здоровья семьи, охрана материнства и детства, обеспечение качественной медицинской помощи матерям и детям, предоставление им специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, широкое осуществление комплексных мероприятий по снижению младенческой и детской смертности». Исходя из данных задач,

¹ Амниоредукция при многоводии в последовательной серии в одном центре: показания, риски и перинатальные исходы – РМС, 2024г Апрель 22;11(4):502.

особое значение приобретают научно обоснованные исследования, направленные на профилактику постнатальных осложнений, в частности преждевременных родов, а также совершенствование протоколов своевременной диагностики и профилактических мероприятий по предотвращению этих осложнений у беременных данной категории.

Указы Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года ПФ-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы», от 12 ноября 2020 года ПК-4891 «О дополнительных мерах по улучшению эффективности медицинской профилактики для обеспечения общественного здоровья», от 9 августа 2023 года ПК-296 «О мерах по охране здоровья матерей и детей, укреплению репродуктивного здоровья населения», а также указ Президента Республики Узбекистан от 5 сентября 2024 года ПК-311 «О мерах по внедрению механизма государственного медицинского страхования» и другие нормативно-правовые акты, регулирующие данную сферу деятельности, в значительной степени определяют актуальность и направления настоящего диссертационного исследования.

Соответствие исследования основным приоритетным направлениям развития науки и технологии республики. Работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан в области «Медицина и фармакология» в рамках прикладного исследовательского проекта АЛ-56-тур21101918 на тему «Разработка нового метода прогнозирования, ранней диагностики и лечения патологии плода с использованием малоинвазивных фетоскопических технологий».

Степень изученности проблемы. Многоводие является значимым фактором развития осложнённого течения беременности и неблагоприятных перинатальных исходов. Даже при отсутствии очевидных причин (идиопатическое многоводие) данное состояние остаётся неблагоприятным. Как показали последние мета-анализы (Kechagias и соавт., 2024), идиопатическое многоводие увеличивает риск преждевременных родов ($RR \approx 1,96$), отслойки плаценты ($RR \approx 3,20$), кесарева сечения ($RR \approx 1,60$), послеродового кровотечения ($RR \approx 1,98$), низких оценок по шкале Апгар, мертворождения ($RR \approx 4,75$) и перинатальной смертности ($RR \approx 4,75$).

Согласно данным научной базы ResearchGate, на сегодняшний день опубликовано более 2167 исследований, посвящённых различным этиологиям многоводия и его связи с акушерскими и перинатальными осложнениями. Многоводие достоверно повышает риск ряда осложнений: гипоксии плода (относительный риск 2,1), нарушений кровотока в фетоплацентарной системе и преждевременных родов (относительный риск 1,59) (Zhou L. и соавт., 2016).

По данным S. Zeuno и соавторов, идиопатическое многоводие рассматривается как независимый фактор риска кесарева сечения даже после корректировки на сопутствующие факторы ($OR = 21,02$; 95% CI [8,004–55,215]; $P < 0,001$). Эти данные согласуются с результатами других исследований. Например, в ретроспективной серии, включающей 215 случаев идиопатического многоводия, Aviram и соавторы выявили повышение риска

кесарева сечения с OR 2,6. В исследовании Кс и соавт. (2017) было показано, что риск развития многоводия у беременных с диабетом значительно выше по сравнению со здоровыми беременными. Нарушения гипертензивного спектра, включая преэклампсию, также ассоциированы с повышенным риском многоводия, что подтверждено в исследованиях Наранг и др., (2018). Одной из наиболее серьезных проблем в структуре осложнений беременности является ведение беременности при остром многоводии. По данным L. Poon, R. Napolitano и соавторов, особое внимание уделяется нарушениям фетоплацентарного комплекса и развитию гипоксии плода.

В настоящее время нет единого мнения и стандартных критериев, позволяющие определить тактику ведения беременности при многоводии.

Эти данные подтверждают актуальность проблемы и необходимость совершенствования диагностики и тактики ведения беременных с многоводием.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена в рамках прикладного научного проекта АЛ-56-тур21101918 (2023–2025 гг.) «Разработка нового метода прогнозирования, ранней диагностики и лечения патологии плода с использованием малоинвазивных фетоскопических технологий».

Цель исследования. Определить эффективность и безопасность метода расширенной амниоредукции с использованием разработанного универсального внутриматочного порта.

Задачи исследования:

ретроспективный анализ течения беременности, родов и перинатальных исходов у беременных с многоводием;

оценить состояние фетоплацентарной системы и степени выраженности многоводия при ультразвуковом исследовании для определения показаний к амниоредукции;

изучить в амниотической жидкости кислотно-щелочное состояние, уровень ИЛ-6, прокальцитонина и бактериального посева микрофлоры с использованием современных методов диагностики;

изучить особенности течения и исходов беременности, после проведении стандартной и пролонгированной амниоредукции.

Объектом исследования. Исследованы 55 беременных с острым многоводием, находившихся на лечении и наблюдении в период 2021–2024 годы в РСНПМЦЗМиР.

Предметом исследования послужили материалы для оценки, полученные из амниотической жидкости у беременных с острым многоводием.

Методы исследования: общеклинические, клинико-анамнестические, лабораторные, иммунологические, инструментальные и статистическая обработка клинических параметров с применением методов доказательной медицины.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

выявлены основные клинические факторы, требующие проведения амниоредукции у беременных с тяжелым многоводием (идиопатическое

многоводие, врожденные пороки развития и синдром фето-фетальной трансфузии);

впервые выявлено снижение кислотно-щелочного равновесия (рН), снижение парциального давления кислорода (рО₂) и повышение уровня лактата в амниотической жидкости у беременных с тяжелым многоводием, тем самым доказана эффективность ранней диагностики субклинической стадии гипоксии плода и коррекции тактики лечения;

впервые разработан усовершенствованный метод амниоредукции, направленный на контроль редукции околоплодных вод с использованием универсального внутриматочного порта у беременных с выраженным многоводием;

впервые доказана эффективность алгоритма ведения беременности, направленного на пролонгирование беременности до оптимального срока и снижение риска перинатальных осложнений, с использованием активной хирургической тактики - усовершенствованного метода амниоредукции, у беременных с многоводием различного генеза.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

для раннего выявления тяжёлого многоводия рекомендуется проводить ультразвуковое исследование с измерением амниотического индекса (АИ) или наибольшей глубины кармана амниотической жидкости, начиная с 20-й недели беременности. В случаях, когда значение АИ превышает 240 см, рекомендуется динамическое наблюдение с оценкой объёма амниотической жидкости каждые две недели;

для лечения тяжёлого многоводия рекомендуется использовать разработанный универсальный внутриматочный порт, который помогает снизить риск инфекционных осложнений, включая хориоамнионит, а также уменьшает вероятность преждевременного разрыва плодных оболочек и преждевременных родов.

Достоверность результатов исследования подтверждается теоретическими и практическими подходами и методами, применяемые при проведении исследования, совместимостью теоретических данных с полученными результатами, методологической правильностью проведенных исследований, достаточном количестве пациенток, обработкой с применением клинических, инструментальных, иммунологических, бактериологических статистических методов, а также заключением и полученными результатами основанными сравнением результатов исследований с международными и местными данными.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов заключается в том, что были выявлены причины и последствия тяжёлого многоводия, а также определены показания для инвазивного лечения — амниоредукции.

Практическое значение результатов исследования состоит в том, что был разработан метод амниодренирования с универсальным внутриматочным портом, что позволило значительно снизить риск осложнений для матери и плода. Разработан алгоритм ведения беременных с

многоводием, применение которого значительно уменьшило риск перинатальных осложнений.

Внедрение результатов исследования. Утверждено на основании экспертного заключения Экспертного совета Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра охраны здоровья матери и ребенка № 29 у-т/15 от 30 марта 2024 г.:

первая научная инновация: впервые определены основные клинические факторы, требующие проведения амниоредукции у беременных с тяжелым многоводием (идиопатическое многоводие, врожденные пороки развития, синдром фето-фетальной трансфузии). Полученные научные и практические данные внедрены в практику работы Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра охраны здоровья матери и ребенка, Нукусского и Хорезмского филиалов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра охраны здоровья матери и ребенка (заключением Экспертного совета Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра охраны здоровья матери и ребенка № 29 у-т/15 от 30.03.2024 г.). Социальная эффективность: проведение таких исследований, как бактериологическое исследование околоплодных вод, исследование кислотно-основного состояния, доплерометрия, амниоредукция у беременных с острым многоводием позволяет пролонгировать беременность до оптимальных сроков. Экономическая эффективность: бактериологическое исследование околоплодных вод у беременных с острым многоводием стоит 222 800 сум, исследование кислотно-щелочного состояния - 145 500 сум, УЗИ плода и доплерометрия - 214 200 сум, амниоредукция - 221 300 сум. С целью оценки кровообращения плода и профилактики преждевременных родов на диагностику у каждой пациентки затрачивается 803 800 сум (в расчете на один раз). Указанные исследования можно провести однократно для выявления гипоксии плода, достигая экономической эффективности 803 800 сум (данные исследования можно проводить индивидуально у каждой беременной с острым многоводием до 2-10 раз). В среднем 5 проведенных процедур обходятся в 4 019 000 сум. Заключение: диагностика гипоксии плода у беременных с острым многоводием, проведенная однократно, позволила сэкономить бюджетные средства в размере 4 019 000 сумов;

вторая научная новизна: впервые выявлено снижение кислотно-щелочного равновесия (рН), снижение парциального давления кислорода (рO₂) и повышение уровня лактата в амниотической жидкости у беременных с тяжелым многоводием, что доказывает эффективность ранней диагностики и коррекции тактики лечения субклинической стадии гипоксии плода. Полученные научные и практические данные внедрены в практику работы Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра охраны здоровья матери и ребенка, Нукусского и Хорезмского филиалов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра охраны здоровья матери и ребенка (с заключением Экспертного совета Республиканского специализированного

научно-практического медицинского центра охраны здоровья матери и ребенка № 29 у-т/15 от 30.03.2024 г.). Социальная эффективность: изменения кислотно-щелочного равновесия у беременных с острым многоводием позволяют своевременно выявлять гипоксию плода. Экономическая эффективность: у женщин с острым многоводием изменение кислотно-щелочного состояния позволяет диагностировать гипоксию плода, стоимость в стандартных случаях составляет 145 500 сум. Метод ультразвукового и доплерографического исследования, используемый для оценки кровообращения плода, составляет 214 200 сум (единоразово). Данные исследования могут быть повторены многократно в динамике состояния плода. При однократном проведении указанных исследований для выявления гипоксии плода экономическая эффективность составит 68 500 сум (данные исследования могут быть проведены 2-10 раз индивидуально для каждой беременной с острым многоводием). Заключение: диагностика гипоксии плода у беременных с острым многоводием при однократном проведении позволила сэкономить бюджетные средства в размере 68 500 сум;

третья научная инновация: впервые разработан усовершенствованный метод амниоредукции, направленный на контроль редукции околоплодных вод у беременных с тяжелым многоводием с использованием универсального внутриматочного порта (патент № FAP 2606; FAP 202440116). Полученные научные и практические данные внедрены в практику работы Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра охраны здоровья матери и ребенка, Нукусского и Хорезмского филиалов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра охраны здоровья матери и ребенка (заключением Экспертного совета Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра охраны здоровья матери и ребенка № 29 у-т/15 от 30.03.2024 г.). Социальная эффективность: применение усовершенствованного метода амниоредукции в отдаленные сроки у беременных с острым многоводием способствует снижению риска хориоамнионита, преждевременного разрыва плодных оболочек и преждевременных родов. Экономическая эффективность: стоимость проведения простой процедуры амниоредукции у беременных с острым многоводием составляет 221 300 сум, а данная процедура проводится в среднем 8 раз на одну пациентку (1 770 400 сум). Применение метода длительной улучшенной амниоредукции у беременных с острым многоводием проводится в среднем 3 раза на одну пациентку и составляет 663 900 сум. Процедура длительной улучшенной амниоредукции позволяет достичь средней экономической эффективности в размере 1 106 500 сум на одну пациентку. Заключение: длительная улучшенная амниоредукция для диагностики и лечения беременных с острым многоводием позволила сэкономить бюджетные средства на 1 106 500 сум;

четвертая научная новизна – впервые доказана эффективность алгоритма ведения беременности, направленного на пролонгирование беременности до оптимального срока и снижение риска перинатальных

осложнений за счет применения активной хирургической тактики – усовершенствованного метода амниоредукции – у беременных с многоводием различного генеза. Полученные научные и практические данные внедрены в здравоохранение и клиническую практику, в частности, в практику Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра охраны здоровья матери и ребенка, Нукусского и Хорезмского филиалов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра охраны здоровья матери и ребенка (с заключением Экспертного совета Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра охраны здоровья матери и ребенка № 29 у-т/15 от 30.03.2024 г.). Социальная эффективность: применение алгоритма ведения беременности при многоводии на практике позволяет предупредить возможные осложнения для матери и плода. Экономическая эффективность: экономия достигнута за счет сокращения средней длительности пребывания в отделении реанимации новорожденных недоношенных детей у женщин с острым многоводием с 25 дней до 12 дней (13 дней), а также снижения размера оплаты за пребывание в стационаре на 18 730 400 сумов (согласно прејскуранту Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра охраны здоровья матери и ребенка 1 день пребывания в стационаре в отделении реанимации новорожденных обходится в 1 440 800 сумов); за счет сокращения длительности пребывания в стационаре на несколько дней стало требоваться меньше лекарств на 15 000 000 сумов (в среднем в день на лекарства тратится 1 500 000 сумов). Заключение: мониторинг репродуктивной способности матери и плода, своевременная диагностика и внедрение в практику опасных для плода состояний при выхаживания беременных с острым многоводием позволили сэкономить бюджетные средства в размере 18 730 400 сумов на одного ребенка.

Апробация работы. Результаты исследования были обсуждены на 3 научно-практических конференциях, 1 международных и 2 республиканских.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации всего опубликовано 12 научных работ, из них 5 научной статьи, в том числе 4 в республиканских и 1 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 115 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, определены цель и задачи исследования, характеризуется объект исследования, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики,

приведены научная новизна и практические результаты исследования, их научная и практическая значимость и внедрение в практику, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертационного исследования, **«Обзор литературы. Современные аспекты диагностики и патогенеза многоводия»**, представлен структурированный анализ актуальных научных данных по данной теме, разделенный на три основных раздела. В работе подробно освещены этиологические факторы, влияющие на развитие многоводия, а также современные подходы к диагностике и лечению данных состояний. Завершается глава обоснованием значимости исследуемой проблемы и формулировкой ключевых вопросов, которые требуют дальнейшего изучения.

Во второй главе диссертационного исследования, **«Характеристика клинического материала и методы исследования»**, подробно представлены объект и предмет исследования, а также методы сбора и анализа данных, включая статистическую обработку. Исследования проводились с 2021 по 2024 гг. в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре здоровья матери и ребёнка МЗ РУз (директор – д.м.н. Надырханова Н.С.) в рамках проекта «Разработка новой методики прогноза, ранней диагностики и лечения патологии плода с использованием малоинвазивных фетоскопических технологий» АЛ-56-тур 21101918 (2023-2025гг.).

Клинико-статистическому анализу подвергнуто 55 женщины с острым многоводием родоразрешенных в РСНПМЦЗМиР.

Первичное обследование, постановка диагноза, выбор лечебной тактики, а также динамическое наблюдение за состоянием женщины и плода у беременных, включённых в исследовательские группы, проводились в РСНПМЦЗМиР. На скрининговом этапе было обследовано 189 беременных с многоводием, однако в исследование были включены 55 женщин, соответствующих критериям диагностики острого многоводия.

Согласно дизайну исследования, на первом этапе был проведён ретроспективный анализ 199 историй родов у беременных с диагнозом многоводие. На втором этапе с января 2021 года по март 2024 года проведено проспективное исследование среди 55 беременных женщин с острым многоводием. Отбор пациенток для исследования осуществлялся в соответствии с критериями включения и исключения. Основную группу составили 21 беременная, у которой использовался универсальный внутриматочный порт, а в группу сравнения — 34 беременные, которым проводилась стандартная амниоредукция. У всех пациенток, включённых в исследование, проводился забор амниотической жидкости с последующим определением кислотно-щелочного состояния, уровней интерлейкина-6, прокальцитонина, бактериального посева, а также выполнялось доплерометрическое исследование плода.

Возраст беременных в основной группе средний возраст составляет $28,2 \pm 4,2$ года, в группе сравнения средний возраст немного меньше, равен

27,8±4,2 года. Паритет (число родов) в основной группе 27,8% являются первородящими, в то время как 72,2% повторнородящими, в группе сравнения доля первородящих составляет 28,7%, а повторнородящих 71,3%. Срок гестации при обращении беременных с острым многоводием в основной группе составляет 27,0±3,2 недели, в группе сравнения средний срок гестации 27,5 ±3,1 недели.

Обработка данных включала использование стандартных методов описательной статистики, а также параметрического и непараметрического статистического анализа.

В третьей главе диссертации, озаглавленной **«Ретроспективный анализ течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин с острым многоводием»**, для уточнения частоты многоводие провели ретроспективный анализ 3315 истории родов, родоразрешенных в РСНПМЦЗМиР. Результаты ретроспективного анализа показали, что среди общей популяции беременных, поступивших на родоразрешение в РСНПМЦЗМиР в 2020 году, 6% (n=199) женщин имели многоводие.

По данным ретроспективного анализа возраст обследованных беременных женщин с многоводием был в пределах от 21 до 40 лет, средний возраст составил 28±2,64 лет. Возрастная группа 26–35 лет составляет 55,6% всех случаев многоводия (рис.1.). Частота встречаемости многоводие часто встречалось в активном репродуктивном возрасте. Возрастная группа 18–25 лет составляет 38,8%.

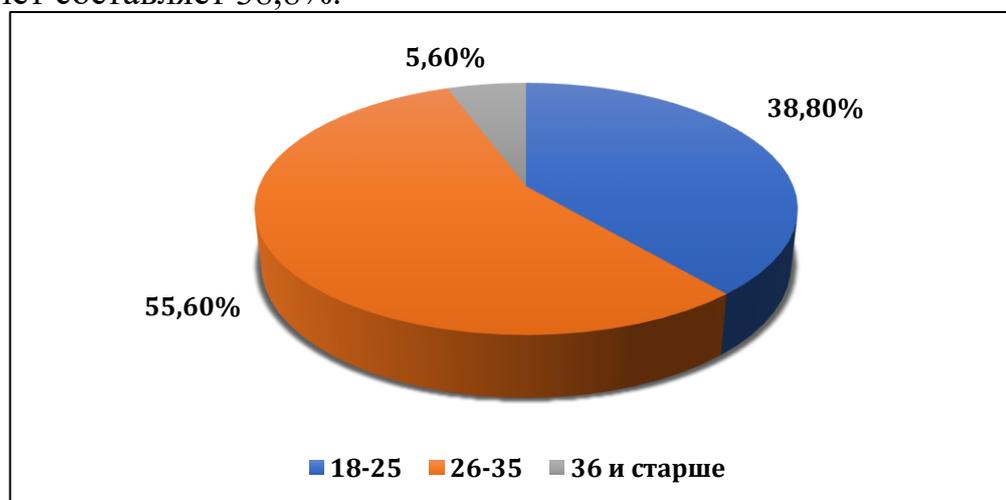


Рисунок 1. Возраст беременных с многоводием (ретроспективный анализ).

По данным ретроспективного анализа беременные женщины с многоводием в основном (55,6%) были в активном репродуктивном возрасте.

Паритет беременных женщин с многоводием, т.е. распределение беременных по числу предыдущих беременностей в условиях многоводия отражено в рисунке 2. По данным анализа первобеременные составляют 41,7% всех случаев многоводия. Повторнобеременные составляют 54,2%, что демонстрирует, что многоводие чаще встречается у женщин, у которых уже были беременности в анамнезе.

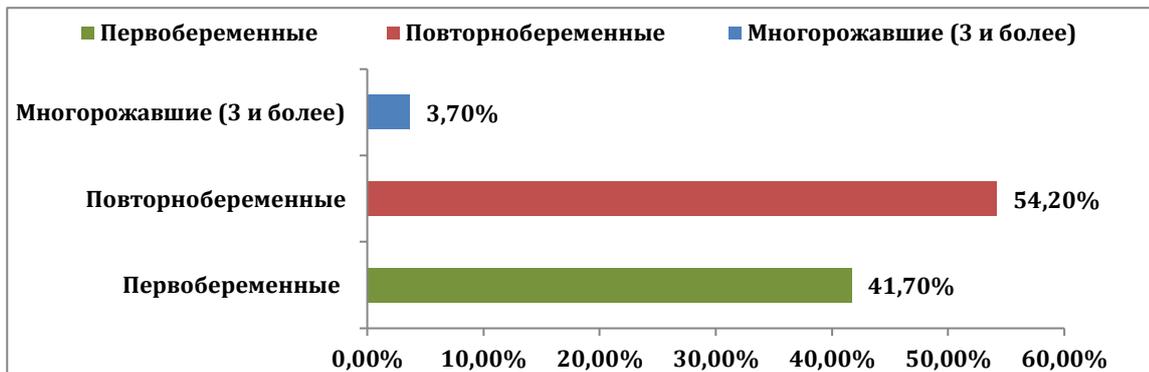


Рисунок 2. Паритет беременных с многоводием

По данным анализа первобеременные составляют 41,7% всех случаев многоводия. Повторнобеременные составляют 54,2%, что демонстрирует, что многоводие чаще встречается у женщин, у которых уже были беременности в анамнезе. Это может быть связано с определенными факторами риска, накопленными в ходе предыдущих беременностей. Многогрожавшие (3 и более беременностей) составляют всего 3,7%. Это самая малая группа среди женщин с многоводием. Вероятно, у женщин с большим количеством родов существует меньше факторов риска или другие защитные механизмы, которые снижают вероятность многоводия.

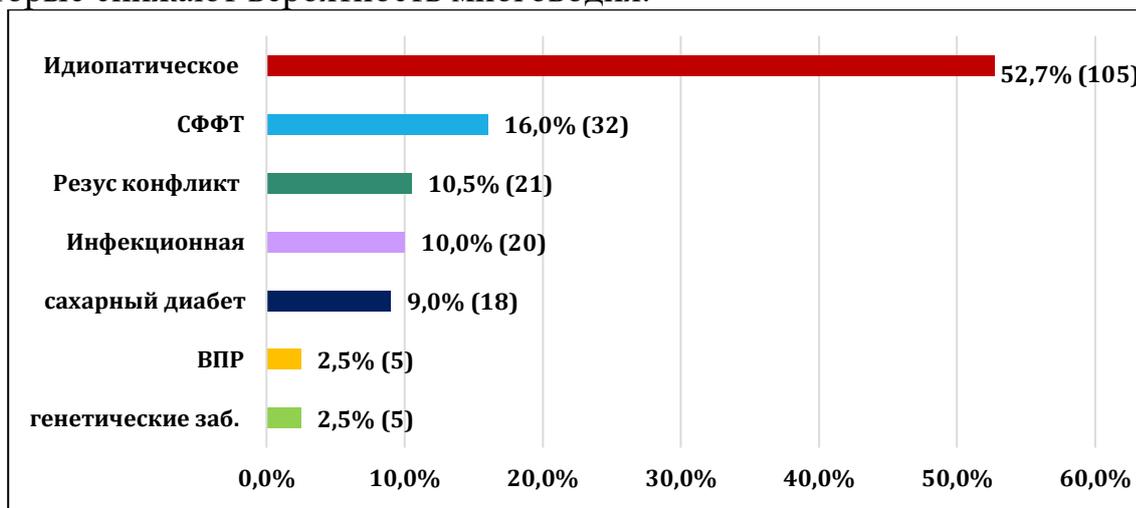


Рисунок 3. Причины многоводия у беременных с многоводием

На рисунке 3 показано, что наиболее частой причиной многоводия, по данным ретроспективного анализа, были идиопатические причины — 52,7% (n=105), что составляет наибольшую долю случаев многоводия, при которых причина не была выявлена. ФФТС (синдром фетально-фетальной трансфузии) — 16,0% (n=32). В этом случае один плод получает больше амниотической жидкости, чем другой. Резус-конфликт — 10,5% (n=21). Резус-конфликт, то есть конфликт резус-факторов, может стать причиной множественности. Инфекции — 10,0% (n=20). Наличие инфекций во время беременности может привести к увеличению количества амниотической жидкости. Сахарный диабет — 9,0% (n=18). Наличие диабета стало причиной ожирения. Врожденные пороки развития плода — 2,5% (n=5). Врожденные дефекты плода также могут стать причиной многоводии. Наследственные

заболевания — 2,5% (n=5). Наследственные заболевания также являются одной из причин многоводии.

В таблице 1 представлены основные показатели течения родов у беременных с многоводием в ретроспективной группе (n=199). Результаты родов у беременных с многоводием показали, что преждевременный разрыв плодных оболочек наблюдался в 116 случаях, т.е. в 58,3% случаев, что свидетельствует о высоком риске натяжения и разрыва плодных оболочек, свойственных многоводию. Дородовой разрыв плодных оболочек зафиксирован в 21 случае (10,5%), что повышает риск инфекционных осложнений. Преждевременные роды: роды до 32 недель — 91 случай (45,7%), от 32 недель до 37 недель — 75 случаев (37,6%), что свидетельствует о высокой частоте преждевременных родов.

Таблица 1

Течение родов у беременных с многоводием

| Показатели | Группа ретроспективная (n=199) | | |
|--|-----------------------------------|------|------|
| | абс. | % | |
| Преждевременный разрыв плодного пузыря | 116 | 58,3 | |
| Пренатальный разрыв плодного пузыря | 21 | 10,5 | |
| Преждевременные роды <32 недель | 91 | 45,7 | |
| Преждевременные роды <37 недель | 75 | 37,6 | |
| Роды в срок | 33 | 16,6 | |
| Слабость родовой деятельности | 16 | 8,0 | |
| Дискоординация родов | 8 | 4,0 | |
| Стремительные роды | 9 | 4,5 | |
| Кровотечение | | | |
| ПОНРП | 21 | 10,5 | |
| Гипотония матки | 11 | 5,5 | |
| Кесарево сечение (n=141; 70,8%) | Плановое | 80 | 40,2 |
| | срочные | 61 | 30,6 |
| Естественные роды (n=58; 29,2%) | 58 | 29,2 | |
| Ручное исследование полости матки | 3 | 6 | |

Срочные роды — 33 случая (16,6%), что свидетельствует об относительно невысоком количестве нормальных срочных родов при многоводии. Слабость родовой деятельности наблюдалась в 16 случаях (8,0%), нарушение координации движений — в 8 случаях (4,0%), стремительные роды — в 9 случаях (4,5%).

Кровотечения различной этиологии зарегистрированы у значительного числа пациенток: кровотечения, обусловленные преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП), наблюдались в 10,5% случаев, а гипотонические кровотечения — в 5,5%. Дефект последа зафиксирован у 4,5% пациенток. Роды путем операции кесарева сечения проводились в 70,8% случаев (n=141), из них 40,2% составили плановые операции, а 30,6% — экстренные. Роды через естественные родовые пути

произошли у 29,2% пациенток (n=58). Среди них мануальное обследование полости матки потребовалось в 6% случаев.

Беременные с многоводием подвергались абдоминальному родоразрешению, в связи с НМППК 3ст 18%, ПОНРП 11%, неправильное положение плода в 9% и самый низкий показатель относится к случаям, связанным с наличием у беременных миопии высокой степени, что составило 5%.

Факторы, связанные с расположением плода и анатомическими особенностями организма матери, также являлись важными причинами хирургического родоразрешения. Офтальмологические показания (миопия) встречаются реже других причин (рис. 4).



Рис 4. Показания к абдоминальному родоразрешению у беременных с многоводием

В таблице 2 проанализирован морфофункциональный статус детей, рожденных от 199 беременных женщин с многоводием в ретроспективной части исследования. Эти данные включают рост, вес и оценку по шкале Апгар у младенца. Анализ роста младенцев показал, что большинство детей (65,7%) имели рост в пределах 35–47 см. В среднем (34,1%) дети имели рост 47–53 см. По результатам анализа массы тела новорожденных количество детей с массой тела 2500 граммов и менее составило 131 (65,8%). Только 68 младенцев (34,1%) весили ≥ 2500 г и относились к группе срочных родов (≥ 37 недель).

Таким образом, на основании данных проведенного нами ретроспективного анализа установлено, что многоводие зафиксировано в 6% случаев всех родов в Центре. Многоводие 3 степени было у n=26 (13,06%) беременных у которых применение амниоредукции могло снизить риски перинатальных осложнений. Многоводие чаще всего встречается у женщин в возрасте 26–35 лет (55,6%), что соответствует активному репродуктивному возрасту.

Таким образом, многоводие обуславливает высокий риск развития акушерских и перинатальных осложнений. По данным ретроспективного анализа, кесарево сечение было выполнено в 70,8% случаев, из них в 29,2% — плановое, что было сопряжено с высоким риском акушерских осложнений, таких как преждевременный разрыв околоплодных вод (58,3%) и кровотечение (16%).

Таблица 2

**Состояние новорожденных, рожденных от беременных женщин с
многоводием**

| Исследуемые параметры | | Ретроспективная группа (n=199) | |
|--|------------|--------------------------------|-------|
| Масса плода | Срок родов | Абс | % |
| <999 | <28 | 37 | 18,6% |
| 1000-1499 | 28-30 | 44 | 22,1% |
| 1500-2499 | 31-36 | 50 | 25,1% |
| > 2500 | >37 | 68 | 34,1% |
| Оценка по шкале Апгар | | | |
| 3-4 | | 41 | 20,6% |
| 5-7 | | 95 | 47,7% |
| 8-10 | | 63 | 31,6% |
| Аntenатальная гибель плода | | 9 | 4,5% |
| Интранатальная гибель плода | | 0 | 0 |
| Смерть новорожденных в возрасте 0-6 дней | | 21 | 10,5% |

Анализ перинатальных исходов показал, что большинство младенцев, n=131 (65,8%), весили менее 2500 граммов, а n=136 (68,3%) младенцев имели низкую оценку по шкале Апгар (<8 баллов). В ходе ретроспективного анализа перинатальная смертность составила n=30 (15,0%), что в большинстве случаев было связано с преждевременными родами из-за острого многоводия.

Четвертая глава диссертации «**Результаты собственных исследований. Клиническая характеристика обследованных пациенток. Результаты состояния маточно-плацентарно-плодового кровообращения у беременных с острым многоводием**». Объектом исследования было 55 беременных женщин с острым многоводием.

В таблице 3 приведены данные о возрасте и акушерских характеристиках двух групп — основной (n=21) и контрольной (n=34) групп. В основную группу вошли пациентки с диагнозом острое многоводие, которым была проведена пролонгированная амниоредукция, а в контрольную группу — женщины с тем же диагнозом, но прошедшие стандартную амниоредукцию.

Таблица 3

Возраст и паритет у обследованных группах с острым многоводием

| Показатели | | Основная группа n=21 | Группа сравнения n=34 |
|--|------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Возраст беременных с острым многоводием (лет) | | 28,2±4,2 | 27,8±4,2 |
| Паритет женщин с острым многоводием | Первая беременность | 27,8% | 28,7% |
| | Повторная беременность | 72,2% | 71,3% |
| Срок гестации у беременных с острым многоводием | | 27,0±3,2 недель | 27±3,1 недель |
| Статистически значимых различий между группами не было p>0,05. | | | |

В таблице 3 представлены данные о возрастных и акушерских характеристиках женщин двух групп: основной группы (n=21), включающей пациенток с острым многоводием, и группы сравнения (n=34). Средний возраст женщин с острым многоводием в основной группе составил 28,2±4,2 года, а в группе сравнения 27,8±4,2 года. При анализе паритета отмечено, что среди женщин с острым многоводием в основной группе 27,8% пациенток были первобеременными, а 72,2% повторнобеременными. В группе сравнения доля первобеременных составила 28,7%, а повторнобеременных 71,3% случаев. Средний срок гестации в момент диагностики острого многоводия в основной группе составил 27,0±3,2 недель, тогда как в группе сравнения этот показатель равнялся 27,5±3,1 недель. Различия между группами были статистически незначимы (p > 0,05).

Таким образом, исследуемые группы сопоставимы по возрасту, паритету и сроку гестации, что позволяет исключить влияние этих факторов на результаты анализа.

Таблица 4 демонстрирует показатели, характеризующие объем околоплодных вод, у беременных с острым многоводием в двух группах до проведения амниоредукции.

Таблица 4

Результаты индекса амниотической жидкости в обследуемых группах до амниоредукции

| Показатели | Основная группа n=21 | Группа сравнения n=34 |
|--|----------------------|-----------------------|
| Амниотический индекс | 453±45см | 450±56см |
| Максимальный вертикальный карман | 18±2,2см | 18±2,1см |
| Статистически значимых различий между группами не было p>0,05. | | |

Различия между группами по обоим показателям (АИ и МВК) не являются статистически значимыми (p>0,05). Это подтверждает отсутствие существенных различий между группами до начала вмешательства.

Обе группы были однородными по объему околоплодных вод до амниоредукции, что исключает возможное влияние начального состояния на результаты исследования. Эти данные подчеркивают, что любые выявленные различия после амниоредукции будут связаны непосредственно с типом вмешательства, а не с изначальными параметрами околоплодной жидкости.

В таблице 5 в исследовании оценивает влияние амниоредукции на кровообращение в маточной артерии (a. uterina). Для этого в основной и контрольной группах у женщин измерялись показатели, такие как соотношение пиковой скорости кровотока к диастолической скорости (С/Д), индекс сопротивления (РИ) и пульсационный индекс (ПИ) с использованием метода доплерографии до и после проведения амниоредукции.

Эти параметры помогают оценить, как изменения в объеме амниотической жидкости могут влиять на маточный кровоток и, следовательно, на кровоснабжение плода. Важно, чтобы результаты этих

измерений были проанализированы для выявления возможных улучшений в кровоснабжении после выполнения амниоредукции, что может повлиять на исход беременности и состояние матери и ребенка.

Аналогичные тенденции наблюдались и среди женщин в группе сравнения (n=34). У 19 (55,9%) женщин показатели С/Д, RI и PI были низкими до лечения и практически не изменились после амниоредукции. Однако у 15 (44,1%) женщин до лечения отмечалась высокая резистентность (К/Д — 2,55±0,4, RI — 0,65±0,2, ПИ — 1,36±0,3), а после амниоредукции эти показатели снизились, как и в основной группе.

В Таблице 6 кровотоков в пупочной артерии (a. umbilicalis) оценивался с помощью доплерографии в рамках исследования по оценке влияния процедуры амниоредукции на кровообращение плода. С/Д (систолюдиастолическое отношение), RI (индекс резистентности) и PI (индекс пульсации) этой артерии важны для оценки риска гипоксии плода. Показатели оценивались отдельно до и после процедуры амниоредукции.

Среди пациенток основной группы (n=21) у 13 (61,9%) женщин С/Д до амниоредукции составил 2,75±0,4, RI - 1,05±0,4, ПИ - 0,75±0,22. После амниоредукции наблюдалась небольшая разница в этих показателях: С/Д — 2,8±0,4, RI — 0,86±0,2, PI — 0,65±0,23. При этом параметры кровообращения плода снижаются. В этой группе у 8 женщин (38,1%) были выявлены высокие показатели резистентности к амниоредукции: С/Д — 3,15±0,3, RI — 1,33±0,4, PI — 0,89±0,2. У этих пациенток после амниоредукции С/Д составил 2,75±0,2, RI — 1,06±0,2, PI — 0,75±0,3, при этом отмечено улучшение перфузии за счет снижения доплеровских показателей.

Все показатели, оценивающие состояние маточных артерий до и после амниоредукции в обеих группах не имели статистически значимых различий (p>0,05).

Таблица 5

Состояние маточных артерий у обследуемых групп до и после амниоредукции

| Группы | | Допплерометрические показатели, a. uterine | | | | | |
|--|--------------|--|-----------|-----------|---------------------|-----------|-----------|
| | | До амниоредукции | | | После амниоредукции | | |
| | | С/Д | RI | ПИ | С/Д | RI | ПИ |
| Основная группа (n=21) | n=8 (38,1%) | 1,75±0,4 | 0,50±0,2 | 1,02±0,3 | 1,75±0,3 | 0,45±0,5 | 1,05±0,1 |
| | n=13 (61,9%) | 2,65±0,3* | 0,72±0,2* | 1,36±0,3* | 1,75±0,3* | 0,45±0,5* | 1,05±0,1* |
| Группа сравнения (n=34) | n=19 (55,9%) | 1,82±0,4 | 0,53±0,2 | 1,05±0,3 | 1,75±0,3 | 0,45±0,5 | 1,05±0,1 |
| | n=15 (44,1%) | 2,55±0,4* | 0,65±0,2* | 1,36±0,3* | 1,75±0,3* | 0,45±0,5* | 1,05±0,1* |
| Статистически значимых различий между группами не было p>0,05. | | | | | | | |

Таблица 6

Состояние пупочной артерии у обследуемых групп до и после амниоредукции

| Группы | | До амниоредукции | | | После амниоредукции | | |
|---|--------------|------------------|-----------|-----------|---------------------|----------|-----------|
| | | С/Д | РИ | ПИ | С/Д | РИ | ПИ |
| Основная группа (n=21) | n=13 (61,9%) | 2,75±0,4 | 1,05±0,4 | 0,75±0,22 | 2,8±0,4 | 0,86±0,2 | 0,65±0,23 |
| | n=8 (38,1%) | 3,15±0,3* | 1,33±0,4* | 0,89±0,2* | 2,75±0,2 | 1,06±0,2 | 0,75±0,3 |
| Группа сравнения (n=34) | n=19 (55,9%) | 2,7±0,5 | 1,15±0,41 | 0,75±0,23 | 2,8±0,4 | 0,9±0,3 | 0,72±0,22 |
| | n=15 (44,1%) | 3,18±0,3* | 1,34±0,4* | 0,88±0,2* | 2,74±0,2 | 1,02±0,2 | 0,73±0,3 |
| Статистически значимых различий между группами не было p>0,05.) | | | | | | | |

В группе сравнения (n=34) у 19 (55,9%) женщин С/Д до амниоредукции составил 2,7±0,5, ИР — 1,15±0,41, ПИ — 0,75±0,23. После лечения С/Д достиг 2,8±0,4, RI достиг 0,9±0,3, а PI достиг 0,72±0,22, при этом существенных изменений не отмечено. При этом у 15 (44,1%) женщин до амниоредукции отмечались показатели высокой резистентности: С/Д - 3,18±0,3, RI - 1,34±0,4, PI - 0,88±0,2, которые после процедуры снизились до С/Д - 2,74±0,2, RI - 1,02±0,2, PI - 0,73±0,3.

Оценка кровотока в пупочной артерии после амниоредукции показала устойчивое снижение доплеровских значений, особенно у пациенток с высоким сопротивлением до процедуры. Это свидетельствует о том, что амниоредукция оказывает положительное влияние на фетоплацентарное кровообращение и снижает риск гипоксии. В обеих группах после амниоредукции наблюдалось снижение ПИ в пупочной артерии, что свидетельствует об уменьшении сопротивления кровотоку. Различия между показателями до и после амниоредукции были статистически значимыми (p<0,05) в обеих группах, что подтверждает достоверность полученных результатов.

В основной группе после амниоредукции ИР снизился более существенно, что свидетельствует об улучшении кровообращения и указывает на ее эффективность.

Снижение показателей ПИ и RI после амниоредукции свидетельствует об улучшении кровообращения в пупочной артерии. Данное снижение было более выражено в основной группе, что может быть связано с эффективностью использования универсального внутриматочного порта.

В разделе диссертации «**Результаты лабораторных исследований состава амниотической жидкости (кислотно-щелочное равновесие) и микрофлоры (ИЛ-6, прокальцитонин, ПЦР, бактериальная инфекция и TORCH-инфекции)**» изучены особенности течения беременности и родов у

беременных женщин с митральным стенозом. В таблицах 7 и 8 перечислены три основные категории анализируемых параметров: газовые параметры, электролиты и метаболиты.

Для оценки газовой среды измерялись такие ключевые параметры, как рН и парциальное давление O_2 . Уровень рН в группах I и II составил $6,01 \pm 1,09$ и $6,07 \pm 1,05$ соответственно, что значительно ниже показателя $7,5 \pm 0,028$ в контрольной группе.

Индекс оксигенации - уровень O_2 в группах I и II также был ниже, чем в контрольной группе, и составил $48,0 \pm 1,5$ мм рт. ст. соответственно. и $51 \pm 1,2$ мм с.б. организовано. Это состояние подтверждает ограничение поступления кислорода в амниотической среде.

Электролитный баланс: Содержание натрия в амниотической жидкости составило в группе I $101 \pm 3,9$ ммоль/л, во II группе $121 \pm 3,4$ ммоль/л, в контрольной группе $134 \pm 3,4$ ммоль/л, что свидетельствует о наличии гипонатриемии. Это состояние связано с нарушением водно-электролитного обмена плода [2].

Таблица 7

Лабораторные показатели состава амниотической жидкости при остром многоводии во 2 триместре беременности (КЩС)

| КЩС | Беременные женщины на 22-28 неделе беременности (n=22) | В норме (по FMF) |
|---|--|------------------|
| Индикаторы газа в амниотической жидкости | | |
| рН | $6,01 \pm 1,09^*$ | $7,5 \pm 0,028$ |
| O_2 | $48,0 \pm 1,5^*$ | $56,2 \pm 1,5$ |
| Показатели электролиты в амниотической жидкости | | |
| Na | $101 \pm 3,9$ | $134 \pm 3,4$ |
| K | $3,9 \pm 0,1$ | $4,0 \pm 0,1$ |
| CL | $102 \pm 1,2$ | $104 \pm 1,6$ |
| Ca | $1,15 \pm 0,12$ | $1,9 \pm 0,21$ |
| Метаболиты | | |
| Glu | $2,81 \pm 0,35$ | $3,12 \pm 0,34$ |
| Лактат | $3,12 \pm 0,2^*$ | $0,5-2$ ммоль/л |

Примечание: Статистически значимая разница ($P < 0,05$) была обнаружена в группах I и II по показателям рН, O_2 , натрия, калия, хлора и лактата по сравнению с контрольной группой.

Уровень глюкозы и кальция статистически не отличался в группе II по сравнению с контрольной группой ($P > 0,05$).

Уровень калия, хлора и кальция также снизился по сравнению с нормой в группах I и II. Например, уровень кальция в группе I составил $1,15 \pm 0,12$ ммоль/л, во II группе – $1,8 \pm 0,21$ ммоль/л, в контроле – $1,9 \pm 0,21$ ммоль/л.

Метаболические параметры: уровни глюкозы достоверно не различались между группами (I: $2,81 \pm 0,35$, II: $3,02 \pm 0,34$, контроль: $3,12 \pm 0,34$ ммоль/л), но уровни лактата были значительно выше в группах I и II (I: $3,12 \pm 0,2$, II: $3,21 \pm 0,1$), что указывает на метаболический стресс и гипоксию по сравнению с нормальным диапазоном ($0,5-2$ ммоль/л).

Таким образом, при беременности с острым многоводием изменения в составе амниотической жидкости указывают на то, что состояние плода находится под серьезным риском. Нарушение газообмена (рН и O_2),

нарушение электролитного баланса (натрия, кальция), повышение уровня лактата свидетельствуют о развитии гипоксии плода и метаболического ацидоза. В этих случаях рекомендуется регулярный биохимический мониторинг и, при необходимости, перинатальное вмешательство (амниоредукция или кесарево сечение).

Таблица 8

Лабораторные показатели состава амниотической жидкости при остром многоводии в 3 триместре беременности (КЩС)

| КЩС | Беременные женщины на 29-34 неделе беременности (n=33) | Норма (по FMF) |
|---|--|----------------|
| Индикаторы газа в амниотической жидкости | | |
| pH | 6,07+/-1,05* | 7,5+/-0,028 |
| O ₂ | 51+/-1,2* | 56,2+/-1,5 |
| Показатели электролиты в амниотической жидкости | | |
| Na | 121+/-3,4 | 134+/-3,4 |
| K | 3,9+/-0,1 | 4,0+/-0,1 |
| CL | 101+/-1,3 | 104+/-1,6 |
| Ca | 1,8+/-0,21 | 1,9+/-0,21 |
| Метаболиты | | |
| Glu | 3,02+/-0,34 | 3,12+/-0,34 |
| Лактат | 3,21+/-0,1* | 0,5-2 ммоль/л |

Примечание: Статистически значимая разница ($P < 0,05$) была обнаружена в группах I и II по показателям pH, O₂, натрия, калия, хлора и лактата по сравнению с контрольной группой.

Уровень глюкозы и кальция статистически не отличался в группе II по сравнению с контрольной группой ($P > 0,05$).

В таблице 9 представлена сравнительная оценка лабораторных данных между двумя группами исследования: основной группой и группой сравнения.

Средний уровень интерлейкина-6 в основной группе составил $267 \pm 88,2$ нг/мл, а в группе сравнения – $256 \pm 79,6$ нг/мл. Различия между группами не достигли статистической значимости ($P = 0,614$), что свидетельствует об отсутствии существенных различий по данному показателю.

Средний уровень прокальцитонина составил $0,24 \pm 0,2$ нг/мл в контрольной группе и $0,22 \pm 0,1$ нг/мл в контрольной группе. Значение P также было выше уровня значимости ($P = 0,626$), что указывает на то, что эти показатели были схожими в обеих группах.

Таким образом, значимые лабораторные показатели не показали различий между двумя основными группами и группой сравнения, что свидетельствует о сопоставимом статусе групп по изучаемым параметрам. Однако уровень провоспалительных маркеров был достоверно повышен, что говорит о воспалительной природе многоводия и обосновывает противовоспалительную терапию как важный компонент лечения многоводия.

Таблица 9

Сравнительная оценка лабораторных данных при остром многоводии

| Группы | Интерлейкин -6 (норма 0-10 нг/мл) | Прокальцитонин (норма 0-0,5нг/мл) | P – значения |
|--------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|
| Основная группа | 267±88,2* | 0,24±0,2 | 0,614 |
| Группа сравнения | 256±79,6* | 0,22±0,1 | 0,626 |
| Контрольная группа | 9,2±0,2 | 0,23±0,1 | 0,625 |

Примечание: * - отклонение относительно контрольной группы достоверно $p < 0,05$

В таблице 10 представлены результаты бактериологического исследования околоплодных вод у беременных с острым многоводием, а также выявления инфекций, вызванных цитомегаловирусом (ЦМВ) и вирусом простого герпеса (ВПГ).

Таблица 10

Результаты бактериологического исследования амниотической жидкости при остром многоводии

| Группы | БАК посев | CMV (ЦМВ) | HSV (ВПГ) |
|------------------|-----------|-----------|-----------|
| Основная группа | Отр | отр | отр |
| Группа сравнения | Отр | отр | отр |

В исследовании приняли участие две группы: основная и группа сравнения. Результаты бактериологического исследования амниотической жидкости и исследования на цитомегаловирус (ЦМВ) и вирус простого герпеса (ВПГ) во всех случаях были отрицательными.

Результаты бактериологического исследования в обеих группах не выявили роста патогенной микрофлоры. Тесты на цитомегаловирус (ЦМВ) и вирус простого герпеса (ВПГ) также показали, что эти вирусы не присутствовали в амниотической жидкости.

Полученные данные свидетельствуют об отсутствии инфекционного компонента в этиологии острого многоводия у обследованных беременных.

В подглаве «Сравнительная оценка методов повторной и пролонгированной амниоредукции у беременных с острым многоводием» диссертации под контролем УЗИ проведена амниоредукция и установка универсального внутриматочного порта. Это было сделано для того, чтобы свести к минимуму прямой контакт с плодом и обеспечить непрерывную аспирацию, поскольку размеры матки изменялись с уменьшением объема.

Средняя продолжительность процедуры в основной группе составила 360 ± 180 минут, а в группе сравнения — в среднем 50 ± 10 минут. Срок беременности на момент первого вмешательства составил $26,5 \pm 3,1$ недели в основной группе и $26,0 \pm 3,2$ недели в группе сравнения. Среднее количество амниоредукций составило 2 ± 1 раз в основной группе и 6 ± 2 раз в группе сравнения.

Результаты амниоредукции

| Показатели | Основная группа n=21 | Группа сравнения n=34 |
|---|-------------------------|--------------------------|
| Часы, минуты после операции | 360±180* | 50±10 |
| Срок беременности на момент первого вмешательства, недель | 26,5±3,1 | 26,0±3,2 |
| Амниоредукция количество | 2±1* | 6±2 |
| Амниоредукция интервал, дни | 32±4* | 7±3 |
| До операции УЗИ (МВЧ), см | 18±2,2 | 18±1,1 |
| После операции УЗИ (МВЧ), см | 10±1,5* | 16±1,1 |
| Количество околоплодных вод, удаленных при амниоредукции, мл. (сразу) | 6425±1400* | 1350±700 |
| Амниоредукция с последующим продлением срока беременности, недели | 10±6* | 4±3,5 |
| Продолжительность беременности на момент родов, недель | 34,4 ± 4,3* | 29±3,4 |

* Выявлена статистически значимая разница ($P<0,05$) между основной и контрольной группами по ряду показателей, связанных с амниоредукцией. Включая: продолжительность операции, количество и интервал между амниоредукциями, количество амниотической жидкости после операции, объем жидкости, удаленной во время амниоредукции, увеличенный гестационный возраст после операции и гестационный возраст на момент родов — все эти параметры показали значительную разницу на уровне $P<0,0001$.

* Однако достоверной разницы между группами по гестационному возрасту на момент первого вмешательства и количеству амниотической жидкости до операции не наблюдалось ($P>0,05$).

Средний интервал между амниоредукциями составил 32 ± 4 дня в основной группе и 7 ± 3 дня в группе сравнения. Объем околоплодных вод по данным МВЧ составил в основной группе до операции $18\pm 2,2$ см³, после операции – $10\pm 1,5$ см³; в группе сравнения до операции она составила $18\pm 1,1$ см, после операции – $16\pm 1,1$ см. Объем удаленных околоплодных вод при амниоредукции в основной группе составил 6425 ± 1400 мл, а в группе сравнения он был значительно меньше — 1350 ± 700 мл. Средняя продолжительность беременности после амниоредукции составила 10 ± 6 недель в основной группе и $4\pm 3,5$ недели в группе сравнения. Средний срок беременности на момент родов составил в основной группе $34,4\pm 4,3$ недели, в группе сравнения – $29\pm 3,4$ недели (таблица 11).

В подглаве «Перинатальные исходы родов у женщин с острым многоводием» диссертации приведены сведения по выбору оптимальной тактики ведения беременности и родов.

В таблице 12 представлены данные о различных осложнениях и особенностях течения родового процесса у беременных с острым многоводием, разделенных на основную группу и группу сравнения. По результатам исследования выявлены существенные различия в течении родов между основной и контрольной группами. В основной группе была выполнена процедура амниоредукции с универсальным портом, течение родов было более

стабильным. Преждевременный разрыв плодных оболочек произошел в 5 случаях (23,8%) в основной группе и в 12 случаях (35,3%) в группе сравнения, однако статистически значимой разницы не было ($P=0,5518$).

Преждевременные роды <32 недель в основной группе не наблюдались вообще, тогда как в группе сравнения зафиксировано 22 случая (64,7%), причем данный показатель различался с высокодостоверной статистической разницей ($P<0,0001$). В основной группе срочные роды имели место в 9 случаях (42,9%), а в группе сравнения – ни в одном. Это также было значимое различие, $P=0,0001$.

Хотя такие осложнения, как слабость и дискоординация родовой деятельности, а также преждевременные роды, ПОНРП и гипотонические кровотечения наблюдались в основной группе реже, их статистическая значимость не всегда была достоверной.

Таблица 12

Акушерские осложнения у женщин с острым многоводием в основной и сравнительной группах

| Показатели | Основная группа (n=21) | | Группа сравнения (n=34) | | P-значения |
|--|------------------------|------|-------------------------|------|------------|
| | абс. | % | абс. | % | |
| Преждевременный разрыв плодного пузыря | 5 | 23,8 | 12 | 35,3 | 0,5518 |
| Пренатальный разрыв плодного пузыря | 1 | 4,7 | 0 | 0 | 0 |
| Преждевременные роды <32 недель | 0 | 0 | 22 | 64,7 | 0,0 |
| Преждевременные роды <37 недель | 12 | 57,1 | 12 | 35,3 | 0,5518 |
| Роды в срок | 9 | 42,9 | 0 | 0 | 0,0001 |
| Слабость родовой деятельности | 2 | 9,5 | 6 | 17,6 | 0,6624 |
| Дискоординация родовой деятельности | 1 | 4,7 | 5 | 14,7 | 0,4814 |
| Хорионамнионит | 0 | 0 | 5 | 14,7 | 0,2722 |
| Кровотечение | | | | | |
| ПОНРПО | 0 | 0 | 2 | 5,9 | 0,6959 |
| Гипотония матки | 1 | 4,7 | 4 | 11,7 | 0,6929 |
| Статистически значимо ($P < 0,05$) | | | | | |

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что частота осложнений и вмешательств в группе сравнения выше, чем в основной группе. Это может быть связано с характером течения беременности или другими факторами.

Эффективность сравниваемых методов амниоредукции можно оценить по рисунку 7, на котором представлен процент беременных женщин, ролонгировавших беременность до оптимального срока.

На рисунке 7, сравниваются результаты достижения гестационного возраста среди пациенток основной и сравнительной групп. Данные диаграммы отражают распределение продолжительности беременности по неделям в процентах и позволяют оценить эффективность проводимых мероприятий по пролонгированию беременности.

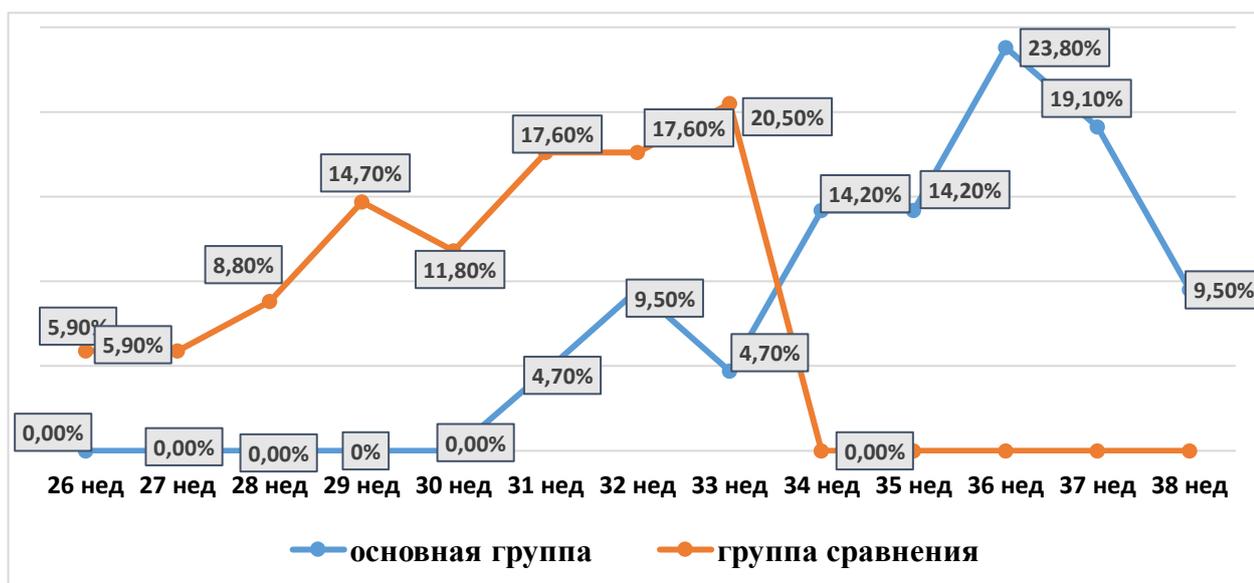


Рисунок 7. Результаты пролонгирования беременности до оптимальных сроков у беременных с острым многоводием

В основной группе беременным женщинам удалось достичь до 36-38 недель беременности. В частности, в 36 недель 23,8% женщин основной группы сохранили беременность до этого срока, а 9,5% достигли 38 недель. Эти показатели свидетельствуют об эффективности разработанного и комплексного подхода к продлению беременности до оптимальных сроков. При этом не было родов на сроке 26 недель, что свидетельствует об эффективности мер профилактики раннего прерывания беременности.

Совершенно иная ситуация наблюдалась в группе сравнения. 5,9% женщин этой группы родили на 26 неделе беременности. Хотя частота родов в последующие недели постепенно снижалась в период с 27 по 34 неделю, случаев продления беременности свыше 34 недель не было.

В заключение следует сказать, что разработанный подход, применяемый в основной группе позволили сохранить беременность до оптимальных сроков (≥ 36 недель). Это привело к снижению риска перинатальных осложнений и улучшению здоровья новорожденных. В группе сравнения, поскольку подобные меры не применялись, беременность закончилась гораздо раньше, а перинатальный риск был выше. Также на основании полученных результатов подтверждается, что ранняя диагностика, регулярный контроль и патогенетически ориентированное лечение имеют важное значение для пролонгирования беременности до оптимального срока у беременных с острым многоводием.

В таблице 13 представлены исходы родов и перинатальные осложнения в основной группе и группе сравнения.

Из таблицы видно, что использование внутриматочного порта для амниоредукции достоверно снижает перинатальные осложнения.

При оценке перинатальных показателей установлено, что масса тела при рождении новорожденных в основной группе была статистически выше, чем в группе сравнения. Анализ перинатальных исходов показал преимущество амниоредукции с использованием универсального порта. В основной группе

61,9% новорождённых имели массу ≥ 2500 г, 57,1% — оценку по шкале Апгар 8–10 баллов, перинатальных потерь не зарегистрировано. В группе сравнения два ребёнка имел массу ≥ 2500 г или оценку 8–10 баллов; отмечены 2 антенатальные и 3 ранние неонатальные смерти. Таким образом, универсальный порт способствует улучшению развития плода, функционального состояния новорождённых и снижению перинатальной смертности. На основании проведенного анализа установлено, что в группе, перенесшей амниоредукцию с использованием универсального порта, наблюдалась высокая масса тела при рождении и рост в соответствии со сроком беременности, высокие баллы по шкале Апгар и отсутствие перинатальных потерь.

Таблица 13

Перинатальные исходы в группах обследованных беременных с острым многоводием

| Параметры | | Основная группа (n=21) | | Группа сравнения (n=34) | |
|--|------------|---------------------------|------|----------------------------|------|
| Масса ребенка | Срок родов | Абс | % | Абс | % |
| <999 | <28 | 0 | 0 | 2 | 5.8 |
| 1000-1499 | 28-30 | 0 | 0 | 20 | 58.8 |
| 1500-2499 | 31-36 | 12 | 57,2 | 12 | 35.3 |
| > 2500 | >37 | 9 | 42,8 | 0 | 0 |
| Оценка по шкале Апгар | | | | | |
| 3-4 | | 0 | 0 | 7 | 20.6 |
| 5-7 | | 9 | 42.8 | 25 | 73.5 |
| 8-10 | | 12 | 57,1 | 2 | 5.9 |
| Дети, рожденные живыми | | 21 | 100 | 32 | 94.1 |
| Антенатальная гибель плода | | 0 | 0 | 2 | 5.9 |
| Интранатальная гибель плода | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Смерть новорожденных в возрасте 0-6 дней | | 0 | 0 | 3 | 8.8 |

На основании результатов статистического анализа, проведенного в таблице 13 ниже, наблюдается значительная разница между перинатальными параметрами ($P < 0,05$).

В группе сравнения отмечены низкая масса тела при рождении, низкая оценка по шкале Апгар и высокая смертность. Это подтверждает, что амниоредукция с использованием универсального порта играет важную роль в улучшении перинатальных исходов и является эффективным методом при беременностях высокого риска.

Естественные роды могут быть рекомендованы, когда состояние матери стабильно и нет серьезных рисков для здоровья матери или плода во время беременности или родов. Если уровень амниотической жидкости слегка повышен, но не вызывает значительного дискомфорта или риска для матери или плода, и нет серьезных осложнений беременности, предлежания плаценты, преждевременного разрыва амниотической жидкости или крупного плода, вагинальные роды считаются безопасными.

ВЫВОДЫ

1. Ретроспективный анализ показал, что многоводие наблюдалось у 6% всех родов в РСНПМЦЗМиР, и это играло ведущую роль в развитии акушерских и перинатальных осложнений. По результатам анализа, при беременности с многоводием наблюдалась высокая частота преждевременного разрыва плодных оболочек (58,3%) и дородового разрыва плодных оболочек (10,5%), при этом перинатальная смертность составила 15,0%, что связано с преждевременными родами вследствие острого многоводия. Многоводие 3 степени было у $n=26$ (13,06%) беременных у которых применение амниоредукции могло снизить риски перинатальных осложнений.

2. По данным исследования, у 13 (61,9% в основной группе) и у 15 (44,1% в группе сравнения) беременных с острым многоводием до проведения амниоредукции наблюдалось высокое сопротивление маточных артерий: C/D составило $2,65 \pm 0,3$, RI – $0,72 \pm 0,2$, PI – $1,36 \pm 0,3$. У 8 женщин (38,1% основной группы) и 15 (44,1% группы сравнения) отмечены высокие показатели резистентности в артерии пуповины: C/D - $3,15 \pm 0,3$, RI - $1,33 \pm 0,4$, PI - $0,89 \pm 0,2$. Критерием амниоредукции считалось, что максимальный вертикальный карман превышал $18 \pm 4,2$ см, а индекс амниотической жидкости (ИАЖ) превышал 453 ± 45 см.

3. По результатам исследования провоспалительного маркера интерлейкина-6 в группе исследования зафиксировано среднее значение $267 \pm 88,2$ нг/мл. Значения прокальцитонина не показали существенных различий в обеих группах ($0,24 \pm 0,2$ нг/мл в основной группе и $0,22 \pm 0,1$ нг/мл в группе сравнения, $P = 0,626$). Исследование кислотно-щелочного баланса амниотической жидкости показало повышение уровня лактата ($3,12 \pm 1,2$ ммоль/л) и снижение pH ($6,01 \pm 1,09$), что свидетельствует о гипоксии плода. Снижение концентрации натрия и кальция связано с гипоксическими изменениями в фетоплацентарном комплексе (ФПК).

4. Исследование данных доплерометрии плода в группе, где использовался универсальный внутриматочный порт, выявило снижение ИР в системе маточно-плацентарного комплекса (МПК), что свидетельствует об улучшении кровообращения. Применение при амниоредукции внутриматочного универсального порта снижает риск преждевременных родов по сравнению со стандартной амниоредукцией. Риск преждевременных родов в основной группе составил 14,2% по сравнению с 88,2% в группе сравнения. В основной группе преждевременный разрыв плодных оболочек встречалось на 46,2% реже, чем в группе сравнения. Использование универсального внутриматочного порта позволило продлить беременность, средний срок беременности составил $34,4 \pm 4,3$ недели при использовании универсального порта и $29 \pm 3,4$ недели при стандартной амниоредукции.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.11.2023.Tib.114.01 ON AWARD OF
SCIENTIFIC DEGREES AT THE REPUBLICAN SPECIALIZED
SCIENTIFIC PRACTICALMEDICAL CENTRE FOR MATERNAL AND
CHILD HEALTH**

**REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC PRACTICALMEDICAL
CENTRE FOR MATERNAL AND CHILD HEALTH**

IGAMBERDIEVA DILAFRUZ UTKIROVNA

**IMPROVEMENT OF DIAGNOSTIC METHODS AND OBSTETRIC
TACTICS IN PREGNANT WOMEN WITH POLYHYDRAULIC FRUITS**

14.00.01 – Obstetrics and gynaecology

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

TASHKENT – 2025

The theme of the dissertation of doctor of philosophy (PhD) on medical was registered by the Supreme Attestation Ministry of Higher education, science and innovations of the of the Republic of Uzbekistan under B2022.1.PhD/Tib2347.

The Doctor of Philosophy (PhD) dissertation was carried out at the Republican Specialized Scientific Practical Medical Centre For Maternal And Child Health.

The abstract of the dissertation was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council (www.akusherstvo.uz) and on the website of "ZiyoNet" Informational and Educational Portal (www.ziynet.uz).

Scientific supervisor: **Yusupbaev Rustem Bazarbaevich**
Doctor of Medical Sciences, Professor

Official opponents: **Niyazmetov Rakhmatilla Ermatovich**
Doctor of Medical Sciences, Associate professor

Urinbaeva Nilufar Abdujabbarovna
Doctor of Medical Sciences

Leading organization: **Bukhara State Medical Institute**

The defense of the dissertation will be held on «_____» _____ 2025 at _____ at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.11.2023.Tib.114.01 at the Republican Specialized Scientific Practical Medical Centre For Maternal And Child Health. (Address: 132a Mirzo-Ulug'bek st, Tashkent, Uzbekistan, 100124. Tel./fax: (+99871) 263-78-18, e-mail: info@uzaig.uz).

The Doctor of Philosophy (PhD) dissertation can be looked through in the Information Resource Centre of the Republican Specialized Scientific Practical Medical Centre For Maternal And Child Health (registered under No.____). Address: 132a Mirzo-Ulug'bek st, Tashkent, Uzbekistan, 100124. Tel./fax: (+99871) 263-78-18.

Abstract of dissertation sent out on «_____» _____ 2025.
(mailing report _____ dated «_____» _____ 2025)

N.S. Nadirkhanova
Chairman of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences

A.M. Babakhanova
Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific degrees, Doctor of Philosophy in Medical Sciences (PhD)

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

INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

The aim of the research. To determine the efficacy and safety of the extended amnioreduction method using the developed universal intrauterine port.

The object of the research. 55 pregnant women with acute polyhydramnios who were treated and monitored in the period 2021–2024 at the Republican Specialized Scientific Practical Medical Centre For Maternal And Child Health were examined.

The scientific novelty of the research consists of the following:

for the first time, the main clinical factors requiring amnioreduction in pregnant women with severe polyhydramnios (idiopathic polyhydramnios, congenital malformations and twin-to-twin transfusion syndrome) were identified;

for the first time, a decrease in acid-base balance (pH), a decrease in partial pressure of oxygen (pO₂) and an increase in lactate levels in amniotic fluid in pregnant women with severe polyhydramnios were identified, thereby proving the effectiveness of early diagnosis of the subclinical stage of fetal hypoxia and correction of treatment tactics;

for the first time, an improved method of amnioreduction has been developed, aimed at controlling the reduction of amniotic fluid using a universal intrauterine port in pregnant women with severe polyhydramnios;

for the first time, the effectiveness of a pregnancy management algorithm aimed at prolonging pregnancy to the optimal term and reducing the risk of perinatal complications has been proven, using active surgical tactics - an improved method of amnioreduction, in pregnant women with polyhydramnios of various origins.

Implementation of research results. Approved on the basis of the expert opinion of the Expert Council of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health Protection No. 29 u-t/15 dated March 30, 2024:

The first scientific novelty: for the first time, the main clinical factors requiring amnioreduction in pregnant women with severe polyhydramnios (idiopathic polyhydramnios, congenital malformations, twin-to-twin transfusion syndrome) have been identified. The obtained scientific and practical data have been implemented in the practice of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health, Nukus and Khorezm branches of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health (by the conclusion of the Expert Council of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health No. 29 u-t / 15 dated 03/30/2024). Social efficiency: conducting such studies as bacteriological examination of amniotic fluid, acid-base balance study, Dopplerometry, amnioreduction in pregnant women with acute polyhydramnios allows prolonging pregnancy to the optimal time. Cost-effectiveness: bacteriological examination of amniotic fluid in pregnant women with acute polyhydramnios costs 222,800 sum, acid-base balance examination - 145,500 sum, fetal ultrasound and Doppler - 214,200 sum, amnioreduction -

221,300 sum. In order to assess fetal circulation and prevent premature birth, diagnostics for each patient costs 803,800 sum (per one time). These studies can be performed once to detect fetal hypoxia, achieving cost-effectiveness of 803,800 sum (these studies can be performed individually for each pregnant woman with acute polyhydramnios up to 2-10 times). On average, 5 procedures cost 4,019,000 sum. Conclusion: a single diagnosis of fetal hypoxia in pregnant women with acute polyhydramnios allowed budget savings in the amount of 4,019,000 soums;

The second scientific novelty: for the first time, a decrease in acid-base balance (pH), a decrease in partial pressure of oxygen (pO₂) and an increase in the lactate level in the amniotic fluid of pregnant women with severe polyhydramnios were revealed, which proves the effectiveness of early diagnosis and correction of treatment tactics for the subclinical stage of fetal hypoxia. The obtained scientific and practical data have been introduced into the practice of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health, Nukus and Khorezm branches of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health (with the conclusion of the Expert Council of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health No. 29 u-t / 15 dated 03/30/2024). Social efficiency: changes in the acid-base balance in pregnant women with acute polyhydramnios allow for timely detection of fetal hypoxia. Cost-effectiveness: in women with acute polyhydramnios, changes in the acid-base balance make it possible to diagnose fetal hypoxia; the cost in standard cases is 145,500 sum. The method of ultrasound and Doppler examination used to assess fetal circulation costs 214,200 sum (one-time). These studies can be repeated many times in the dynamics of the fetus's condition. With a single implementation of these studies to detect fetal hypoxia, the cost-effectiveness will be 68,500 sum (these studies can be carried out 2-10 times individually for each pregnant woman with acute polyhydramnios). Conclusion: diagnostics of fetal hypoxia in pregnant women with acute polyhydramnios when carried out once made it possible to save budget funds in the amount of 68,500 sum;

The third scientific novelty: for the first time, an improved method of amnioreduction was developed, aimed at controlling the reduction of amniotic fluid in pregnant women with severe polyhydramnios using a universal intrauterine port (patent No. FAP 2606; FAP 202440116). The obtained scientific and practical data were introduced into the practice of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health, Nukus and Khorezm branches of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health (by the conclusion of the Expert Council of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health No. 29 u-t / 15 dated 03/30/2024). Social efficiency: the use of an improved method of amnioreduction in late pregnancy in pregnant women with acute polyhydramnios helps to reduce the risk of chorioamnionitis, premature rupture

of membranes and premature birth. Cost-effectiveness: the cost of a simple amnioreduction procedure in pregnant women with acute polyhydramnios is 221,300 soums, and this procedure is performed on average 8 times per patient (1,770,400 soums). The use of the long-term improved amnioreduction method in pregnant women with acute polyhydramnios is performed on average 3 times per patient and amounts to 663,900 soums. The long-term improved amnioreduction procedure allows achieving an average cost-effectiveness of 1,106,500 soums per patient. Conclusion: long-term improved amnioreduction for the diagnosis and treatment of pregnant women with acute polyhydramnios allowed to save budget funds by 1,106,500 soums;

The fourth scientific novelty is the first proof of the effectiveness of the pregnancy management algorithm aimed at prolonging pregnancy to the optimal term and reducing the risk of perinatal complications through the use of active surgical tactics - an improved amnioreduction method - in pregnant women with polyhydramnios of various origins. The obtained scientific and practical data have been introduced into healthcare and clinical practice, in particular, into the practice of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health, Nukus and Khorezm branches of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health (with the conclusion of the Expert Council of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health No. 29 u-t / 15 dated 03/30/2024). Social efficiency: the practical application of the pregnancy management algorithm for polyhydramnios allows preventing possible complications for the mother and fetus. Economic efficiency: savings were achieved by reducing the average length of stay in the neonatal intensive care unit for premature babies in women with acute polyhydramnios from 25 days to 12 days (13 days), as well as reducing the amount of payment for inpatient stay by 18,730,400 soums (according to the price list of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health, 1 day of inpatient stay in the neonatal intensive care unit costs 1,440,800 soums); due to a reduction in the length of inpatient stay by several days, 15,000,000 soums less medications are required (on average, 1,500,000 soums are spent on medications per day). Conclusion: monitoring the reproductive capacity of the mother and fetus, timely diagnosis and implementation into practice of conditions dangerous to the fetus during nursing of pregnant women with acute polyhydramnios allowed saving budget funds in the amount of 18,730,400 soums per child.

The structure and scope of the dissertation. The content of the dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, practical recommendations, a list of references and applications. The volume of the dissertation is 115 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Юсупбаев Р.Б., Игамбердиева Д.У., Даулетова М.Ж., Пулатова Г.А., Рахимбаев Т.С. Клинический случай ведения беременности и родов с фетофетальным трансфузионным синдромом // Новый день в медицине. – Ташкент, 2022. – №8 (46). – С.573-577. (14.00.00; №22).

2. Игамбердиева Д.У. Многоводие: особенности течение гестации, родов и методы родоразрешения. // Educational Research in Universal Sciences. – 2023. – №9. – С.70-77. (14.00.00; (23) SJIF 2023: 5.564).

3. Юсупбаев Р.Б., Игамбердиева Д.У., Даулетова М.Ж. Polyhydramnios: Features of the Course of Gestation, Birth and Methods of Delivery // American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2024. – №14(2). – P.336-339. (14.00.00; №2).

4. Игамбердиева Д.У. Многоводие: факторы риска преждевременных родов // Журнал новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2024. – №3 (106). – С.19-22. (14.00.00; №14).

5. Игамбердиева Д.У. Течение беременности и родов у беременных с многоводием // Журнал Вестник Ташкентской медицинской академии. – Ташкент, 2024. – №10(1). – С. 177-180. (14.00.00; №13).

6. Igamberdiyeva D.U., Dauletova M.J., Yusupbayev R.B. Homiladorlarda ko‘p suvlilikda amniotik suyuqlikni uzaytirilgan amnioreduksiya uslubi bilan olib tashlash usuli (патент № FAP 2606; FAP 202440116).

II бўлим (II часть; II part)

7. Игамбердиева Д.У. Течения беременности при многоводия. // Proceeding of VIII international scientific and practical conference. – October 17-19, 2021, Madrid. – С.66-69.

8. Игамбердиева Д.У. Клинико-патогенетический обоснование выбора метода коррекции многоводие. // Современные перспективы совершенствования службы охраны материнства и детства: инновационный подход и междисциплинарная интеграция. – 17-18 декабрь, 2021, Бухара.

9. Юсупбаев Р.Б., Игамбердиева Д.У., Даулетова М.Ж. Ведения беременности с фето-фетальным трансфузионным синдромом (клинический случай). // XXIII Всероссийский научно-образовательный форум Мать и Дитя. 28-30 сентябрь, 2022, Москва. – С.119-120.

10. Игамбердиева Д.У., Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж. Результаты применения амниоредукции при многоводие. // International scientific and practical conference on “Modern methods of diagnosis and treatment of gynecological diseases” materials. December 2, 2022. Andijan. – P.39.

11. Igamberdieva D.U., Yusupbaev R.B., Dauletova M.J. The results of the use of amnioreduction in polyhydramnios. // Акушерство, гинекология и перинатология. – 2023. – №1(91). – С.42.

12. Игамбердиева Д.У. Амниоредукция: как метод лечения при многоводие. // XVII Международный конгресс по репродуктивной медицине. – Москва. – 17-20 январь, 2023. – С.107-108.

13. Юсупбаев Р.Б., Игамбердиева Д.У., Мансурова Х.А. Методы коррекции многоводия различного генеза. // Методические рекомендации. – Ташкент, 2024. – 33 с.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали
таҳририятида таҳрирдан ўтказилди.



MUHARRIRIYAT VA NASHRIYOT BO'LIMI

Разрешено к печати: 19 июня 2025 года

Объем – 3,5 уч. изд. л. Тираж – 30. Формат 60x84. 1/16. Гарнитура «Times New Roman»

Заказ № 4813 - 2025. Отпечатано РИО ТМА

100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru

