

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

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНА ВА БОЛА
САЛОМАТЛИГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

АБДУКАРИМОВА НОЗИМА ТОШПУЛАТОВНА

**МИТРАЛ СТЕНОЗ КУЗАТИЛГАН ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА
АКУШЕРЛИК ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШГА ДИФФЕРЕНЦИАЛ
ЁНДАШУВ АСОСЛАРИ**

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)

Абдукаримова Нозима Тошпулатовна

Митрал стеноз кузатилган хомиладор
аёлларда акушерлик тактикасини танлашга
дифференциал ёндашув асослари..... 3

Абдукаримова Нозима Тошпулатовна

Обоснование дифференцированного подхода
к выбору акушерской тактики у беременных
с митральным стенозом..... 25

Abdukarimova Nozima Toshpulatovna

Rationale for a differentiated approach to the
choice of obstetric tactics in pregnant women
with mitral stenosis..... 47

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 50

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

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНА ВА БОЛА
САЛОМАТЛИГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

АБДУКАРИМОВА НОЗИМА ТОШПУЛАТОВНА

**МИТРАЛ СТЕНОЗ КУЗАТИЛГАН ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА
АКУШЕРЛИК ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШГА ДИФФЕРЕНЦИАЛ
ЁНДАШУВ АСОСЛАРИ**

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 В2022.3.PhD/Tib2991 рақам билан рўйхатга олинган.

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

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифада (www.akusherstvo.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган

Илмий маслаҳатчи:

Асатова Мунира Мирюсуповна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Мухамадиева Саодатхон Мансуровна
тиббиёт фанлари доктори, профессор
Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Самарканд Давлат Университети

Диссертация ҳимояси Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази хузуридаги DSc.04/30.11.2023.Tib.114.01 рақамли илмий кенгашининг 2025 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100124, Тошкент шаҳри, Мирзо Улуғбек тумани, Мирзо Улуғбек кўчаси 132А-уй. Тел: (+99871) 263-33-14, e-mail: info@uzaig.uz).

Диссертация билан Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100124, Тошкент шаҳри, Мирзо Улуғбек тумани, Мирзо Улуғбек кўчаси 132А-уй. Тел: (+99871) 263-33-14, e-mail: info@uzaig.uz).

Диссертация автореферати 2025 йил «___» _____ да 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)

Р.Б. Юсупбаев

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертация аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда сунги йилларда юрак-қон томир касалликлари барча ҳомиладорликларнинг 1-4% ҳолатларида учрайди ва перинатал асоратлар ривожланиш хавфи юқори бўлиб, оналарнинг ўлими структурасини 10% гача ташкил этади. Шу билан бирга, «...юракнинг ревматик нуқсонлари орасида орттилган митрал стеноз 40%ни ташкил этади. Оналар ўлими енгил митрал стенозда 1% ни, оғир митрал стенозда 5% ни, юрак фибриляциясида 17% ни ташкил этади ва барча юрак-қон томир асоратлари орасида энг оғир ва ҳаёт учун хавфли ҳолат ҳисобланади»¹. Ҳомиладорлик ва туғруқ натижалари фақатгина митрал клапан торайиш даражасига, қон айланиши етишмовчилигига, ревматик жараённинг активлигигагина эмас, балки ҳомиладорлик муддатига, туғруқ вақтидаги акушерлик тактикасига ва туғруқ усуллари хам боғлиқ бўлади. Митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда кутилмаган ўлим ва бошқа асоратларнинг (узоқ муддатли давом этувчи чап қоринча дисфункцияси, дилатацион кардиомиопатия, ўпка артерияларининг тромбоэмболияси) олдини олиш, уларнинг ривожланишини тахмин қилиш ва туғруқдан кейинги касалликнинг салбий натижалари учун янги предикторлар ролини аниқлаш замонавий акушерлик ва кардиологиянинг муҳим масалаларидан бири ҳисобланади.

Жаҳонда гемодинамик кўрсаткичлар ва бачадон-плацентар тизимда қон оқимининг ҳолатини кузатиш масалалари бўйича қатор мақсадли тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада туғруқдаги аёлларнинг тана ҳолатига қараб (тик турган, ўтирган, чалқанча ётган) мониторингини ўтказиш, нуқсон турига қараб митрал стеноз билан оғриган ҳомиладор аёлларда гемодинамик бузилишларнинг оғирлигини ва бачадон-плацентар тизимда қон оқими тезлигининг ўзгаришини баҳолаш, туғруқ пайтида онанинг танасининг позициясини ва туғиш усулини танлаш, оператив туғилиш кўрсаткичларини камайтириш, ҳомиладор аёлларнинг ушбу контингентда акушерлик ва перинатал асоратларнинг частотасини камайтиришга қаратилган тадқиқотлар алоҳида илмий ва амалий аҳамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, жумладан, бирламчи бўғинни касалликларни эрта аниқлаш ва даволаш учун самарали воситага айлантириш, рақамлаштириш жараёнини тезлаштириш, кўрсатилаётган тиббий хизматлар ҳажмини ошириш ва уларнинг сифатини сезиларли даражада яхшилаш бўйича муайян чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада 2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегиясининг етти та устувор йўналишига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «бирламчи тиббий-санитария хизматида аҳолига

¹ Romagano M.P., Quinones J.N., Ahnert A., Martinez R., Smulian J.C. Catecholanimergic polymorphic ventricular tachycardia in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2016; 127(4): 735-739.

малакали хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш...»² каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиққан ҳолда бевосита постнатал асоратларни, жумладан юрак етишмовчилигининг ҳаёт учун хавфли прогрессиясини олдини олиш, шунингдек бу категориядаги ҳомиладор аёлларда ушбу асоратларни олдини олиш бўйича ўз вақтида диагностика ва профилактик чора-тадбирлар протоколини такомиллаштириш юзасидан тадқиқотларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ.

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 қўшимча 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 технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Сўнгги хорижий тадқиқотлар таҳлили, бугунги кунда митрал стеноз кузатилган аёлларда она ва хомила учун хавфни баҳолашда янги маълумотлар олинди ва бу акушерлик тактикасини қайта кўриб чиқишни талаб қилади. Митрал стеноз кузатилган хомиладор аёлларда хомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврда асоратлар хавфини баҳолашда акушерлик тактикасини туғри танглашда жуда муҳим ҳисобланади. Адабиётларга кўра, МС билан юрак нуқсонлари кузатилган аёлларда ўлим кўпроқ туғруқдан кейинги ва эрта туғруқдан кейинги даврларда кузатилади. Бачадоннинг қисқариши, чап томон ёки орқага ётган ҳолда, оғрик, безовталик, стресс, қон кетиши ва бачадоннинг инволюцияси туғруқ вақтида ва туғруқдан кейинги даврда гемодинамиканинг катта ўзгаришларини келтириб чиқаради (Li W., 2015). Бола туғилгандан кейин дарҳол қоннинг тезда қайта тақсимланиши юз беради, натижада кескин қон айланиш бузилиши юз бериши мумкин. Янги шароитларга тезда мослашиш учун юрак-қон томир тизимининг катта зўриқиши керак бўлади, бу гемостаз тизимида бузилишларга ва туғруқхонада аёлнинг ўлимига олиб келиши мумкин. Адабиётларга кўра, кўп ҳолларда митрал стеноз кузатилган хомиладорликни тўхтатиш талаб қилинмайди (Li W., 2015; Bauersachs J., 2019). Бир қатор тадқиқотларга кўра (96) режалаштирилган кесар кесиш она ва бола учун афзалликларга эга эмас ва имкон қадар хомиладорликни узайтириш тавсия этилади, бу фавқулудда кесар кесиш операцияси хавфини 12% га камайтиради

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

(91,92). Табиий туғруқ йўллари орқали туғруқ қон кетиши ва бошқа асоратлар, тромбоз хавфини камайтиради.

Ўзбекистонда ҳомиладорларда магний танқислигида юрак ритми бузилишига (Т.А.Абдуллаев, 2006), юрак-қон томир патологиялари бўлган ҳомиладорларда туғруқнинг турли якунининг клиник-прогностик мезонлари ва хавфини баҳолаш (Ф.А.Закирова, 2018), миокардит кузатилган ҳомиладор аёлларда гестация ва туғруқнинг ўзига хос кечиши (М.Ж.Даулетова, 2020), постмиокардиккардиосклероз фонида йўлдош дисфункцияси кузатилган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни олиб боришга бағишланган (А.А.Тухтабаев, 2020) тадқиқотлар ўтказилган. Бироқ, юрак-қон томир асоратлари ривожланиши эрта клиник-прогностик хавф омиллари, юрак яллиғланиш касалликлари бўлган аёлларда ҳомиладорлик даврида асоратлар ва туғруқ республикада ўрганилмаган. Шундай қилиб, митрал стеноз кузатилган аёлларда ҳомиладорларни юритиш, ташхислаш ва даволаш усуллари тақомиллаштиришга йўналтирилган тадқиқотларни олиб бориш зарурлигини тақозо этади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий ташкилотнинг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт марказининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ № АДСС 2.3 «Ҳомиладор аёлларда яллиғланиш ва юрак қопқоғи касалликларини ташхислаш, даволаш ва асоратларни олдини олишнинг янги усулини ишлаб чиқиш» (2012-2015 йй.) мавзусидаги лойиҳа доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда гемодинамик кўрсаткичлар ва бачадон-плацентар қон оқими хусусиятларини туғруқдаги акушерлик тактикаси ва туғруқ усулларига қараб аниқлашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

митрал стенози кузатилган аёлларнинг туғруқ тарихларини ретроспектив таҳлил қилиш;

митрал стенози кузатилган ҳомиладор аёлларда гемодинамик кўрсаткичлар динамикаси ва бачадон-ҳомила-плацентар қон оқими хусусиятларини баҳолаш;

митрал стенози кузатилган туғруқдаги аёлларнинг гемодинамик кўрсаткичлари хусусиятларини туғруқдаги тана ҳолатига ва туғруқ III даврини олиб бориш технологиясига боғлиқ ҳолда баҳолаш;

митрал стенози кузатилган аёлларнинг туғруқдан кейинги даври хусусиятларини туғруқдаги акушерлик тактикаси ва туғруқ усулига боғлиқ ҳолда баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2021-2023 йиллар давомида Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази, РИОваБСИАТМ Наманга ва Фаргона вилояти филиалларида (стационар ва амбулатор даволаш) туғруқ амалга оширилган митрал стеноз кузатилган 130 нафар ва физиологик ҳомиладорлик билан 50 нафар ҳомиладор аёллар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда она ва бола гемодинамикасини баҳолаш материаллари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун инструментал (кундузги артериал босимни мониторинг қилиш, электрокардиография, юрак эхокардиографияси), хомила доплерометрияси ва статистик тадқиқот усулларида фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

митрал стеноз билан оғриган беморларда ҳомиладорлик, туғиш ва туғруқдан кейинги даврда асосий гемодинамик кўрсаткичларни мониторинг қилиш орқали гемодинамик асоратларни ривожланиш хавфини, пронозлаш ва махсус профилактика ва терапевтик тадбирларни амалга ошириш имкониятларини баҳолашда компенсатор механизмларнинг прогностик ўрни асосланган;

митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда она ва ҳомилада қон айланишининг бузилиши ва онада юрак етишмовчилиги, онада етишмовчилик мавжудлигидан қатъи назар, юракнинг чап қоринча қон хайдаш фракциясининг (55-70%) ўзгаришига олиб келиши исботланган;

илк бор митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда юрак нуқсони ва ҳомиладорликдан келиб чиқадиган мослашувчан ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда гемодинамик кўрсаткичларни баҳолаш орқали она ва чақалоқда акушерлик ва перинатал асоратларни камайтириш учун туғруқ усулини танлашга дифференциал ёндашиш зарурлиги исботланган;

илк бор митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда вақтидан олдин кесар кесиш амалиёти амалга оширилганда чақалоқларда асоратлар сонини ортиши, туғруқдан олдин метаболик терапия билан табиий туғиш эса бу асоратлар сонини камайтириши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

тавсия этилган технологияларнинг жорий этилиши митрал стеноз кузатилган аёлларда акушерлик ва перинатал асоратлар частотасини 3 баробарга камайтириши асосланган;

самарали перинатал технологияларни жорий этиш МС билан касалланган аёлларда гемодинамик бузилишлар ривожланиш ва кучайиш хавфини олдини олиши, бачадон-ҳомила-плацентар қон оқимини яхшилаши ва оператив туғруқни амалга ошириш эҳтимолини камайтириши аниқланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган замонавий ўзаро бир-бирини тўлдирувчи инструментал, хомила доплерометрияси ва статистик тадқиқот усуллар асосида ҳомиладор аёлларда митрал стенозни диагностика қилиш ва даволаш ёндашувларини асослашнинг ўзига ҳослиги, халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти митрал стеноз кузатилган аёлларда она ва хомила гемодинамикасин ўрганган ҳолда ҳомиладорликни олиб бориш ва туғруқ усулини танлашга дифференциал ёндашув, шунингдек туғруқ ва туғруқдан кейинги даврдаги асоратларини олдини олишга имкон бериши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти она ва ҳомиладаги асоратларни олдини олиш ва туғруқдан кейинги даврда юрак етишмовчилигини камайтирган ҳолда ҳаёт сифатини яхшилаш имконини бериши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.

Митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда гемодинамик кўрсаткичлар ва бачадон-плацентар қон оқими хусусиятларини туғруқдаги акушерлик тактикаси ва туғруқ усуллариға қараб аниқлаш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

биринчи илмий янгилик: митрал стеноз билан оғриган беморларда ҳомиладорлик, туғиш ва туғруқдан кейинги даврда асосий гемодинамик кўрсаткичларни мониторинг қилиш орқали гемодинамик асоратларни ривожланиш хавфини, пронозлаш ва махсус профилактика ва терапевтик тадбирларни амалга ошириш имкониятларини баҳолашда компенсацион механизмларнинг ўрни асосланганлиги бўйича таклифлар Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт марказининг Эксперт кенгаши томонидан 2023 йил 7 ноябрда 12у-т/8-сон билан тасдиқланган «Митрал стеноз кузатилган аёлларда ҳомиладорлик ва туғишни олиб бориш тактикасини такомиллаштириш» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Мазкур таклиф РИОваБСИАТМ Наманган филиали бўйича 05.01.2024 йилдаги 10-сон ҳамда РИОваБСИАТМ Фарғона филиали бўйича 28.12.2023 йилдаги 110-сон амалиётига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий техник кенгашининг 2024 йил 13 ноябрдаги 08/65-сон хулосаси). *Ижтимоий самарадорлиги:* митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда она гемодинамикасидаги ўзгаришларни ўз вақтида аниқлаш она ва ҳомила томонидан кузатилиш ихтимоли бўлган асоратларнинг олдини олишга имкон беради. *Иқтисодий самарадорлиги:* юрак қон томир етишмовчилигини стационар шароитида ташхислаш учун сарфланадиган 1720000 сўм бюджет маблағлари митрал стеноз кузатилган аёлларда юрак қон томир етишмовчилиги ўсишини динамикада 4 марта текширув ўтказиш натижасида иқтисод қилинади;

иккинчи илмий янгилик: митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда она ва ҳомилада қон айланишининг бузилиши, шунингдек, онада юрак етишмовчилиги, онада етишмовчилик мавжудлигидан қатъи назар, чап қоринча қон ҳайдаш фракциясининг (55-70%) ўзгаришига олиб келиши исботланганлиги бўйича таклифлар Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт марказининг Эксперт кенгаши томонидан 2023 йил 7 ноябрда 12у-т/8-сон билан тасдиқланган «Митрал стеноз кузатилган аёлларда ҳомиладорлик ва туғишни олиб бориш тактикасини такомиллаштириш» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Мазкур таклиф РИОваБСИАТМ Наманган филиали бўйича 05.01.2024 йилдаги 10-сон ҳамда РИОваБСИАТМ Фарғона филиали бўйича 28.12.2023 йилдаги 110-сон амалиётига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий техник кенгашининг 2024 йил 13 ноябрдаги 08/65-сон хулосаси). *Ижтимоий самарадорлиги:* митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда фето-плацентар етишмовчилигини ўз вақтида аниқлаш перинатал асоратларнинг олдини олишга имкон беради. *Иқтисодий самарадорлиги:* юрак етишмовчилигини стационар шароитида ташхислаш

учун сарфланадиган 1935000 сўм бюджет маблағлари митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда юрак қон томир етишмовчилиги ва фетоплацентар етишмовчиликни бир марта аниқлаб, кейинги динамик текширувларда бачадон-йўлдош-хомила қон айланишининг ўзини текширишни амалга ошириш натижасида иқтисод қилинади;

учинчи илмий янгилик: илк бор митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда юрак нуқсони ва ҳомиладорликдан келиб чиқадиган мослашувчан ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда гемодинамик кўрсаткичларни баҳолаш орқали акушерлик ва перинатал асоратларни камайтириш учун туғиш усулини танлашга дифференциал ёндашиш зарурлиги исботланганлиги бўйича таклифлар Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт марказининг Эксперт кенгаши томонидан 2023 йил 7 ноябрда 12у-т/8-сон билан тасдиқланган «Митрал стеноз кузатилган аёлларда ҳомиладорлик ва туғишни олиб бориш тактикасини такомиллаштириш» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Мазкур таклиф РИОваБСИАТМ Наманган филиали бўйича 05.01.2024 йилдаги 10-сон ҳамда РИОваБСИАТМ Фарғона филиали бўйича 28.12.2023 йилдаги 110-сон амалиётига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Илмий техник кенгашининг 2024 йил 13 ноябрдаги 08/65-сон хулосаси). *Ижтимоий самарадорлиги:* туғруқ усулларига дифференциаллашган ёндашув натижасида физиологик туғруқ ҳисобига акушерлик, перинатал ва туғруқдан кейинги асоратларни камайишига ёрдам беради. *Иқтисодий самарадорлиги:* туғруқдан кейинги даврда стационар шароитида чақалоқлар учун сарфланадиган 911800 сўм бюджет маблағлари митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда кесар кесиш амалиёти билан туғиш ўрнига табиий усулда туғруқни амалга ошириш ва туғруқдан кейинги даврни қисқартириш натижасида иқтисод қилинади;

тўртинчи илмий янгилик: илк бор митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда вақтидан олдин кесар кесиш амалиёти амалга оширилганда чақалоқларда асоратлар сонини кўпайтириш, туғруқдан олдин тайёргарлик билан табиий туғиш эса бу асоратлар сонини камайтириши исботланганлиги бўйича таклифлар Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт марказининг Эксперт кенгаши томонидан 2023 йил 7 ноябрда 12у-т/8-сон билан тасдиқланган «Митрал стеноз кузатилган аёлларда ҳомиладорлик ва туғишни олиб бориш тактикасини такомиллаштириш» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Мазкур таклиф РИОваБСИАТМ Наманган филиали бўйича 05.01.2024 йилдаги 10-сон ҳамда РИОваБСИАТМ Фарғона филиали бўйича 28.12.2023 йилдаги 110-сон амалиётига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Илмий техник кенгашининг 2024 йил 13 ноябрдаги 08/65-сон хулосаси). *Ижтимоий самарадорлиги:* митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда вақтидан олдин туғруқ кузатилган аёлларда кесар кесиш амалиёти амалга оширилади ва чақалоқларда юзага келадиган асоратлар сони ошиб боради. Табиий туғруқ амалга оширилганида асоратлар сонини камайиш имконини беради. *Иқтисодий самарадорлиги:* туғруқдан кейинги даврда стационар шароитида чақалоқлар учун сарфланадиган 1314600 сўм бюджет маблағлари митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда вақтидан олдин кесар кесиш амалиётини олдини олиш ва ўз вақтида туғруқ амалга ошириш натижасида иқтисод қилинади.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларида, жумладан, 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 12 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан, 5 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хотима, хулоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этган.

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 **"Митрал стеноз кузатилган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш - минимал хавф стратегияси. (адабиётлар шарҳ)"** маҳаллий ва хорижий тадқиқотчиларнинг ишларига умумий нуқтаи назарни ўз ичига олади, ҳомиладорлик даврдиги адаптацион ўзгаришлар, митрал стеноз белгилари, ҳомиладорлик вақтидаги ўзгаришлар ва туғруқни амалга ошириш усуллари келтирилган.

Диссертациянинг **"Клиник материал ва тадқиқот усуллари**нинг **характеристикаси"** деб номланган иккинчи бобида ўрганиш объектининг хусусиятлари ва муаммони ҳал этишни таъминловчи усуллар келтирилган. Текширилган беморларнинг умумий тавсифи ва текширув усуллари баён қилинган. Иш 2017 йилдан 2021 йилгача 1-сон Тошкент Шаҳар Перинатал Марказида (№1ШПМ), Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика ихтисослаштирилган она ва бола илмий-амалий тиббиёт марказида, Наманган ва Фарғона вилояти ПМда ўтказилган МС билан туғруқ амалга оширилган аёлларнинг туғруқ ва туғруқдан кейинги даврни ретроспектив таҳлил қилади. Тадқиқотнинг биринчи босқичида анамнез маълумотлари, ўтмишдаги касалликлар, митрал стенознинг клиник кўринишлари табиати ва ҳомиладорлик вақтида ЮЕнинг ривожланиши, бачадон-йўлдош-хомила қон айланишининг бузилиши, туғруқ усуллари таҳлил қилинди. Тадқиқотнинг ретроспектив қисми 176 аёлнинг ҳомиладорлик ва туғруқ натижалари таҳлилини ўз ичига олди.

Текширувлар қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Умумклиник усуллар

2. Эхографик текширувлар ва доплерография.
3. Аёлларнинг гемодинамик кўрсаткичлари интеграл кўрсаткичлари ҳисоб-китоби билан баҳоланди: АД, ЮУС, ЮДХ, ЗХ, УПТҚ.
4. Гематологик кўрсаткичларни ўрганиш қондаги гемоглобин миқдорини, гематокрит кўрсаткичларини, ранг кўрсаткичини, эритроцитлар сонини аниқлашни ўз ичига олди.
5. Доплерометрик текширув қуйидагиларни ўз ичига олди: бачадон ва спирал артериялари унинг терминал шохлари, киндик артерияси ва, аорта, ўрта мия артерияси, веноз канал, ҳомила пастки кавак венаси қон оқими.

Асосий гуруҳни митрал стеноз билан, асосан чап атриовентрикуляр тешигининг (АВТ) стенози билан ташхис қўйилган 130 ҳомиладор аёллар ташкил этди;

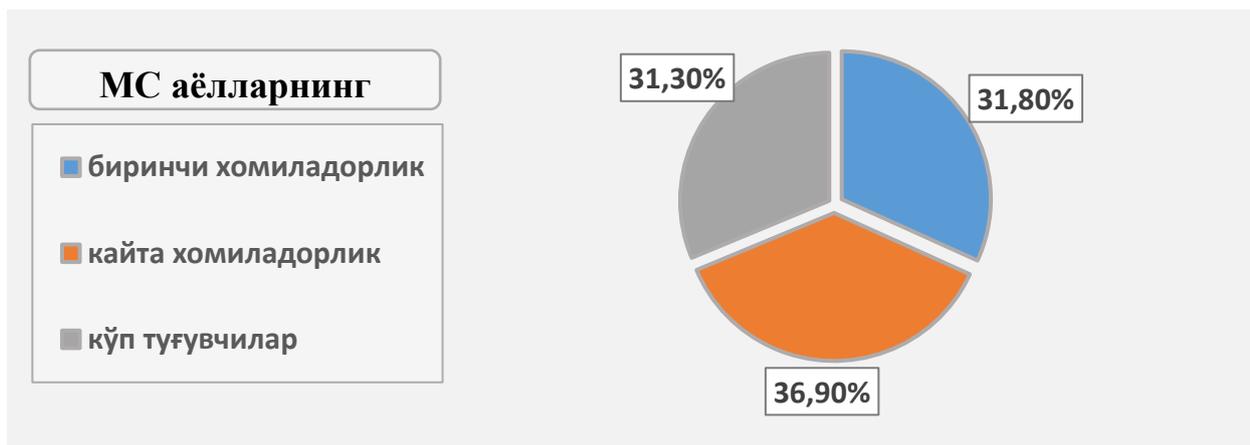
Назорат гуруҳни физиологик ҳомиладорлик билан 50 ҳомиладор аёллар ташкил этди.

Текширилган ҳомиладор аёлларнинг ўртача ёши $29,7 \pm 1,4$ ни ташкил этди. Барча беморларнинг анамнези, менструал циклнинг шаклланиши ва хусусиятлари, репродуктив функцияси, соматик патологиянинг мавжудлиги ва ифодаланиши ўрганилди. Ҳомиладорликнинг хусусиятлари, туғруқ усуллари, ҳомила ва янги туғилган чақалоқнинг ҳолати, шунингдек, туғруқдан кейинги давр ҳар икки гуруҳда таҳлил қилинди. Текширув жараёнида диагноз қўйиш жараёнига алоҳида эътибор берилди. СЮЕнинг босқичлари Нью-Йорк кардиологлар ассоциациясининг классификацияси бўйича баҳоланди (IV синф).

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 «Митрал стеноз кузатилган аёллар туғруқ тарихининг ретроспектив таҳлили» деб номланган учинчи бобида 2017 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда 1-сон Тошкент Шаҳар Перинатал Марказида (№1ШПМ), Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика ихтисослаштирилган она ва бола илмий-амалий тиббиёт марказида, Наманган ва Фарғона вилояти ПМда митрал стенози билан 176 ҳомиладор аёлларнинг ҳомиладорлик даври, ҳомила ва янги туғилган чақалоқларнинг ҳолати бўйича ретроспектив таҳлил ўтказилди. Аёлларнинг ўртача ёши $26,1 \pm 0,4$ ёшни ташкил этди.

Ретроспектив таҳлил натижаларига кўра биринчи марта ҳомиладор бўлганлар улуши 31,8% ва биринчи марта туғувчилар 36,9% ни ташкил этган (1 расм).



1 расм. МС кузатилган аёлларнинг паритети (ретроспектив таҳлил).

Митрал стеноз кузатилган аёлларда хомиладорликнинг кечиши таҳлил қилинганда, хомиладорлик токсикози 24,4%ни, хомила тушиш хавфи 28,4%ни, катта хомила 4,5 ва камсўқлилик 4%ни ташкил қилди.

Митрал стеноз кузатилган аёлларда туғруқнинг кечиши ретроспектив таҳлил қилинганида 92% ҳолатларда ўз вақтида туўруқ амалга оширилганлиги маълум бўлди. Аксарият ҳолатларда 58,5%да туўруқ кесар кесиш амалиёти ёрдамида амалга оширилган. Шулардан 35,8% ҳолатларда кесар кесиш амалиёти шошилиш тарзда олиб борилган.

Янги туғилган чақалоқларнинг ҳолати Апгар шкаласи бўйича баҳоланган. 53%ни 6-7 балл билан туғилган чақалоқлар, 40,3%ни 7-8 балл ва 6,8%ни 5-6 балл билан ту-илагн чақалоқлар ташкил қилган (2 расм).



2 расм. Апгар шкаласи бўйича чақалоқларни баҳолаш.

Шундай қилиб, ретроспектив таҳлил натижалари хомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврнинг оғир кечиши, оператив туғруқларнинг юқори

фоизини кўрсатади. Акушерлик тактикаси жиҳатидан жарроҳлик йўли билан туғруққа устунлик берилган. Кесар кесишнинг юқори кўрсаткичлари ушбу гуруҳдаги янги туғилган чақалоқларнинг ҳолати билан мос келмаган ва юқори перинатал касаллик ва ўлим кўрсаткичларига олиб келган. Юзага келган вазият ҳомиладорлик ва туғруқларни олиб бориш тактикасининг кўплаб жиҳатларини, юрак-қон томир касалликларини классификациялаш масалаларини, ҳомиладорликка тайёргарлик ва туғруқ ҳамда туғруқдан кейинги даврни олиб бориш принципларини халқаро стандартларга мос равишда кўриб чиқишни талаб қилади.

Диссертациянинг тўртинчи боби «**Митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг кечиши, марказий гемодинамика ва бачадон-ҳомила-плацентар қон оқимини проспектив ўрганиш натижалари**». Тадқиқот объектлари сифатида 130 нафар митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёллар олган. Митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларни кузатиш давомида, улар ҳомиладорлик даврида мунтазам равишда кардиолог шифокорга ташриф буюришди. Барча беморлар ҳомиладорликнинг 16-24 ҳафтасидан бошлаб кузатувга олинди ва туғруққача ва ундан кейин 40 кун давомида динамикада кузатган. Биз 50 нафар фертил ёшдаги соғлом аёлларнинг гемодинамик кўрсаткичларини ўргандик. Олинган маълумотлар ҳомиладор аёлларнинг гемодинамик кўрсаткичларини баҳолашда назорат сифатида хизмат қилган.

50 нафар (назорат гуруҳи) фертил ёшдаги соғлом аёлларнинг гемодинамик кўрсаткичларини ўргандик. Олинган маълумотлар ҳомиладор аёлларнинг гемодинамик кўрсаткичларини баҳолашда назорат сифатида хизмат қилган.

Деярли соғлом аёлларнинг ўртача гемодинамик кўрсаткичларини баҳолаш 1-жадвалда акс эттирилган.

1 жадвал

Фертил ёшдаги аёлларда гемодинамик кўрсаткичлар

Ўрганилган кўрсаткичлар	Текширилган аёллар, n=50
САБ, мм.сим.уст.	110,5±1,6
ДАБ, мм.сим.уст.	70,8±1,0
ЮУС, в/мин	72,4±13,3
МЮХ, л/мин	5,5±1,2
ЗХ, мл	76,0±8,1
ЯДХ, см ³	124,2±7,3
ЯСХ, см ³	48,2±2,3
ЗИ, мл/м ²	38,9±0,5
ЮИ, л/мин/м ²	2,7±0,04
УПҚТҚ, дин·с·см ⁻⁵	1496,5±18,3
ҚХФ, %	61,0±3,4

Тадқиқот натижалари кўрсатишича, деярли соғлом ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг биринчи уч ойида деярли соғлом бўлмаган аёлларга қараганда систолик ва диастолик қон босимининг (САБ ва ДАБ мос равишда) пасайиши 1,9% ва 8,9% га қайд этилган. Фертиль ёшдаги аёлларнинг ўртача САБ кўрсаткичи $110,5 \pm 1,6$ мм сим.уст.га қарши 6-12 ҳафтада ҳомиладор аёлларда $108,4 \pm 1,6$ мм сим.уст.ни ташкил этди, ДАБ қийматлари ҳам пасайган ва ўртача $64,5 \pm 1,0$ мм.сим.уст.га қарши ҳомиладор бўлмаганларда $70,8 \pm 1,0$ мм сим.уст.ни ташкил этди ($P < 0,001$). Қон босимининг ўртача қийматларининг пасайиши 13-19 ҳафтада ҳам кузатилган ва $104,4 \pm 1,5$ мм сим.уст. ва $68,7 \pm 1,0$ мм сим.уст.га тенг бўлган.

Ҳомиладорликнинг давом этиши билан САБ ва ДАБнинг ўртача қийматлари оша бошлади, 27-33 ҳафтадан бошлаб 34-40 ҳафтада $120,4 \pm 1,7$ мм сим.уст. ва $84,2 \pm 1,4$ мм сим.уст.га етди ($P < 0,001$). Юрак уриш сони бўйича, ҳомиладор аёлларнинг ЮУС ўртача қийматлари ҳомиладор бўлмаган аёлларга қараганда юқорироқ эди ва 6-12 ҳафтада бу кўрсаткич $75,4 \pm 13,6$ минга қарши $72,4 \pm 13,3$ минга тенг бўлган. Ҳомиладорликнинг давом этиши билан ЮУСнинг ортиши кузатилган, 27-33 ҳафтада у $86,5 \pm 13,2$ минга, 36-40 ҳафтада $84,5 \pm 14,5$ минга тенг бўлган. Ҳомиладорликнинг дастлабки босқичларидан бошлаб катта ўзгаришларнинг гормонал фон таъсири остида бўлганлиги кузатилган.

Ушбу босқичда олиб борилган тадқиқотларнинг мақсади 27-33 ва 34-40 ҳафтада 50 деярли соғлом ҳомиладорларда қон оқимини ўрганиш бўлди. Қон оқими тезлигининг эгриларини баҳолаш систоло-диастолик нисбати (С/Д), резистентлик индекси (РИ) ва пульсация индекси (ПИ) орқали амалга оширилди. Биз 50 нафар физиологик кечувчи гестацион даврдаги ҳомиладор аёлларнинг асосий гемодинамик кўрсаткичларини ўрганишга ҳаракат қилдик. Ҳомиладорликнинг давом этиши давомида аёлларнинг марказий гемодинамика кўрсаткичлари 2 жадвалда кўрсатилган, ҳомиладор аёлларнинг ўртача ёши $25,4 \pm 1,2$ йилни, ҳомиладор бўлмаганлар учун $24,3 \pm 1,7$ ёшни ташкил этди.

Шу тариқа, нормал кечувчи ҳомиладорликда ҳомиладорлик давомида бачадон ва киндик артериялар тизимидаги қон томир қаршилигининг пасайишини кўрсатди. Бу кўринишича, плацентанинг қон томир тармоқлари шаклланиши билан боғлиқ мураккаб жараёнлар, периферик қон томирлар сонининг ортиши билан боғлиқ. БАда қон томир қаршилигининг пасайиши 38 ҳафтагача давом этди, кейин туғруқ даврига келиб бу кўрсаткичлар ушбу қон томирларда ишончли равишда ошди. БАдаги қон томир қаршилиқ индекслари динамикасига нисбатан ПИ, РИнинг КАда пасайиши аниқроқ характерга эга бўлди ва ҳомиладорликнинг охиригача давом этди. 27-33 ҳафтадан бошлаб ҳомиладорнинг аортаси ва ЎМА кўрсаткичлари пасайиш тенденциясига эга бўлди. ФПҚ оқимидаги қон оқими хусусиятларини ўрганиш, МС мавжудлигида айниқса қон оқими бузилиш даражасини ва ҳомиладорнинг тўғридан-тўғри компенсатор имкониятларини баҳолаш имконини беради.

2.жадвал

Ҳомиладорлик физиологик кечган аёлларда бачадон-ҳомила-плацентар қон оқими кўрсаткичлари (n=50)

Қон оқими кўрсаткичлари	Текширилувчи аёлларда ҳомиладорлик муддатлари		P
	27-33 ҳафта	34-40 ҳафта	
БА			
С/Д	2,23±0,07	1,95±0,06	<0,01
ПИ	0,75±0,02	0,56±0,01	<0,001
РИ	0,69±0,02	0,35±0,01	<0,001
КА			
С/Д	2,95±0,09	2,24±0,06	<0,001
ПИ	1,01±0,03	0,75±0,02	<0,001
РИ	0,67±0,02	1,14±0,03	<0,001
Ҳомила аортаси			
С/Д	4,96±0,15	5,77±0,14	<0,001
ПИ	1,64±0,05	1,28±0,03	<0,001
РИ	0,81±0,03	0,77±0,02	
ЎМА			
С/Д	4,96±0,15	4,42±0,13	<0,05
ПИ	1,38±0,04	1,32±0,03	
РИ	0,75±0,02	0,72±0,02	

Диссертациянинг “4.2. Митрал стеноз кузатилган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг кечиши, гемодинамик кўрсаткичлари ва бачадон-ҳомила-плацентар қон оқимининг хусусиятлари” қисмида митрал стенози билан ҳомиладор аёлларнинг ҳомиладорлик ва туғруқ даврида ўзига хос хусусиятлари ўрганилди.

Митрал стеноз кузатилган ҳомиладорларни касаллик оғирлик даражасига кўра тақсимланиши 3 жадвалда келтирилган.

3 жадвал

Митрал стеноз кузатилган ҳомиладорларни касаллик оғирлик даражасига кўра тақсимланиши(n=130)

Оғирлик даражаси	МК очиклик майдони (см ²)	Трансмитралград иент, мм сим. уст.	Ўпка гипертенўияси даражаси (мм.сим.уст.)	Ҳомиладорлар сони (n=76)
I	1,6±0,34	4,5±0,5	27±3,1	93 (71,5%)
II	1,3±0,37	6,6±2,2	32±3,8	27 (20,8%)
III	0,8±0,32	9,4±1,7	48±5,3	10 (7,7%)

I даражали юрак етишмовчилиги бўлган ҳомиладорлар гуруҳига, жисмоний зўриқишда нафас қисилиши ва тез чарчаш шикоятлари бўлган беморлар киритилди. II даражадаги юрак етишмовчилиги бўлган ҳомиладорлар эса, дам олиш вақтида ёки енгил жисмоний зўриқишда нафас қисилиши ва юрак уришларининг тезлашиши шикоятлари билан ажратилди. Кўрик пайтида беморларнинг тери қопламаларининг оқарганлиги ва акроцианози кузатилди. Аускультацияда қаттиқ нафас эшитилди. МС билан беморларда ритм бузилишлари мерцател аритмия, вентрикуляр экстрасистолия ва пароксизмал тахикардия кўринишида намоён бўлди.

Ушбу босқичда ўтказилган тадқиқотлар доираси да бачадон-плацентар қон оқимини комплекс баҳолашга уриниш амалга оширилди.



3 расм. Митрал стеноз кузатилган аёлларда юрак етишмовчилигининг даражалари.

Бачадон-плацентар қон оқими текширилган УТТ сканери ЭХО Доплер, Mindrey-70 фирмасидан олинган, абдоминал датчик 7-12 мГц – 2,5-5 мГц кувватда, рангли доплер ва импульс доплерометрия орқали бачадон ва спираль артериялари, киндик артерияси, ҳомила кўкрак қисмидаги аорта ва ўрта мия артерияси (ЎМА) текширилди. Қон оқими тезлиги эгри чизиклар орқали текширилган, бу систоло-диастолик нисбат (С/Д), резистентлик индекси (РИ) ва пульсацион индекс (ПИ)ни аниқлаш орқали амалга оширилган.

Доплерометрик текширишлар натижалари таҳлили физиологик равишда давом этаётган ҳомиладорлик даврида бачадон артерияларида томир қаршилиги индексларининг пасайиши кузатилганини кўрсатди. Бачадон

артерияларида ПИ энг кўп пасайган, у етилган ҳомиладорлик даврида $0,55\pm 0,02$ ва РИ $0,35\pm 0,01$ ни ташкил этган. Ҳомиладорликнинг III триместрида киндик артериясида томир қаршилиги ПИ $0,75\pm 0,02$, РИ $1,14\pm 0,03$ ни ташкил этган. Ҳомила аортасида қон оқими текшириш натижалари ҳомиланинг ўрта мия артериясида (ЎМА) томир резистентлик индекслари бироз ортиши ва ПИ $1,22\pm 0,03$, РИ $0,67\pm 0,02$ ни ташкил этганини кўрсатди. Туғруқдан олдин ҳомила аортасидаги томир резистентлик индекслари бироз ошган, бу ҳомиланинг миясининг етилиши натижасида қон айланиши қайта тақсимланиши мумкинлигини кўрсатиши мумкин.

4 .жадвал

Митрал стенози бўлган ҳомиладорларда 28-32 хафтада бачадон-ҳомила-плацентар қон оқимининг кўрсаткичлари

Қон оқими кўрсаткичлари	Текширилган аёллар		P
	Назорат гуруҳи n=50	Асосий гуруҳ n=130	
Бачадон артерияси			
С/Д	$1,95\pm 0,1$	$2,37\pm 0,1$	<0,001
ПИ	$0,55\pm 0,02$	$0,69\pm 0,02$	<0,001
РИ	$0,35\pm 0,01$	$0,38\pm 0,01$	<0,05
Киндик артерияси			
С/Д	$2,24\pm 0,1$	$3,32\pm 0,1$	<0,001
ПИ	$0,75\pm 0,02$	$1,12\pm 0,03$	<0,001
РИ	$1,14\pm 0,03$	$0,75\pm 0,02$	<0,001
Ҳомила аорта томири			
С/Д	$4,77\pm 0,2$	$5,78\pm 0,2$	<0,001
ПИ	$1,28\pm 0,03$	$1,36\pm 0,04$	
РИ	$0,76\pm 0,03$	$0,71\pm 0,03$	
Ўрта мия артерияси			
С/Д	$4,42\pm 0,1$	$4,8\pm 0,2$	<0,05
ПИ	$1,22\pm 0,03$	$1,37\pm 0,04$	<0,01
РИ	$0,67\pm 0,02$	$0,74\pm 0,02$	<0,05

Қон оқими кўрсаткичларини таҳлил қилиш натижалари МС билан ҳомиладор аёлларда томирлар резистентлик индексларининг ишончли ортишини кўрсатди. Масалан, БАдаги томирларда қаршилиқ кўрсаткичлари МС билан ҳомиладор аёлларда меъёрий қийматлардан юқори бўлган, ПИ назоратдаги гуруҳлар $0,55\pm 0,02$ га қарши $0,69\pm 0,02$ ни ташкил этган, ($P<0,001$). Ҳомила аортасидаги қон оқими кўрсаткичлари бироз пасайган. Киндик артериясидаги қон оқими кўрсаткичлари бўйича назоратдаги $0,75\pm 0,02$ га қарши, ПИ ошган ва $1,12\pm 0,03$ ни ташкил этган, ($P<0,001$). Бачадон-плацентар ва ҳомила-плацентар қон оқимини тадқиқотлар МС билан ҳомиладор аёлларда бачадон артерияларининг систоло-диастолик нисбатини 21,5% га ортишини

кўрсатди, бу периферик томирлар қаршилигининг ортиши билан босимнинг пасайишига сабаб бўлди, айниқса плацентация томонида.

Тадқиқот натижалари МС билан ҳомиладор аёлларда ҳомиланинг ўрта мия артерияси (ЎМА) ва киндик артериясида (КА) томирларнинг резистентлик индексларининг муҳим ортишини кўрсатди. 18 нафар (41,9%) ҳомиладор аёлда ҳомиланинг ЎМАдаги қон оқимини бузилиш белгилари аниқланмаган, 5(11,6%) ҳомиланинг ЎМАда томирлари резистентлик индексининг ишончли пасайиши аниқланган, бу эҳтимол плацентар перфузиянинг пасайиши ҳрлатида қон оқимининг компенсатор централизациясини кўрсатади.

Диссертациянинг “4.4. Митрал стеноз кузатилган аёлларда янги туғилган чақалоқларнинг ҳолати, туғруқдаги акушерлик тактикаси ва туғруқ усулига боғлиқлиги” қисмида туғиш вақтидаги тана ҳолатига қараб янги туғилган чақалоқларнинг ўрганилган.

5 жадвал

Туғруқ I даврида (орқага ётган ҳолатда) деярли соғлом туғувчи аёлларда гемодинамик кўрсаткичлари.

Ўрганилган кўрсаткичлар	Текширилган ҳомиладорлар, n=50		
	Туғруққача , n=50	Дард тутиш вақтида, n=37	Дард тутиш орасида , n=37
САБ, мм.сим.уст.	120,4±2,5	135,7±3,3***	128,8±3,1*
ДАБ, мм.сим.уст.	84,2±1,7	90,4±2,4*	80,6±2,4^^
ЮУС, в/мин	84,4±13,9	90,4±13,5	84,6±14,3
МЮХ, л/мин	7,3±1,7	8,1±1,8	7,5±1,8
ЗХ, мл	86,7±12,5	89,7±12,2	87,4±11,9
ЯДХ, см ³	134,2±12,1	134,8±12,1	136,6±12,5
ЯСХ, см ³	47,5±5,2	45,1±4,5	49,2±4,2
УИ, мл/м ²	40,5±1,0	42,6±1,1	42,4±1,8
ЮИ, л/мин/м ²	3,5±0,3	3,2±0,4	3,6±0,4
УҚТҚ, дин·с·см ⁻⁵	1012,0±28,7	997,8±22,5	1000±22,7
ҚХФ, %	64,4±4,8	66,3±4,3	63,8±3,8

Изох: * - туғруққача гуруҳлар орасидаги фарқлар сезиларли(* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001), ^ - дард тутиш вақтида гуруҳлар орасидаги фарқ сезиларли (^ - P<0,05, ^^ - P<0,01)

Олинган натижалар МС билан ҳомиладор аёлларда туғруқ вақтидаги тана ҳолатига қараб ва юрак нуқсони турини ҳисобга олган ҳолда гемодинамик кўрсаткичларни баҳолашда назорат вазифасини ўтади. Ҳомиладор аёлларга туғруқ вақтида мумкин бўлган тана ҳолатлари ҳақида маълумот берилгандан

сўнг, туғувчи аёлларга танлаш ҳуқуқи берилди: 87 нафар аёлдан 37 нафари литотомик ҳолатда (орқага ётган), 23 нафари ўтириб (ярим ўтириш, чўккалаб ўтириш) ва 27 нафари турган ҳолда (туриб, столга суяниб, кроватга суяниб) туғди. Ўтириб ва турган ҳолатларда, аёлларга ҳаракатланиш эркинлиги берилди. Туғувчи аёллар юришди, дард вақтида тўхтаб, кроват спинкасига суяниб, шериклари билан мулоқот қилишди. Туғувчи аёллар туғруқ вақтида қулай позицияни танлашди. Туғруқ гемодинамик кўрсаткичларни ўрганиш натижалари 5-жадвалда акс этган.

Туғруқ жараёнида гемодинамик кўрсаткичларнинг характери тадқиқоти МЮХнинг аста-секин ортишига олиб келган, у дард бошланишида максимал қийматларга етган ва ўртача $8,1 \pm 1,8$ л/минни ташкил этган, дард орасида эса $7,5 \pm 1,8$ л/минга етган, бу ҳомиладорликнинг кечки босқичларидаги қийматларга мос келган ($7,5 \pm 1,8$ л/мин). МЮХнинг ортиши билан бирга ЗХ ҳам ошган, туғруқдан олдин $86,7 \pm 12,5$ млдан дардлар вақтида $89,7 \pm 12,2$ млга, дардлар орасида эса ўртача $87,4 \pm 11,9$ млни ташкил этган. ЗХнинг ортиши юрак уришларининг тезлашиши билан ккчган, бу туғруқнинг биринчи босқичи охирида дардлар вақтида $90,4 \pm 13,5$ ур/минга етган.

Туғиш фаолиятининг бошланиши билан АБнинг ортиши кузатилади. САБ динамикаси янада аниқроқ бўлиб, дард вақтида САБ ўртача $135,7 \pm 3,3$ мм сим. уст.га тенг ва туғишдан олдин $120,4 \pm 2,5$ мм. сим. уст. ташкил этди ($P < 0,001$). ДАБ динамикаси камроқ ифодаланган бўлиб, дард вақтида ўртача $90,4 \pm 2,4$ мм. сим. уст.га тенг бўлди, туғишдан олдин $84,2 \pm 1,7$ мм. сим. уст.ни ташкил этади. Бачадон қисқаришлари пайтида УҚТҚ ўртача $997,8 \pm 22,5$ дин·с·см-5га пасаяди ва дард орасидаги танаффусда ортишига мойиллик кузатилади ($1000,0 \pm 22,7$ дин·с·см⁻⁵). Тадқиқот натижалари дард вақтида ЮУСнинг $90,4 \pm 2,4$ ур/мингача ортишини кўрсатмоқда. Бачадон қисқаришларининг интенсивлиги пасайгани сари ЮУС секинлашади ва танаффусда ўртача $80,6 \pm 2,4$ ур/минни ташкил этади.

Шундай қилиб, туғиш жараёнида аниқ гемодинамик ўзгаришлар рўй беради. Туғиш вақтида МЮХ кўрсаткичларининг кескин фарқлари, бачадон қисқаришларининг кучайиши билан ортиши, ЗХнинг ортиши ва ЮУСнинг тезлашиши юракка бўлган юкламанинг аста-секин ортишини кўрсатади. МЮХнинг ортиши қисман туғиш вақтида бачадондан АҚХга кирувчи қон ҳажмига боғлиқ. МЮХнинг ортиши ва артериолларнинг оғриқли омил таъсири остида тонусини ортиши АБнинг ортишига олиб келади ва бу ўзгаришлар бачадон-плацентар ва ҳомила-плацентар қон оқими ҳолатига таъсир қилади.

6 жадвал маълумотларига кўра, Апгар шкаласи бўйича янги туғилган чақалоқларни баҳолашда, литотомик позицияда туғувчи аёлларда паст баллга эга чақалоқлар улуши вертикал позицияда туғишга қараганда аниқ кўп. Ҳомила ва янги туғилган боланинг гипоксияси орқага ётган ҳолатда туғувчи аёлларда кўпроқ аниқланади.

Шундай қилиб, деярли соғлом аёлларнинг туғруқ жараёни таҳлили туғруқ вақтидаги тана ҳолатига боғлиқ равишда она ва янги туғилган болалар учун асоратлар сонининг камайишини кўрсатди. Клиник маълумотлар ҳомиладор аёллардаги гемодинамик параметрларнинг ўзгаришлари ва бачадон-плацентар тизимдаги қон оқимининг хусусиятлари билан боғлиқ.

Туғруқдаги аёллардатана ҳолатига боғлиқ хомила ва янги туғилган чақалоқлар ҳолати

Ўрганилган кўрсаткичлар	Текширилган аёллар					
	Орқа билан ётган ҳолатда, n=21		Ўтирган ҳолатда, n=13		Тик турган ҳолатда, n=14	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
8-10 балл	18	48,6±8,2	19	82,6±7,9**	26	96,3±3,6***
6-7 балл	15	40,5±8,1	4	17,4±7,9*	1	3,7±3,6***
4-5 балл	4	10,8±5,1	0	0	0	0
1-3 балл	0	0	0	0	0	0

Изох: * - орқа билан ётган ҳолатда гуруҳлар орасидаги фарқ сезиларли (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001)

Биз аёлларнинг МС билан боғлиқ бачадон-хомила-плацентар қон оқими ҳолатини туғруқ вақтидаги тана ҳолатига боғлиқ равишда фарқли ўрганишга ҳаракат қилдик (7 жадвал).

Хомиладор аёлларнинг тана ҳолатига қараб туғиш жараёнида митрал стенози бўлган аёлларда бачадон-хомила-плацентар қон оқими ҳолати.

Қон оқими кўрсаткичлари	МС билан текширилган аёллар				
	Туғруққа ча n=130	Туғруқ даври (I даври), n=76			
		Орқа билан ётган ҳолатда, n=40		Тик турган ҳолатда, n=36	
		Дард вақтида	Дард тўхтаган вақтда	Дард вақтида	Дардлар орасида
Бачадон артерияларида					
С/Д	2,4±0,1	2,5±0,1	2,3±0,1	2,4±0,1	2,1±0,1***
ПИ	0,7±0,02	0,8±0,03***	0,9±0,03***	0,8±0,02**	0,7±0,02 ^{ooo}
РИ	0,4±0,01	0,5±0,02***	0,5±0,01***	0,4±0,01***	0,5±0,01*** ^o
Киндик артериясида					
С/Д	2,8±0,1	3,5±0,1***	2,3±0,1***	2,4±0,1**^^^	2,2±0,1***
ПИ	1,1±0,03	1,2±0,04	0,9±0,04***	0,9±0,03***^^^	0,8±0,03***
РИ	0,8±0,02	0,9±0,03**	0,5±0,03***	0,7±0,02^^^	0,5±0,02***
Хомила аортасида					
С/Д	5,8±0,2	3,9±0,2***	4,0±0,2***	3,9±0,2***	3,9±0,2***
ПИ	1,4±0,1	1,4±0,04	1,4±0,1	1,4±0,04	1,3±0,04
РИ	0,7±0,02	0,8±0,03***	0,9±0,03***	0,8±0,03	0,8±0,02***
Ўрта мия артериясида					
С/Д	4,8±0,1	3,6±0,1***	3,2±0,1***	3,5±0,2***	3,2±0,1***
ПИ	1,4±0,04	1,3±0,04*	1,1±0,4	1,2±0,04*	1,1±0,04***
РИ	0,8±0,02	0,7±0,03	0,6±0,02***	0,7±0,02**	0,6±0,02**

Изох: * - туғруққа ча бўлган даврда гуруҳларо фарқ сезиларли (** - P<0,01, *** - P<0,001), ^ - дард тутиш вақтида орқага ётган ҳолатда гуруҳлар орасидаги фарқ сезиларли (^^^ - P<0,01), ° - дардлар орасида танафус вақтида ётган ҳолатда гуруҳлар орасидаги фарқ сезиларли (° - P<0,05, ^{ooo} - P<0,001)

Тадқиқот натижалари МС билан аёлларнинг тана ҳолатига қараб туғруқ жараёнида қон оқими кўрсаткичларининг ортишидан далолат беради, бу БА, КА ва ҳомиланинг аортасидаги томир резистентлик индексларида аниқланган. БАда ПИ ётган ҳолатда $0,8 \pm 0,03$ бўлган бир вақтда турган ҳолатда $0,8 \pm 0,02$ бўлган, РИ эса $0,5 \pm 0,02$ га қарши $0,4 \pm 0,01$. КАда ПИ литотомик позицияда МС билан туққан аёлларда тик турган ҳолатга нисбатан аниқ юқорироқ ($1,2 \pm 0,04$ га қарши $0,9 \pm 0,03$, $p < 0,001$). РИ бўйича, туғруқдан олдин $0,8 \pm 0,02$ дан туғруқ жараёнида ётган ҳолатда $0,9 \pm 0,03$ га ошган, турган ҳолатда эса $0,7 \pm 0,02$ ташкил этган. ҳомиланинг аортасидаги томир резистентлик индексларининг камроқ ўзгариши кузатилган, бунда ётган ҳолатда турган ҳолатга нисбатан ортиши кузатилган (РИ $0,8 \pm 0,03$ га қарши $0,8 \pm 0,03$ ва ПИ $1,4 \pm 0,04$ га қарши $1,4 \pm 0,04$). ЎМАда РИ ва ПИ кўрсаткичлари сезиларли ўзгармаган. Шундай қилиб, олинган натижалар РҮОН ларида ҳомила-плацентар қон оқимининг ўзгаришлари туғруқдаги аёлнинг тана ҳолатига ва юрак нуқсонининг турига қараб фарқ қилади деган хулосага олиб келди. Туғруқ жараёнида ётган ҳолатида КА ва ҳомиланинг аортасидаги томир резистентлик индексларининг ортиши МС билан кўпроқ бўлган. ЎМА да катта ўзгаришлар кузатилмаган, бу эҳтимол плацентар перфузиянинг пасайиши шароитида қон айланишининг компенсатор марказлашувидан далолат беради.

Туғруқдан кейинги даврнинг клиник кечиши ва гемодинамик кўрсаткичлари МС билан ҳомиладор аёлларда III даврни олиб бориш тактикасига қараб ўрганилган. Улардан 17 нафар ҳомиладор аёлда кесар кесиш амалиёти ўтказилган, 100 нафар ҳомиладор аёл консерватив равишда даволанган, шулардан 43 ҳолатда III даврни фаол олиб борилган ва 42 ҳолатда кутиш тактикаси қўлланилган. Солиштирма таҳлил натижалари 8 жадвалида келтирилган.

8 жадвал

МС кузатилган ҳомиладор туғруқдан кейинги даврнинг олиб бориш тактикаси асосида олинган таҳлил натижалари

Ўрганилган кўрсаткичлар	Фаол тактика, n=43		Кутиш тактикаси, n=42	
	абс.	%	абс.	%
Кўнгил айланиши	6	$14,0 \pm 5,3$	2	$4,8 \pm 3,3$
Қайт қилиш	4	$9,3 \pm 4,4$	0	0
Ўўқотилган қон ҳажми, мл:				
- 500,0 гача	26	$60,5 \pm 7,5$	18	$42,9 \pm 7,6$
- 500,0-800,0	17	$39,5 \pm 7,5$	30	$71,4 \pm 7,0^{**}$
- 800,0-1000,0	0	0	9	$21,4 \pm 6,3^{**}$
- 1000,0 ортик	0	0	0	0
Бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш	11	$25,6 \pm 6,7$	7	$16,7 \pm 5,8$
Чақалоклар дистресс синдроми	13	$30,2 \pm 7,0$	5	$11,9 \pm 5,0^*$

Изох: * - актив тактика билан олиб борилган гуруҳлар ўртасидаги фарқ сезиларли (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$)

МС билан ҳомиладор аёлларда фаол тактика билан олиб борилганда туғруқдан кейинги даврда 9,3% ҳолатларда қайт қилиш билан кечган. Қон йўқотиш ҳажми, меъерий кўрсаткичлар доирасида, фаол тактика билан 60,5% ҳолатларда кузатилган бирга солиштирганда кутиш тактикаси билан 31,6% ҳолатларда кузатилган. Кутиш тактикасида қон йўқотишнинг 500,0-800,0 мл оралиғида бўлиши 1,5 баробар кўпроқ қайд этилган (71,4% га қарши 39,5%). Шунингдек, кутиш тактикасида 21,4% ҳолатларда қон йўқотиш 800,0-1000,0 млни ташкил этган. Бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш ва янги туғилган чақалоқларнинг дистресси кўпроқ фаол тактика билан олиб борилган туғруқдан кейинги даврда қайд этилган.

9 жадвал

МС кузатилган аёлларда туғруқ III даврининг олиб бориш тактикасига боғлиқ гемодинамик кўрсаткичлар

Ўрганилган кўрсаткичлар	МС билан текширилган туғруқдаги аёллар			
	Фаол тактика, n=43		Кутиш тактикаси, n=57	
	Назорат гуруҳи, n=30	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳи, n=30	Асосий гуруҳ
САБ, мм.сим.уст.	116,6±3,7	120,4±2,8	110,4±3,5 [^]	108,6±3,4 ^{^^}
ДАБ, мм.сим.уст.	86,4±2,8	90,4±2,2	80,4±3,1 ^{^^}	78,0±2,4 ^{*^^}
ЮУС, мин	80,4±4,3	88,6±5,1	76,8±5,1	82,8±7,9
МЮХ, л/мин	7,2±0,8	5,3±0,6	6,8±0,7	5,4±0,9
ЗХ, мл	89,6±8,0	59,8±6,3 ^{**}	88,7±6,3 [^]	65,2±8,8 [*]
ЯДХ, см ³	136,7±7,2	105,5±6,0 ^{**}	138,2±6,1 ^{^^}	106,4±8,8 ^{**°}
ЯСХ, см ³	47,1±2,7	45,7±2,8	49,5±3,2	41,2±3,9
ЗИ, мл/м ²	46,4±1,1	48,4±2,2	44,2±1,1	42,4±1,8 [^]
ЮИ, л/мин/м ²	4,4±0,17	4,8±0,18	4,2±1,4	4,0±1,2
УҚТҚ, дин·с·см ⁻⁵	1181±46,6	1280±37,6	1151±38,6 [^]	1049±36,6 ^{*^^^}
ҚХФ, %	65,5±2,9	56,6±3,4	64,1±2,5	61,1±4,3

Изоҳ: * - назорат гуруҳида фаол тактикада фарқлар нисбатан сезиларли (* - P<0,05, ** - P<0,01), ^ - асосий гуруҳида фаол тактикада фарқлар нисбатан сезиларли (^ - P<0,05, ^^ - P<0,01), ° - назорат гуруҳида кутиш тактикасида фарқлар нисбатан сезиларли (° - P<0,05)

9 жадвали маълумотларига кўра, МС билан туғдирилган аёлларда туғруқдан кейинги даврни фаол олиб бориш гемодинамик кўрсаткичларда аниқроқ ўзгаришлар кузатилди. Масалан, кутиш тактикаси билан туғруқ олиб

борилган аёлларда САБ ва ДАБ пасайган, $108,6 \pm 3,4$ мм.сим.уст.га қарши $120,4 \pm 2,8$ мм.сим.уст. ($P < 0,01$) ва $78,0 \pm 2,4$ мм.сим.уст.га қарши $90,4 \pm 2,2$ мм.сим.уст. фаол тактикада ($P < 0,01$). Фаол тактика билан МЮХ $5,3 \pm 0,6$ л/мин бўлиб, кутиш тактикасида $5,4 \pm 0,9$ л/мин, бу фақат юрак уришларининг тезлашиши билан кузатилган $90,4 \pm 2,2$ га қарши $78,0 \pm 2,4$ ур/мин. кутиш тактикасида кузатилган ($P < 0,01$), чунки фаол тактикада ЗХнинг пасайиши кузатилган $59,8 \pm 6,3$ га қарши $65,2 \pm 8,8$ мл кутиш тактикасида. ҚХФ ҳам фаол тактика билан тукқан аёлларда паст бўлган - $56,6 \pm 3,4$ га қарши $61,1 \pm 4,3$ кутиш тактикаси гуруҳда кузатилган.

Шундай қилиб, олиб борилган тадқиқотлар натижалари кўрсатишича, III даврни фаол олиб бориш МС билан ҳомиладор аёлларда қон йўқотишини камайтириш билан бирга, гемодинамик бузилишларнинг кучайишига олиб келади. Утеротоникларнинг рутин профилактикаси деярли соғлом аёлларнинг гемодинамик кўрсаткичларига жиддий таъсир кўрсатмаган. Шу билан бирга, МС билан аёлларда III даврни фаол олиб боришда САБнинг 3,3% ва ДАБнинг 4,6% га, ЮУСнинг 7,0%, УҚТҚнинг 8,4% га ортиши ва ҚХФнинг 8,0% га пасайиши аниқ кузатилган.

ХУЛОСА

1. Ревматик юрак нуқсонлари бўлган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқларнинг ретроспектив ва проспектив ўрганишларда юқори акушерлик ва перинатал асоратларни кўрсатди, буларнинг кузатилиш частотаси ва ифодаланганлиги юрак нуқсони турлари, ҳамроҳ касалликлар ва акушерлик тактикасига боғлиқ.

2. Туғруқ даврида ва бачадон плацентар қон оқими кўрсаткичлари туғруқ вақтидаги аёлнинг ҳолатига боғлиқ. Литотомик ҳолатда митрал стенози бўлган аёлларда гемодинамик кўрсаткичларнинг кескин ўзгаришлари кузатилди. Компенсатор ЮУСнинг ортиши – 15%, МЮХнинг пасайиши – 17%, ЗХнинг тушиши – 22% ва ҚХФнинг 10% га пасайиши кузатилди. Ўтирган ва тик туриш ҳолатида гемодинамик кўрсаткичларда камроқ ўзгариш аниқланди.

3. Ҳомиладорликнинг физиологик даврида бўлган аёлларда гемодинамик кўрсаткичлар таҳлили, гемодинамик кўрсаткичларнинг фертил ёшдаги ҳомиладор бўлмаган аёлларга нисбатан прогрессив ортишини кўрсатади. I триместрдан бошлаб МЮХнинг ортиши кузатилди, 27-33 ҳафтада максимал 38,2% га етади. АБ ҳомиладорликнинг 6-12 ҳафтасида пасаяди ва 27-33 ҳафтасида 10% га ошади, юрак уриш тезлиги 19,5% га ошади.

4. МС кузатилган аёлларда III туғруқ даврининг фаол олиб борилиши гемодинамик кўрсаткичларнинг ёмонлашиши билан бирга кечади, бу ЮУСнинг 7% га ортиши, МЮХнинг 5% га пасайиши, ЗХнинг 8,3% га ва ҚХФнинг 8% га пасайиши билан намоён бўлади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.11.2023.Tib.14.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА**

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

АБДУКАРИМОВА НОЗИМА ТАШПУЛАТОВНА

**ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ВЫБОРУ
АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С МИТРАЛЬНЫМ
СТЕНОЗОМ**

14.00.01 – Акушерство и гинекология

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

ТОШКЕНТ – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2022.3.PhD/Tib2991.

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

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.akusherstvo.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель:

Асатова Мунира Мирюсуповна
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Мухамадиева Саодатхон Мансуровна
доктор медицинских наук, профессор

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация:

**Самаркандский государственный
Медицинский Университет**

Защита состоится « ____ » _____ 2025 г. в ____ час. на заседании Научного совета по присуждению ученых степеней. DSc.04/30.11.2023.Tib.114.01 при Республиканском специализированном научно-практическом центре здоровья матери и ребенка (Адрес: 100124, г.Ташкент, Мирзо Улугбекский район, ул. Мирзо Улугбека 132а, Тел/факс: (371) 263-84-83(371) 263-47-50, E-mail: info@uzaig.uz)

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического центра здоровья матери и ребенка (зарегистрирована за № ____), (Адрес:100140, г. Ташкент, Мирзо Улугбекский район, ул. Мирзо- Улугбека 132а, Тел/факс: (371) 263-84-83, (371) 263-47-50)

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

Надырханова Н.С.

Председатель Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук

Бабаханова А.М.

Ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии (PhD)

Юсупбаев Р.Б.

Председатель Научного семинара при Научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность и необходимость темы диссертации. В мире сердечно-сосудистые заболевания встречаются в 1-4% всех беременностей, высок риск перинатальных осложнений, составляя до 10% материнской смертности. В то же время «...среди ревматических пороков сердца повышенный митральный стеноз составляет 40%. Легкий митральный стеноз составляет 1% случаев материнской смертности, 5% - тяжелого митрального стеноза, 17% - фибрилляции сердца и является наиболее тяжелым и опасным для жизни состоянием среди всех сердечно-сосудистых осложнений. Исходы беременности и родов зависят не только от степени сужения митрального клапана, недостаточности кровообращения, активности ревматического процесса, но и от срока беременности, акушерской тактики во время родов и способов родоразрешения. Одним из важнейших вопросов современного акушерства и кардиологии является профилактика неожиданной смерти и других осложнений (длительная дисфункция левого желудочка, дилатационная кардиомиопатия, тромбоэмболия легочных артерий) у беременных с митральным стенозом, новые методы прогнозирования их развития и негативные последствия. Исходы послеродовых заболеваний заключается в определении роли предикторов.

По данным Всемирной организации здравоохранения, «...ревматические пороки сердца составляют 75-80% заболеваний сердечно-сосудистой системы». В настоящее время не достигнуто четкого консенсуса относительно определения оптимальных сроков родов и акушерской тактики. Поэтому по статистике увеличивается количество кесаревых сечений у женщин с ревматическими пороками сердца. Ряд исследователей отмечают, что естественные роды менее опасны для матери и плода.

В годы независимости в нашей стране проведены и продолжаются масштабные работы по реформированию системы социальной защиты и здравоохранения населения. Положительные результаты достигнуты в акушерстве и гинекологии, в том числе в совершенствовании методов диагностики и лечения различных степеней митрального стеноза, а также родовспоможения беременных. В то же время существует потребность в научно обоснованных исследованиях по предотвращению непосредственных послеродовых осложнений, в том числе опасного для жизни прогрессирования сердечной недостаточности, а также в совершенствовании протокола своевременных диагностических и профилактических мероприятий по предупреждению этих осложнений у беременных женщин. эта категория.

Диссертация в определенной степени служит выполнению задач, установленных в следующих нормативно-правовых актах: Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года ПФ-60 "О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы", Постановление Президента Республики Узбекистан от 12 ноября 2020 года ПК-4891 "О дополнительных мерах по повышению эффективности медицинской профилактики для обеспечения общественного здоровья", Постановление Президента

Республики Узбекистан от 9 августа 2023 года ПҚ-296 "О мерах по охране здоровья матерей и детей, укреплению репродуктивного здоровья населения", а также Постановление Президента Республики Узбекистан от 5 сентября 2024 года ПҚ-311 "О мерах по внедрению механизмов государственного медицинского страхования" и других нормативно-правовых документов, относящихся к данной деятельности.

Соответствие исследований приоритетам развития республиканской науки и техники. Данные научные исследования проводились в соответствии с приоритетами развития науки и техники республики. Оно проводилось в соответствии с «Медициной и фармакологией».

Уровень изученности проблемы. Сегодня анализ данных PubMed, показал что в оценке риска для матери и плода у женщин с митральным стенозом, а это требует пересмотра акушерской тактики. Оценка риска развития беременности и послеродовых осложнений у беременных с митральным стенозом имеет большое значение при выборе правильной акушерской тактики. По данным литературы, смерть женщин с пороками сердца при РС чаще встречается в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Сокращение матки в положении лежа на левом боку или на спине, боль, дискомфорт, стресс, кровотечение и инволюция матки вызывают серьезные изменения гемодинамики во время родов и в послеродовом периоде (Lee W., 2015)». Сразу после рождения ребенка происходит быстрое перераспределение крови, в результате чего могут возникнуть тяжелые нарушения кровообращения. Для быстрой адаптации к новым условиям требуется большое напряжение сердечно-сосудистой системы, что может привести к нарушениям в системе гемостаза и смерти роженицы. По данным литературы, в большинстве случаев прерывание беременности при митральном стенозе не требуется (Lee W., 2015; Bauersachs J, 2019).

Узбекистане приводили следующие исследования как дефицит магния у беременных с нарушением сердечного ритма (Т.А. Абдуллаев, 2006), оценке клиничко-прогностических критериев и риска различных исходов родов у беременных с сердечно-сосудистой патологией (Ф.А. Закирова, 2018), беременности у беременных с миокардит и особенности течения родов (М.Ж. Даулетова, 2020) и проведены исследования по беременности и родам у женщин с дисфункцией плаценты на фоне постмиокардиального кардиосклероза (А.А. Тухтабаев, 2020).

По данным этих исследований, ранние клинические и прогностические факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений, осложнений во время беременности и родов у женщин с воспалительными заболеваниями сердца в республике не изучены. Таким образом, исследования, направленные на совершенствование методов ведения, диагностики и лечения беременных с митральным стенозом, являются актуальной задачей практического акушерства.

Таким образом, при анализе литературы отсутствуют данные об отдаленном прогнозе при ревматических пороках сердца о частоте

самопроизвольных выкидышей. Ожидаемый риск для матери и ребенка, тактика беременности и родов при митральном стенозе остаются нерешенными вопросами. В настоящее время определение срока и способа родов у женщин с митральным стенозом является важным вопросом в условиях массового увеличения количества кесарево сечений. По данным ряда исследований (96), плановое кесарево сечение не имеет преимуществ для матери и ребенка, и рекомендуется максимально пролонгировать беременность, что снижает риск экстренного кесарева сечения на 12% (91,92). Роды естественным путем снижают риск кровотечений и других осложнений, тромбозов.

Связь диссертационного исследования с научными планами центра, в котором выполнена диссертация. Диссертационное исследование АДСС 2.3. № «Разработка нового метода диагностики, лечения и профилактики осложнений заболеваний сердца воспалительного и клапанного генеза у беременных» (2012-2015 гг.) проводилась в рамках проекта.

Цель исследования: изучить закономерности изменения гемодинамических показателей матери и маточно-плодово-плацентарного кровотока у беременных с МС в зависимости от акушерской тактики и метода родоразрешения.

Задачи исследования:

провести ретроспективный анализ историй родов у женщин с митральным стенозом;

изучить динамику гемодинамических показателей и характер маточно-плодово-плацентарного кровотока у беременных с митральным стенозом;

изучить особенности гемодинамических показателей у рожениц с митральным стенозом в зависимости от положение тела в родах и технологии ведения III периода родов;

изучить особенности течения послеродового периода у женщин с митральным стенозом в зависимости от акушерской тактики в родах и метода родоразрешения.

Объект исследования были беременные женщины с митральным стенозом, родившие в Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра акушерства и гинекологии, филиалах РСНПМЦЗМиР Намангской области (стационарное и амбулаторное лечение). Предметом исследования является изучение гемодинамики матери и ребенка у беременных с митральным стенозом, а также выбор способа родоразрешения.

Методы исследования. Инструментальные (дневное мониторирование артериального давления, электрокардиография, трансторакальная эхокардиография сердца), фетальная доплерометрия и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

путем мониторинга основных показателей гемодинамики во время беременности, родов и в послеродовом периоде у пациенток с митральным стенозом (МС) удалось оценить характер компенсаторных механизмов, что позволяет оценить риск развития гемодинамических осложнений, возможности прогноза и проведение специальных профилактических и лечебных мероприятий;

разработаны методические подходы к оценке и интерпретации изменений гемодинамики и маточно-плодно-плацентарного кровотока у беременных с МС;

у женщин с МС разработан дифференцированный подход к оценке показателей гемодинамики с учетом адаптивных изменений, вызванных взаимодействием пороков сердца и беременности во время беременности;

изучена эффективность современных технологий ведения родового наблюдения, родов и послеродового периода у беременных с МС;

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

Внедрение рекомендованных технологий позволило снизить частоту акушерских и перинатальных осложнений у женщин с МС в 3 раза. Внедрение эффективных перинатальных технологий позволяет предотвратить риск развития и обострения гемодинамических нарушений у женщин с МС, улучшить маточно-плодно-плацентарный кровоток и снизить вероятность оперативного родоразрешения.

Достоверность результатов исследований. Достоверность результатов основана на правильном использовании объективных критериев оценки состояния пациентов, современных методов диагностики и лечения, методических подходов и наборов статистического анализа. Исследование проведено на достаточном клиническом материале. Методы решения рассматриваемых в диссертации проблем основаны на современных научно-практических взглядах и подходах к диагностике и лечению митрального стеноза у беременных. Решение рассмотренных задач осуществлялось современными апробированными методами медицинской статистики.

Внедрение результатов исследований. Утверждено на основании экспертного заключения №12 у-т/8 от 7 ноября 2023 г. Научно-прикладного медицинского центра Республики специализированного здоровья матери и ребенка.

первая научная новизна: мониторинг основных гемодинамических показателей в период беременности, родов и послеродового периода у беременных с митральным стенозом позволил оценить характер компенсаторных механизмов у беременных. Полученные научно-практические данные были внедрены в практику Республиканского научно-исследовательского центра по специализированной медицине для матери и ребенка, филиалов РСНПМЦЗМиР в Фергане и Андижане (с заключением Экспертного совета РСНПМЦЗМиР от 7 ноября 2023 года, № 12 у-т/8). *Социальная эффективность научной новизны* заключается в том, что своевременное выявление изменений в гемодинамике матери у беременных с

митральным стенозом позволяет предотвратить осложнения, которые могут возникнуть как у матери, так и у плода. *Экономическая эффективность научной новизны* следующая: стоимость эхокардиографии (ЭхоКГ) и электрокардиографии (ЭКГ) для диагностики сердечно-сосудистой недостаточности у женщин с митральным стенозом составляет 215 000 сум. Эти инструментальные обследования могут проводиться многократно в течение беременности, и при необходимости динамическое наблюдение (один раз в месяц с 28-й недели до 39-й недели) составит 2 580 000 сум. Однако если обследования проводятся один раз в месяц (860 000 сум), то экономическая эффективность составляет 1 720 000 сум на каждую пациентку. **Вывод:** Для мониторинга динамики развития сердечно-сосудистой недостаточности у беременных женщин с митральным стенозом достаточно проводить 4 обследования, что позволяет сэкономить бюджетные средства в размере 1 720 000 сум.

вторая научная новизна: у беременных с митральным стенозом было доказано, что нарушение кровообращения у матери и плода, а также сердечная недостаточность у матери, приводят к изменениям в фракции выброса левого желудочка (55-70%) независимо от наличия недостаточности у матери. Полученные научно-практические данные были внедрены в практику Республиканского научно-исследовательского центра по специализированной медицине для матери и ребенка, филиалов РСНПМЦЗМиР в Фергане и Андижане (с заключением Экспертного совета РСНПМЦЗМиР от 7 ноября 2023 года, № 12 у-т/8). *Социальная эффективность научной новизны* заключается в том, что своевременное выявление фето-плацентарной недостаточности у беременных с митральным стенозом позволяет предотвратить перинатальные осложнения. *Экономическая эффективность научной новизны* следующая: стоимость ЭхоКГ и ЭКГ для диагностики сердечной недостаточности составляет 215 000 сум. Стоимость доплерометрии плода для диагностики фето-плацентарной недостаточности составляет 210 000 сум. Стоимость стандартных обследований (ЭхоКГ, ЭКГ и доплерометрия) составляет 425 000 сум, и эти исследования могут проводиться многократно в течение беременности. При необходимости динамического наблюдения (один раз в месяц с 28-й недели до 37-й недели) стоимость составляет 2 100 000 сум, и общая сумма за все обследования составит 4 250 000 сум. Однако если выявление фето-плацентарной недостаточности проводится только с помощью доплерометрии, то экономическая эффективность составит 1 935 000 сум на каждую пациентку. **Вывод:** Для мониторинга сердечно-сосудистой недостаточности и фето-плацентарной недостаточности у беременных женщин с митральным стенозом достаточно одного обследования, а далее динамическое наблюдение за кровообращением матери и плода позволит сэкономить 1 935 000 сум.

третья научная новизна: Впервые было доказано, что при митральном стенозе у беременных оценка гемодинамических показателей с учетом адаптивных изменений, вызванных сердечным дефектом и беременностью,

позволяет использовать дифференцированный подход к выбору метода родоразрешения, что способствует снижению акушерских и перинатальных осложнений. Полученные научно-практические данные были внедрены в практику Республиканского научно-исследовательского центра по специализированной медицине для матери и ребенка, филиалов РСНПМЦЗМиР в Фергане и Намангане (с заключением Экспертного совета РСНПМЦЗМиР от 7 ноября 2023 года, № 12 у-т/8). *Социальная эффективность научной новизны* заключается в том, что дифференцированный подход к выбору метода родоразрешения способствует снижению акушерских, перинатальных и послеродовых осложнений. *Экономическая эффективность научной новизны* заключается в следующем: проведение кесарева сечения и длительный послеродовой период приводят к экономическим затратам в размере 3 744 000 сум (включая расходы на операцию и послеродовой период). При естественных родах расходы составляют 2 832 200 сум, что дает экономию в 911 800 сум на каждую пациентку.

четвертая научная новизна: Впервые была доказана эффективность современных технологий в антенатальном уходе, родах и послеродовом периоде у беременных с митральным стенозом. Полученные научно-практические данные были внедрены в практику Республиканского научно-исследовательского центра по специализированной медицине для матери и ребенка, филиалов РСНПМЦЗМиР в Фергане и Намангане (с заключением Экспертного совета РСНПМЦЗМиР от 7 ноября 2023 года, № 12 у-т/8). *Социальная эффективность научной новизны* заключается в том, что своевременное проведение кесарева сечения у женщин с митральным стенозом увеличивает количество осложнений у новорожденных, в то время как естественные роды помогают снизить количество этих осложнений. *Экономическая эффективность научной новизны* заключается в том, что расходы на реанимацию новорожденных в случае преждевременного кесарева сечения составляют 1 440 800 сум за день. В случае своевременных родов расходы на послеродовой уход за новорожденными составляют 126 200 сум за день. Вывод: для женщин с митральным стенозом экономия бюджета на послеродовой уход за новорожденными составляет 1 314 600 сум на каждого новорожденного.

Утверждение результатов исследования. Результаты исследований обсуждались на 2 научно-практических съездах и конференциях, в том числе 1 международном и 1 республиканском уровне.

Публикации результатов исследований. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе 6 журнальных статей, из них 5 в республиканских и 1 зарубежных журналах, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертационной работы. Состав диссертации состоит из введения, четырех глав, заключения, заключения, практических

рекомендаций и списка использованной литературы. Общий объем работы составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ.

Во введении обосновывается актуальность и необходимость темы исследования, описываются цель, задачи, объект и предмет исследования, показана совместимость с приоритетными направлениями развития науки и техники республики, представлена научная новизна исследования, практические результаты, раскрыта научная и практическая значимость полученных результатов, представлена информация о внедрении, представлены результаты исследования, опубликованные работы, структура и объем диссертации.

Первая глава диссертации «Беременность и роды у женщин с митральным стенозом – стратегия минимального риска. (обзор литературы)» содержит обзор работ отечественных и зарубежных исследователей, адаптивные изменения во время беременности, симптомы митрального стеноза, изменения во время беременности. Приведены методы увеличения беременности и родов.

Во второй главе диссертации под названием «Характеристика клинического материала и методов исследования» представлена характеристика объекта исследования и методов, обеспечивающих решение задач. Приведена общая характеристика обследованных больных и методы обследования. Работа представляет собой ретроспективный анализ родов и послеродового периода женщин, родивших с МС за период с 2017 по 2021 годы в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре матери и ребенка, Наманганской и Ферганской ПЦ. На первом этапе исследования анализировались данные анамнеза, перенесенные заболевания, характер клинических проявлений митрального стеноза и развития МППК во время беременности, нарушения маточно-плацентарно-плодового кровообращения, способы родоразрешения. Ретроспективная часть исследования включала анализ исходов беременности и родов у 176 женщин.

Проверки включают в себя:

1. Общеклинические методы.
2. Эхографические исследования и доплерография.
3. Гемодинамические показатели женщин оценивали путем расчета интегральных показателей: АД, ЧСС.
4. Исследование гематологических показателей включало определение количества гемоглобина в крови, показателей гематокрита, цветового показателя, количества эритроцитов.
5. Допплерографическое исследование включало: маточную и спиральную артерии с их концевыми ветвями, пупочную артерию и аорту, среднюю мозговую артерию, венозный русл, кровоток нижней поллой вены плода.

Основную группу составили 130 беременных с диагнозом митральный стеноз, преимущественно стеноз левого предсердно-желудочкового отверстия (ПВТ);

Группу контроля составили 50 беременных с физиологическим течением беременности.

Средний возраст обследованных беременных составил $29,7 \pm 1,4$ года. Изучали анамнез всех пациенток, формирование и особенности менструального цикла, репродуктивной функции, наличие и выраженность соматической патологии.

В обеих группах анализировались особенности течения беременности, способы родоразрешения, состояние плода и новорожденного, а также послеродовой период. При осмотре особое внимание уделялось процессу постановки диагноза. Стадии НК оценивали по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (класс IV).

Клинические обследования включали: измерение АД с обеих рук, проверку температуры тела, оценку диуреза, частоты дыхания (ЧД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), аускультации и перкуссии органов грудной клетки, признаков сердечной недостаточности (отек, набухание печени, цианоз).

Для оценки уровня активности ревматического процесса определяли количество лейкоцитов, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), S-реактивный белок, прокальцитонин.

Полученные результаты были статистически обработаны с использованием пакета программ «Excel». После проверки правильности распределения сортов сравнивались параметрические варианты с учетом вероятности ошибки (r) на основе критерия Стьюдента (t).

В третьей главе дипломной работы под названием «Ретроспективный анализ акушерского анамнеза женщин с митральным стенозом» проведен ретроспективный анализ периода беременности, плода и новорожденных 176 беременных с митральным стенозом в Городском перинатальном центре № 1 (№1 ГПЦ), Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре матери и ребенка, Наманганской и Ферганской ПЦ с 2017 по 2021 год. Средний возраст женщин составил $26,1 \pm 0,4$ года.

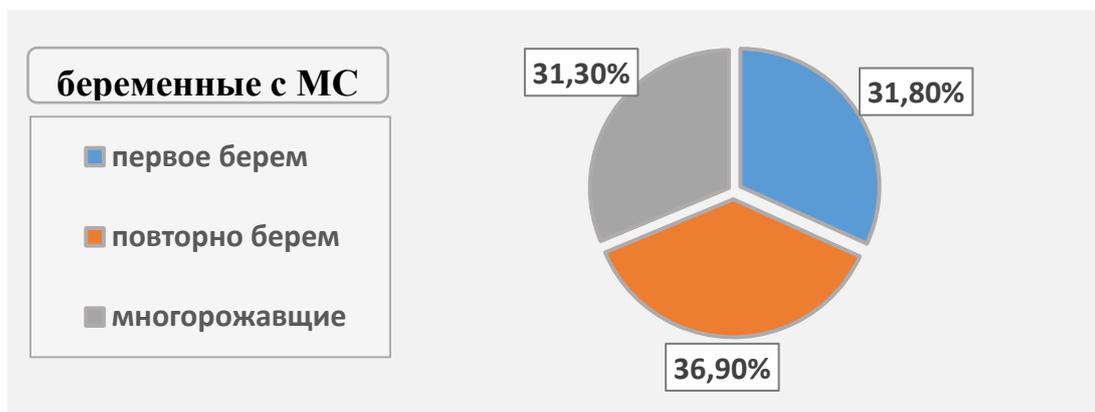


Рисунок 1. Паритет беременных с МС (ретроспективный анализ).

При анализе течения беременности у женщин с митральным стенозом риск токсикоза плода составил 24,4%, риск невынашивания беременности - 28,4%, риск крупного плода - 4,5%, частота бесплодия - 4%.

Ретроспективный анализ течения родов у женщин с митральным стенозом выявил, что в 92% случаев роды родились в срок. В большинстве случаев 58,5% родов были выполнены путем кесарева сечения. В 35,8% случаев кесарево сечение было выполнено в срочном порядке.

Состояние новорожденных оценивали по шкале Апгар. 53% составили дети, родившиеся с 6-7 баллами, 40,3% - 7-8 баллов и 6,8% - доношенные дети с 5-6 баллами (рисунок 2).



Рисунок 2. Оценка новорожденных по шкале Апгар.

Таким образом, результаты ретроспективного анализа свидетельствуют о тяжелом течении беременности и послеродового периода, высоком проценте оперативных родов. С точки зрения акушерской тактики предпочтительное хирургическое родоразрешение. Высокая частота кесарева сечения не коррелировала с состоянием новорожденных этой группы и приводила к высоким показателям перинатальной заболеваемости и смертности. Возникшая ситуация требует рассмотрения многих аспектов тактики беременности и родов, вопросов классификации сердечно-сосудистых заболеваний, подготовки к беременности и принципов родоразрешения и послеродового периода в соответствии с международными стандартами.

Четвертая глава диссертации - «Результаты проспективного изучения течения беременности, центральной гемодинамики и маточно-плацентарного кровотока у беременных с митральным стенозом». Объектом исследования были 130 беременных с митральным стенозом. В ходе

наблюдения за беременными с митральным стенозом они во время беременности регулярно посещали кардиолога. Все пациентки наблюдались с 16-24-й недели беременности и наблюдались в динамике в течение 40 дней до и после родов. Изучены показатели гемодинамики у 50 здоровых женщин фертильного возраста. Полученные данные служили контролем при оценке гемодинамических показателей беременных.

Изучены показатели гемодинамики у 50 здоровых женщин фертильного возраста (контрольная группа). Полученные данные служили контролем при оценке гемодинамических показателей беременных.

Оценка средних показателей гемодинамики практически здоровых женщин представлена в таблице 1.

Таблица 1

Гемодинамические показатели у женщин фертильного возраста

Исследуемые параметры	Обследованные женщины, n=50
САД, мм рт.ст.	110,5±1,6
ДАД, мм рт.ст.	70,8±1,0
ЧСС, в/мин	72,4±13,3
МОС, л/мин	5,5±1,2
УО, мл	76,0±8,1
КДО, см ³	124,2±7,3
КСО, см ³	48,2±2,3
УИ, мл/м ²	38,9±0,5
СИ, л/мин/м ²	2,7±0,04
ОПСС, дин·с·см ⁻⁵	1496,5±18,3
ФВ, %	61,0±3,4

Результаты проведенного анализа показали, что у практически здоровых беременных женщин отмечается снижение как систолического, так и диастолического артериального давления (САД и ДАД соответственно) в I триместре беременности по сравнению с практически здоровыми небеременными женщинами на 1,9% и на 8,9% соответственно. Средние показатели САД у женщин фертильного возраста составил 110,5±1,6 мм рт.ст. против 108,4±1,6 мм рт.ст. у беременных в сроке 6-12 недель, значения ДАД также были сниженными и составили в среднем 64,5±1,0 мм.рт.ст. против 70,8±1,0 мм рт.ст. у небеременных (P<0,001). Тенденция к снижению средних значений АД прослеживалась и в сроке 13-19 недель и составило 104,4±1,5 мм рт.ст. и 68,7±1,0 мм рт.ст. соответственно.

По мере прогрессирования беременности отмечалось повышение средних значений как САД, так и ДАД, начиная с 27-33 недель и достигая в сроке 34-40 недель $120,4 \pm 1,7$ мм рт.ст. и $84,2 \pm 1,4$ мм рт.ст. соответственно ($P < 0,001$). Что касается частоты сердечных сокращений, то средние значения у беременных были более высокими по сравнению с небеременными женщинами, и в сроке 6-12 недель этот показатель составил $75,4 \pm 13,6$ в мин против $72,4 \pm 13,3$ в мин. у небеременных. По мере прогрессирования беременности отмечалось повышение ЧСС, которая в сроке 27-33 недель составила $86,5 \pm 13,2$ в мин., в сроке 36-40 недель $84,5 \pm 14,5$ в мин. Значимые сдвиги гемодинамических показателей, начинающиеся с ранних сроков беременности обусловлены влиянием значительных изменений гормонального фона.

Целью исследования, проведенного на данном этапе, было изучение кровотока у 50 практически здоровых беременных на сроках 27-33 и 34-40 недель. Оценку кривых скорости кровотока проводили по систоло-диастолическому соотношению (С/Д), индексу резистентности (РИ) и индексу пульсации (ПИ). Показатели центральной гемодинамики женщин во время беременности представлены в таблице 2, средний возраст беременных составил $25,4 \pm 1,2$ года, небеременных - $24,3 \pm 1,7$ года.

Таблица 2

Показатели маточно-плодово-плацентарного кровотока у беременных с физиологическим течением гестационного периода (n=50)

Показатели кровотока	Обследованные беременные в сроке		P
	27-33 недель	34-40 недель	
В маточных артериях			
С/Д	$2,23 \pm 0,07$	$1,95 \pm 0,06$	$< 0,01$
ПИ	$0,75 \pm 0,02$	$0,56 \pm 0,01$	$< 0,001$
ИР	$0,69 \pm 0,02$	$0,35 \pm 0,01$	$< 0,001$
В артерии пуповины			
С/Д	$2,95 \pm 0,09$	$2,24 \pm 0,06$	$< 0,001$
ПИ	$1,01 \pm 0,03$	$0,75 \pm 0,02$	$< 0,001$
ИР	$0,67 \pm 0,02$	$1,14 \pm 0,03$	$< 0,001$
В аорте плода			
С/Д	$4,96 \pm 0,15$	$5,77 \pm 0,14$	$< 0,001$
ПИ	$1,64 \pm 0,05$	$1,28 \pm 0,03$	$< 0,001$
ИР	$0,81 \pm 0,03$	$0,77 \pm 0,02$	
Среднее мозговая артерия			
С/Д	$4,96 \pm 0,15$	$4,42 \pm 0,13$	$< 0,05$
ПИ	$1,38 \pm 0,04$	$1,32 \pm 0,03$	
ИР	$0,75 \pm 0,02$	$0,72 \pm 0,02$	

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о снижении сосудистого сопротивления в системе маточных и пуповинных артерий по мере прогрессирования беременности. Данная закономерность по-видимому, обусловлена сложными процессами формирования сосудистого русла плаценты с увеличением количества периферических сосудов. Снижение сосудистого сопротивления в МА продолжалось до 38 недель беременности, затем к родам показатели в этих сосудах достоверно возрастали. По сравнению с динамикой индексов сосудистого сопротивления в МА, снижение ПИ, ИР в АП имели более выраженный характер и продолжались до конца беременности. Начиная с 27-33 недель показатели в аорте плода и СМА имели тенденцию к снижению. Изучение характера кровотока в ФПК позволяет оценить как степень нарушения кровотока, так и непосредственно компенсаторные возможности плода при наличии МС.

Подглава 4.2 диссертации. Течение беременности, параметры гемодинамики и особенности маточно-плодно-плацентарного кровотока у беременных с митральным стенозом изучены в разделе «Особенности беременных с митральным стенозом в период беременности и родов».

На основании результатов обследования беременных с МС были распределены на следующие группы (табл. 3).

Таблица 3.

Распределение беременных с митральным стенозом по степени тяжести (n=130)

Степень тяжести	Площадь открытия МК (см ²)	Трансмитральный градиент, мм рт. ст.	Степень легочной гипертензии (мм рт.ст.)	Число беременных (n=130)
I	1,6±0,34	4,5±0,5	27±3,1	93 (71,5%)
II	1,3±0,37	6,6±2,2	32±3,8	27 (20,8%)
III	0,8±0,32	9,4±1,7	48±5,3	10 (7,7%)

В группу беременных с сердечной недостаточностью I степени мы включили пациенток с жалобами на одышку при физической нагрузке, быструю утомляемость, нарушение ритма по типу синусовой тахикардии. При II стадии сердечной недостаточности беременных отмечали жалобы на одышку в покое или при легкой физической нагрузке, приступы сердцебиения. При осмотре пациенток отмечалась бледность кожных покровов и акроцианоз. При аускультации жесткое дыхание. Нарушение ритма у пациенток с МС проявилось по типу мерцательной аритмии, желудочковой экстрасистолией и пароксизмальной тахикардией.

В рамках проведенного на данном этапе исследования была предпринята попытка комплексно оценить маточно-плацентарный кровоток.

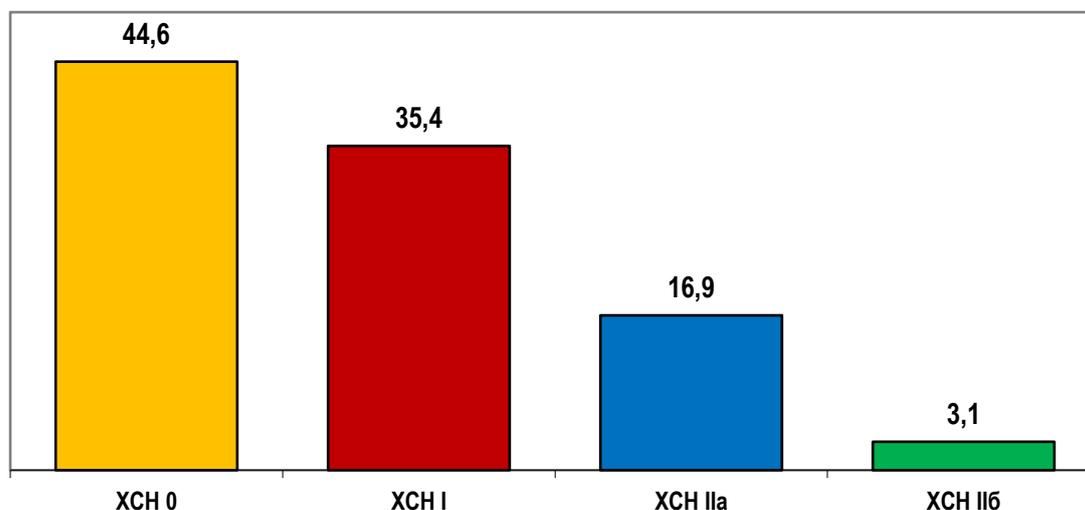


Рис. 4.1. Стадии сердечной недостаточности у беременных с митральным стенозом

Маточно-плацентарный кровоток проверяли с помощью УТТ-сканера ECHO Doppler фирмы Mindrei-70, абдоминального датчика мощностью 7-12 мГц - 2,5-5 мГц, маточных и спиральных артерий, пупочной артерии, грудной аорты плода методом цветного доплера и Обследованы пульсовая доплерометрия и средняя мозговая артерия (СМА). Скорость кровотока проверяли по кривым, что осуществляли путем определения систоло-диастолического отношения (С/Д), индекса резистентности (РИ) и индекса пульсации (ПИ).

Анализ результатов доплерометрических исследований показал, что при физиологически продолжающейся беременности наблюдается снижение показателей сосудистого сопротивления в маточных артериях. В маточных артериях наиболее сильно снизился ПИ - $0,55 \pm 0,02$ и РИ - $0,35 \pm 0,01$ при первой беременности.

Сосудистое сопротивление в артерии пуповины в III триместре беременности составило ПИ $0,75 \pm 0,02$, РИ $1,14 \pm 0,03$. По результатам исследования кровотока в аорте плода отмечено незначительное увеличение показателей сосудистого сопротивления в средней мозговой артерии (СМА) плода, ИП составил $1,22 \pm 0,03$, РИ $0,67 \pm 0,02$. Перед родами показатели сосудистого сопротивления в аорте плода несколько повышены, что может свидетельствовать о возможном перераспределении кровообращения в результате развития головного мозга плода.

Таблица 4

Показатели маточно-плодово-плацентарного кровообращения у беременных с митральным стенозом в сроке 28-32 недель

Показатели кровотока	Обследованные беременные		P
	Контрольная группа n=50	Основная группа n=130	
В маточных артериях			
С/Д	1,95±0,1	2,37±0,1	<0,001
ПИ	0,55±0,02	0,69±0,02	<0,001
ИР	0,35±0,01	0,38±0,01	<0,05
В артерии пуповины			
С/Д	2,24±0,1	3,32±0,1	<0,001
ПИ	0,75±0,02	1,12±0,03	<0,001
ИР	1,14±0,03	0,75±0,02	<0,001
В аорте плода			
С/Д	4,77±0,2	5,78±0,2	<0,001
ПИ	1,28±0,03	1,36±0,04	
ИР	0,76±0,03	0,71±0,03	
В средней мозговой артерии			
С/Д	4,42±0,1	4,8±0,2	<0,05
ПИ	1,22±0,03	1,37±0,04	<0,01
ИР	0,67±0,02	0,74±0,02	<0,05

Результаты анализа показателей кровотока показали достоверное увеличение индексов сосудистого сопротивления у беременных с МС. Так, показатели сосудистого сопротивления в МА у беременных с МС были выше нормативных величин, ПИ составил $0,69 \pm 0,02$ против $0,55 \pm 0,02$ в контроле ($P < 0,001$). Показатели кровотока в аорте плода были незначительно сниженными. Что касается показателей кровотока в артерии пуповины, то ПИ было повышено и составило $1,12 \pm 0,03$ против $0,75 \pm 0,02$ в контроле ($P < 0,001$). Исследования маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока у беременных с МС позволили выявить увеличение систоло-диастолического соотношения маточных артерий на 21,5% по сравнению с контролем, сопровождающихся постепенным снижением конечно-диастолической скорости кровотока при нарастании периферического сосудистого сопротивления, особенно на стороне плацентации.

Результаты проведенных исследований показали значимое увеличение индексов сосудистого сопротивления в АП и СМА плода у беременных с митральным стенозом. У 18 (41,9%) беременных не выявлено признаков нарушения кровотока в средней мозговой артерии, у 5 (11,6%) выявлено достоверное снижение индекса сосудистого сопротивления в СМА плода, что, по-видимому, свидетельствовало о компенсаторной централизации кровообращения в условиях сниженной плацентарной перфузии.

Подглава 4.4 диссертации. «Состояние новорожденных у женщин с митральным стенозом, акушерская тактика во время родов и

зависимость от способа родоразрешения» изучали новорожденных в зависимости от состояния их организма на момент родов. Полученные результаты служат контролем при оценке показателей гемодинамики у беременных с МС в зависимости от состояния организма на момент родов и с учетом вида порока сердца.

После информирования беременных о возможных положениях тела во время родов роженицам было предоставлено право выбора: 37 из 87 женщин в литотомическом положении (лежа на спине), 23 в положении сидя (полусидя), на корточках) и 27 в положении стоя (стоя, опираясь на стол и опираясь на кровать) рожали. В положении сидя и стоя женщинам предоставлялась свобода передвижения. Роженицы ходили, останавливались в момент боли, опирались на спинку кровати, общались со своими партнерами. Беременные женщины выбирали удобную позу во время родов. Результаты исследования акушерских показателей гемодинамики представлены в таблице 5.

Анализ характера гемодинамических показателей в процессе родов свидетельствует о постепенном увеличении МОС, который достигал максимальных значений в начале схваток и в среднем составил $8,1 \pm 1,8$ л/мин, и между схваток $7,5 \pm 1,8$ практически достигал значений существовавших на поздних стадиях беременности ($7,5 \pm 1,8$ л/мин). Наряду с увеличением МОС отмечалось увеличение УО с $86,7 \pm 12,5$ мл до родов до $89,7 \pm 12,2$ мл во время схваток, а между схватками значение УО в среднем составило $87,4 \pm 11,9$ мл. Повышение УО сопровождалось учащением сердечных сокращений, которое в конце I периода родов во время схваток достигло $90,4 \pm 13,5$ уд в мин.

Таблица 5

Гемодинамические показатели в родах у практически здоровых рожениц

В

I периоде родов (положение лежа на спине)

Изучаемые параметры	Обследованные беременные, n=50		
	До родов, n=50	Во время схваток, n=37	Между схваток, n=37
САД, мм рт.ст.	120,4±2,5	135,7±3,3***	128,8±3,1*
ДАД, мм рт.ст.	84,2±1,7	90,4±2,4*	80,6±2,4^^
ЧСС, в/мин	84,4±13,9	90,4±13,5	84,6±14,3
МОС, л/мин	7,3±1,7	8,1±1,8	7,5±1,8
УО, мл	86,7±12,5	89,7±12,2	87,4±11,9
КДО, см ³	134,2±12,1	134,8±12,1	136,6±12,5
КСО, см ³	47,5±5,2	45,1±4,5	49,2±4,2
УИ, мл/м ²	40,5±1,0	42,6±1,1	42,4±1,8
СИ, л/мин/м ²	3,5±0,3	3,2±0,4	3,6±0,4
ОПСС, дин·с·см ⁻⁵	1012,0±28,7	997,8±22,5	1000±22,7
ФВ, %	64,4±4,8	66,3±4,3	63,8±3,8

Примечание: * - различия относительно данных группы до родов значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001), ^ - различия относительно данных группы во время схваток значимы (^ - P<0,05, ^^ - P<0,01)

С началом родовой деятельности отмечается повышение АД. Динамика САД более выражена и в момент схватки САД в среднем составило $135,7 \pm 3,3$ против $120,4 \pm 2,5$ мм рт.ст до родов ($P < 0,001$). Что касается ДАД динамика была менее выражена и составила в момент схватки в среднем $90,4 \pm 2,4$ мм рт.ст. против $84,2 \pm 1,7$ мм рт.ст. перед родами. Во время маточных сокращений отмечалось снижение ОПСС в среднем до $997,8 \pm 22,5$ дин·с·см⁻⁵ и тенденция к увеличению отмечена в паузе между схватками ($1000,0 \pm 22,7$ дин·с·см⁻⁵). Результаты исследований показали увеличение ЧСС во время схваток до $90,4 \pm 2,4$ в мин. По мере снижения интенсивности маточного сокращения ЧСС замедлялась и в паузе в среднем равнялось $80,6 \pm 2,4$ в мин.

Таким образом, в процессе родов происходят выраженные гемодинамические сдвиги. Резкие перепады в показателях МОС во время родов, увеличивающиеся по мере усиления маточных сокращений, повышение УО и учащение ЧСС указывают на постепенное повышение нагрузки на сердце. Увеличение МОС частично зависит от объема крови поступающего в ОЦК из сосудов матки во время схватки. Возрастающее МОС и некоторое увеличение тонуса артериол, возникающее под влиянием болевого фактора, приводят к повышению АД и все эти изменения сказываются на состоянии маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока.

Таблица 6

Состояние плода и новорожденного в зависимости от положения тела роженицы

Изучаемые параметры	Обследованные беременные					
	Лежа на спине, n=21		Сидя, n=13		Стоя, n=16	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
8-10 баллов	10	$47,6 \pm 8,2$	9	$69,2 \pm 7,9^{**}$	15	$93,7 \pm 3,6^{***}$
6-7 баллов	5	$23,8 \pm 8,1$	4	$30,8 \pm 7,9^*$	1	$6,3 \pm 3,6^{***}$
4-5 баллов	3	$14,2 \pm 5,1$	0	0	0	0
1-3 баллов	0	0	0	0	0	0

Примечание: * - различия относительно данных группы лежа на спине значимы (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$)

По данным таблицы 6, при оценке новорожденных по шкале Апгар доля детей с низкими баллами у женщин, родивших в литотомическом положении, значительно выше, чем у родивших в вертикальном положении. Гипоксия плода и новорожденного ребенка более выражена у женщин, рожаящих в положении лежа.

Таким образом, при анализе течения родов у практически здоровых женщин в зависимости от положения тела в родах отмечено снижение частоты осложнений родового акта как для матери, так и для новорожденного. Клинические данные коррелируют с изменениями гемодинамических

параметров у беременных и характером кровотока в маточно-плацентарной системе.

Изучить различия состояния маточно-фетально-плацентарного кровотока у женщин с МС в зависимости от положения тела во время родов (табл. 7).

Таблица 7

Состояние маточно-плодово-плацентарного кровотока у рожениц с митральным стенозом в зависимости от положения тела в родах

Показатели кровотока	Обследованные беременные с МС				
	До родов n=130	Во время родов (I период), n=76			
		Лежа на спине, n=40		Стоя, n=36	
		Во время схваток	Между схватками	Во время схваток	Между схватками
В маточных артериях					
С/Д	2,4±0,1	2,5±0,1	2,3±0,1	2,4±0,1	2,1±0,1***
ПИ	0,7±0,02	0,8±0,03***	0,9±0,03***	0,8±0,02**	0,7±0,02 ^{ooo}
ИР	0,4±0,01	0,5±0,02***	0,5±0,01***	0,4±0,01***	0,5±0,01*** ^o
В артерии пуповины					
С/Д	2,8±0,1	3,5±0,1***	2,3±0,1***	2,4±0,1*** ^{^^}	2,2±0,1***
ПИ	1,1±0,03	1,2±0,04	0,9±0,04***	0,9±0,03*** ^{^^}	0,8±0,03***
ИР	0,8±0,02	0,9±0,03**	0,5±0,03***	0,7±0,02 ^{^^}	0,5±0,02***
В аорте плода					
С/Д	5,8±0,2	3,9±0,2***	4,0±0,2***	3,9±0,2***	3,9±0,2***
ПИ	1,4±0,1	1,4±0,04	1,4±0,1	1,4±0,04	1,3±0,04
ИР	0,7±0,02	0,8±0,03***	0,9±0,03***	0,8±0,03	0,8±0,02***
В СМА					
С/Д	4,8±0,1	3,6±0,1***	3,2±0,1***	3,5±0,2***	3,2±0,1***
ПИ	1,4±0,04	1,3±0,04*	1,1±0,4	1,2±0,04*	1,1±0,04***
ИР	0,8±0,02	0,7±0,03	0,6±0,02***	0,7±0,02**	0,6±0,02**

Примечание: * - различия относительно данных группы до родов значимы (** - P<0,01, *** - P<0,001), ^ - различия относительно данных группы лежа на спине во время схватки значимы (^^ - P<0,01), ^o - различия относительно данных группы лежа между схватками значимы (^o - P<0,05, ^{ooo} - P<0,001)

Результаты проведенного анализа показателей кровотока у 79 рожениц с МС в зависимости от положения тела в родах свидетельствуют о достоверном

увеличении показателей сосудистого сопротивления в МА, АП и аорте плода. Так, в МА ПИ в положении лежа на спине составил $0,8 \pm 0,03$ против $0,8 \pm 0,02$ в положении стоя, а ИР $0,5 \pm 0,02$ против $0,4 \pm 0,01$. В АП ПИ в литотомической позе в родах у рожениц с МС достоверно выше, чем в положении стоя ($1,2 \pm 0,04$ против $0,9 \pm 0,03$, $p < 0,001$). Что касается ИР, отмечено увеличение с $0,8 \pm 0,02$ перед родами до $0,9 \pm 0,03$ в положении лежа на спине, а в положении стоя $0,7 \pm 0,02$. Менее выраженная динамика индексов сосудистого сопротивления отмечена в аорте плода, при этом в положении лежа отмечено увеличение по сравнению с положением стоя (ИР $0,8 \pm 0,03$ против $0,8 \pm 0,03$ и ПИ $1,4 \pm 0,04$ против $1,4 \pm 0,04$). В СМА показатели ИР и ПИ заметно не изменились.

Изучено клиническое течение и гемодинамические параметры послеродового периода у беременных с МС в зависимости от тактики ведения III периода. Из них 17 беременным было проведено кесарево сечение, 100 беременных лечились консервативно, у 43 из них активно вели III период, а у 42 применялась тактика выжидания. Результаты сравнительного анализа представлены в таблице 8.

Таблица 8

Результаты анализа течения последового периода у беременных с МС в зависимости от тактики ведения

Изучаемые параметры	Активная, n=43		Выжидательная, n=42	
	абс.	%	абс.	%
Тошнота	6	$14,0 \pm 5,3$	2	$4,8 \pm 3,3$
Рвота	4	$9,3 \pm 4,4$	0	0
Объем кровопотери, в мл:				
- до 500,0	26	$60,5 \pm 7,5$	12	$28,6 \pm 7,6$
- 500,0-800,0	17	$39,5 \pm 7,5$	27	$64,3 \pm 7,0^{**}$
- 800,0-1000,0	0	0	3	$7,1 \pm 6,3^{**}$
- более 1 000,0	0	0	0	0
Ручное обследование полости матки	11	$25,6 \pm 6,7$	7	$16,7 \pm 5,8$

Примечание: * - различия относительно группы активной тактики ведения значимы (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$)

Последовый период у беременных с МС при активной тактике осложнился у 9,3% рвотой. Объем кровопотери, укладывающийся в нормативные показатели, отмечен у 60,5% против 31,6% при выжидательной тактике. Число женщин с кровопотерей 500,0-800,0 мл в 1,5 раза чаще регистрировались при выжидательной тактике (71,4% против 39,5%). Следует

отметить, что при выжидательной тактике у 21,4% кровопотеря составила 800,0-1000,0 мл. необходимость проведения ручного обследования полости матки чаще отмечены при активной тактике ведения последового периода.

Таблица 9

Гемодинамические показатели у рожениц с митральным стенозом в зависимости от тактики ведения III периода родов

Изучаемые параметры	Обследованные роженицы с МС			
	Активная тактика, n=43		Выжидательная тактика, n=42	
	Контрольная группа, n=30	Основная группа	Контрольная группа, n=30	Основная группа
САД, мм рт.ст.	116,6±3,7	120,4±2,8	110,4±3,5 [^]	108,6±3,4 ^{^^}
ДАД, мм рт.ст.	86,4±2,8	90,4±2,2	80,4±3,1 ^{^^}	78,0±2,4 ^{*^^}
ЧСС, в/мин	80,4±4,3	88,6±5,1	76,8±5,1	82,8±7,9
МОС, л/мин	7,2±0,8	5,3±0,6	6,8±0,7	5,4±0,9
УО, мл	89,6±8,0	59,8±6,3 ^{**}	88,7±6,3 [^]	65,2±8,8 [*]
КДО, см ³	136,7±7,2	105,5±6,0 ^{**}	138,2±6,1 ^{^^}	106,4±8,8 ^{**°}
КСО, см ³	47,1±2,7	45,7±2,8	49,5±3,2	41,2±3,9
УИ, мл/м ²	46,4±1,1	48,4±2,2	44,2±1,1	42,4±1,8 [^]
СИ, л/мин/м ²	4,4±0,17	4,8±0,18	4,2±1,4	4,0±1,2
ОПСС, дин·с·см ⁻⁵	1181±46,6	1280±37,6	1151±38,6 [^]	1049±36,6 ^{*^^^}
ФВ, %	65,5±2,9	56,6±3,4	64,1±2,5	61,1±4,3

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы активной тактики значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01), ^ - различия относительно данных основной группы активной тактики значимы (^ - P<0,05, ^^ - P<0,01), ° - различия относительно данных контрольной группы выжидательной тактики значимы (° - P<0,05)

Как следует из данных таблицы 9, при активной тактике ведения последового периода у рожениц с МС отмечаются более выраженные изменения гемодинамических параметров. Так, у рожениц при выжидательной тактике ведения наблюдалось снижение САД и ДАД, 108,6±3,4 мм рт.ст. против 120,4±2,8 мм рт.ст. (P<0,01) и 78,0±2,4 мм рт.ст. против 90,4±2,2 мм рт.ст. при активном ведении последового периода (P<0,01). При активной тактике значение МОС составило 5,3±0,6 л/мин против 5,4±0,9 л/мин при выжидательной тактике, при этом такой показатель МОС при активной тактике обусловлен только за учащения сердечных сокращений (90,4±2,2 против 78,0±2,4 уд/мин. при выжидательной тактике (P<0,01), так как

наблюдалось сравнительное снижение УО при активной тактике $59,8 \pm 6,3$ против $65,2 \pm 8,8$ мл при выжидательной тактике. ФВ также была ниже у рожениц при активной тактике - $56,6 \pm 3,4$ против $61,1 \pm 4,3$ в группе рожениц, у которых была применена выжидательная тактика.

Таким образом, результаты данного раздела проведенных исследований свидетельствуют, что при активном ведении III периода родов наряду с уменьшением кровопотери у беременных с МС отмечается усугубление гемодинамических нарушений. Рутинное профилактическое назначение утеротоников разительным образом не сказалось на гемодинамических показателях у практически здоровых рожениц. Вместе с тем, у женщин с МС при активной тактике ведения III периода отмечено достоверное повышение, как САД на 3,3%, так и ДАД на 4,6%, повышение ЧСС на 7,0%, ОПСС на 8,4% и уменьшении ФВ на 8,0%.

ВЫВОДЫ:

1. Результаты ретроспективного и проспективного изучения течения и исхода беременности и родов у женщин с ревматическими пороками сердца свидетельствуют о высоких показателях акушерских и перинатальных осложнений, частота и выраженность которых зависит от вида порока сердца, сопутствующих заболеваний и акушерской тактики.

2. Гемодинамические показатели в родах и кровотоки в сосудах МПК зависят от положения тела роженицы в родах. В литотомическом положении наблюдаются резкие колебания гемодинамических показателей, особо выраженные у женщин с митральным стенозом. Компенсаторное повышение ЧСС – на 15%, снижение МОС - на 17%, снижение УО - на 22% и ФВ на 10%. В положении сидя и стоя гемодинамические показатели подвергнуты меньшим колебаниям.

3. Анализ гемодинамических показателей у беременных с физиологическим течением гестационного периода свидетельствует о прогрессивном увеличении гемодинамических показателей по сравнению с небеременными женщинами фертильного возраста. Увеличение МОС отмечается начиная с I триместра беременности, достигая максимальных значений в 27-33 недели на 38,2%. АД снижается в сроке 6-12 недель с постепенным увеличением в сроке 27-33 недель на 10%, частота сердечных сокращений увеличивается на 19,5%.

4. У рожениц с МС активное ведение III периода родов сопровождалось ухудшением гемодинамических показателей, проявляющееся учащением ЧСС на 7%, снижением МОС на 5%, УО на 8,3% и ФВ на 8%.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.11.2023.Tib.114.01 for
SCIENTIFIC DEGREE AWARD at THE REPUBLICAN SPECIALIZED
SCIENTIFIC PRACTICAL MEDICAL CENTRE FOR MATERNAL AND
CHILD HEALTH**

**REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC PRACTICAL MEDICAL
CENTRE FOR MATERNAL AND CHILD HEALTH**

ABDUKARIMOVA NOZIMA TOSHPULATOVNA

**BASIS OF DIFFERENTIAL APPROACH TO CHOICE OF OBSTETRICAL
TACTICS IN PREGNANT WOMEN WITH MITRAL STENOSIS**

14.00.01 – Obstetrics and gynecology

DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF PhD

TASHKENT – 2025

The subject of the Doctor of Science dissertation was registered by the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under №B2022.3.PhD/Tib2991.

The dissertation has been done in the Republican Specialized Scientific Practical Medical Centre For Maternal And Child Health.

Abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, and English (resume)) has been posted on the websites of Scientific council (www.akusherstvo.uz) & Informational and educational portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz)

Scientific consultant:

Asatova Munira Miryusupovna
doctor of medical sciences, professor

Official opponents:

Mukhamadiyeva Saodathon Mansurovna
doctor of medical sciences, professor

Negmatullaeva Mastura Nurullaevna
doctor of medical sciences, professor

Leading organization:

Samarkand State Medical University

The defense will be held on « ____ » _____ 2025 at _____ at the meeting of the One-time 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) 263-33-14(371), E-mail: obs-gyn@mail.ru).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the the Republican Specialized Scientific Practical Medical Centre For Maternal And Child Health (reg № ____), (address: 132a Mirzo-Ulug'bek st, Tashkent, Uzbekistan, 100124 tel/fax: (+99871) 263-33-14, E-mail: obs-gyn@mail.ru).

Abstract of the dissertation has been sent on « ____ » _____ 2025.
(mailing report № ____ of « ____ » _____ 2025).

N.S. Nadirkhanova

The Chairman of the Scientific council to award of Scientific degrees, Doctor of Medicine

A.M. Babakhanova

Scientific secretary of the scientific council awarding scientific degrees, PhD

R.B. Yusupbaev

The Chairman of the Scientific Seminar at the Scientific council to award of Scientific degrees, Doctor of Medicine, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The urgency and relevance of the dissertation topic. In the world, cardiovascular diseases occur in 1-4% of all pregnancies, and the risk of perinatal complications is high, accounting for up to 10% of maternal mortality. At the same time, "...among rheumatic heart defects, increased mitral stenosis is 40%.

The object of the study: Pregnant women with mitral stenosis who gave birth in branches of the Republican Specialized Obstetrics and Gynecology Scientific and Practical Medical Center, RIO and BSIATM Namanga region branches (inpatient and outpatient treatment) were taken.

The scientific novelty is as follows:

by monitoring the main hemodynamic indicators during pregnancy, delivery and postpartum in patients with mitral stenosis (MS), it was possible to assess the nature of compensatory mechanisms, which helps to assess the risk of development of hemodynamic complications, the possibilities of prognosis, and the

implementation of special preventive and therapeutic measures; methodological approaches to evaluation and interpretation of changes in hemodynamics and uterine-fetal-placental blood flow in pregnant women with MS have been developed;

a differentiated approach to the evaluation of hemodynamic indicators of women was developed, taking into account the adaptive changes caused by the interaction of heart defects and pregnancy during pregnancy in women with MS; the effectiveness of modern technologies in conducting antenatal care, delivery and postpartum period for pregnant women with MS was studied;

indications and contraindications for prolonging pregnancy in women with MS have been revised.

Implementation of research results.

Approved on the basis of the expert opinion No. 12 u-t/8 dated November 7, 2023 of the Expert Council of the Scientific and Applied Medical Center of the Republic of Specialized Maternal and Child Health:

The structure and scope of the thesis. The structure of the dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, and a list of references. The volume of the dissertation is 120 pages of computer text.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Абдукаримова Н.Т., Асатова М.М. Фетоплацентарная недостаточность у беременных с хронической артериальной гипертензии // Журнал Новый день в медицине – Ташкент, 2021. - №3 (35\1), - С.326-328.
2. Абдукаримова Н.Т. Ретроспективный анализ течение родов и послеродового периода у беременных с митральным стенозом // Журнал Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья – Ташкент, 2022. - №3-4. - С. 20-23. (14.00.00; №11).
3. Абдукаримова Н.Т., Асатова М.М. Состояние маточно-плацентарно-плодового кровообращения у беременных с митральным стенозом // Журнал Вестник врача – Самарканд, 2022. - №2.1, - С.13-15.
4. Abdugarimova N.T., Asatova M.M. Features of the course of labor and the postpartum period in pregnant women with mitral stenosis // Journal of Reproductive health and uro-nephrology Research – Tashkent, 2023. - № 4.- P. 229-234.
5. Abdugarimova N.T., Asatova M.M., Dauletova M.J. Analysis of the course of childbirth/delivery and the postpartum period in pregnant women with mitral stenosis // Journal of Reproductive health and uro-nephrology Research – Tashkent, 2023. - № 4.- P. 467-470.
6. Asatova M. M., Abdugarimova N. T., Dauletova M. J. Analysis of the Course of Childbirth/Delivery and the Postpartum Period in Pregnant Women with Mitral Stenosis // American Journal of Medicine and Medical Sciences. USA, 2023, 13(4): P. 467-470.

II бўлим (II часть; part II)

1. Абдукаримова Н.Т. Оценка кровотока в системе мать-плацента-плод у беременных с митральным стенозом // XXIII Всероссийский научно-образовательный форум Мать и дитя. 28-30 сентябрь, 2022, Москва. – С.3-4.
2. Абдукаримова Н.Т. Особенности маточно-плацентарно-плодового кровотока у беременных с митральным стенозом // International scientific and practical conference on Modern methods of diagnosis and treatment gynecological diseases. 2 декабрь, - 2022, Андижан. – С.3-4.
3. Абдукаримова Н.Т., Асатова М.М., Даулетова М.Ж. Клинические и гемодинамические показатели у рожениц с митральным стенозом в зависимости от метода родоразрешения // XVII Международный конгресс по репродуктивной медицине. 17-20 январь, - 2023, Москва. – С.4-5.
4. Абдукаримова Н.Т., Асатова М.М., Даулетова М.Ж. Особенности течения послеродового периода и состояние новорожденных у женщин с митральным стенозом в зависимости от акушерской тактики // Актуальные проблемы гинекологии Международный научно-практический конференции. 2023, Фергана. -С.20-28.

5. Абдукаримова Н.Т., Асатова М.М., Даулетова М.Ж. Анализ течение родов и послеродового периода у беременных с митральным стенозом // Журнал Акушерство, гинекология и перинатология. Казахстан, 2023. - №1 (91), - С.33-35.

6. Абдукаримова Н.Т., Асатова М.М., Даулетова М.Ж. Совершенствование тактики ведения беременности и родов при митральном стенозе // Методические рекомендации. – Ташкент, 2023.

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

1715



Босишга рухсат этилди: 27.06.2025 йил
Бичими 60x84 ¹/₁₆. «Times New Roman»
гарнитурда рақамли босма усулда чоп этилди.
Шартли босма табоғи 3,25. Адади 100. Буюртма № 204

**«Fan va ta'lim poligraf» MChJ босмахонасида чоп этилди.
Тошкент шаҳри, Дўрмон йўли кўчаси, 24-уй.**

