

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

---

**ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ**

**АН АНДРЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ**

**ТАНГ ҲОЛАТЛАРДАГИ ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРГА  
ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ ОШИРИШ**

**14.00.33-Жамият саломатлиги. Соғлиқни сақлашда менежмент  
14.00.01-Акушерлик ва гинекология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ ДОКТОРИ (DSc) ДИССЕРТАЦИЯСИ  
АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ -2020**

**Фан доктори диссертацияси (DSc) автореферати мундарижаси**  
**Оглавление автореферата диссертации доктора наук (DSc)**  
**Content of the dissertation abstract of doctor of Science (DSc)**

**Ан Андрей Владимирович**

Танг ҳолатлардаги ҳомиладор аёлларга тиббий  
ёрддам сифатини ошириш..... 3

**Ан Андрей Владимирович**

Повышение качества оказания медицинской помощи  
беременным с критическими состояниями ..... 26

**An Andrey Vladimirovich**

Improvement of quality of providing medical care to  
pregnant women with critical conditions ..... 49

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works..... 53

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

---

**ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ**

**АН АНДРЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ**

**ТАНГ ҲОЛАТЛАРДАГИ ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРГА  
ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ ОШИРИШ**

**14.00.33-Жамият саломатлиги. Соғлиқни сақлашда менежмент  
14.00.01-Акушерлик ва гинекология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ ДОКТОРИ (DSc) ДИССЕРТАЦИЯСИ  
АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ -2020**

**Фан доктори (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2019.4.DSc/Tib402 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Тошкент врачлар малакасини ошириш институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) илмий кенгаш веб-саҳифасида ([www.tashpmi.uz](http://www.tashpmi.uz)) ва «ZiyoNet» Ахборот-таълим порталида ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)) жойлаштирилган.

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

**Расмий оппонентлар:** **Искандарова Шахноза Тулкиновна**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор  
**Ли Дон Ук**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор  
**Юсупов Усман Юлдашевич**  
тиббиёт фанлари доктори

**Етакчи ташкилот:** **«А.И. Евдокимов номидаги Москва давлат тиббиёт-стоматология университети» федерал давлат бюджет ташкилоти (Москва)**

Диссертация ҳимояси Тошкент педиатрия тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2020 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100140, Тошкент ш., Юнусобод тумани, Боғишамол кўчаси, 223 уй. Тел./факс: +99871-262-33-14, e-mail: [mail@tashpmi.uz](mailto:mail@tashpmi.uz)).

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

Диссертация автореферати 2020 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ кунни тарқатилди.  
(2020 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).



**А.В. Алимов**

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

**Э.А. Шамансулова**

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

**Д.И. Ахмедова**

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

## КИРИШ (докторлик диссертацияси (DSc) аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Сўнгги йилларда дунё мамлакатларида ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврнинг оғир асоратлари туфайли бир ўлимдан қолган аёлларда критик акушерлик ҳолатини тавсифловчи кўрсаткичларга катта эътибор қаратилмоқда. Бундай ҳолатларда беморлар ҳаёт сифатининг пасайиши ва ўлим ҳолатининг ортиши билан фарқланади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти маълумотига кўра, «...оналик ва болалиқни муҳофаза қилиш соғлиқни сақлаш тизимининг устувор вазифаси бўлиб қолмоқда. Аёллар ўлимининг 50-98% ини ҳомиладорликдаги қон кетиш, инфекция, презекламписия ва улар билан боғлиқ асоратлар, 63-80% ини туғруқ ва туғруқдан кейинги даврдаги ҳолатлар ташкил қилмоқда». Ҳомиладорликда келиб чиқадиган критик ҳолатлар гўдақлар ўлимига ҳам сабаб бўлмоқда. Ҳомиладор аёллар критик ҳолатларида аёллар ўлимининг юқорилиги ўз навбатида, унинг хавфини олдини олиш ва тиббий ёрдам сифатини ошириш чора-тадбирларни амалга оширишни тақозо этмоқда.

Жаҳон миқёсида ҳомиладорликдаги критик ҳолатлар, жумладан туғруқ ва туғруқдан кейинги даврнинг оғир асоратларнинг ривожланиш хавфи, уни эрта босқичда ташхислаш, даволаш ва профилактика усулларини такомиллаштиришга йўналтирилган илмий-тадқиқотларга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада акушерлик ёрдами хизматини оптималлаштириш, оналар ўлими ва перинатал ўлимни қисқартириш, оналар ўлимида ижтимоий-гигиеник ва тиббий омилларнинг аҳамиятини аниқлаш, акушерлик қон кетишларига боғлиқ критик ҳолатларнинг ривожланиш хавфини комплекс баҳолаш, ҳомиладор ва туққан аёлларда юзага келадиган асоратларни эрта ва аниқ ташхис усуллари ва даволаш йўллари ишлаб чиқиш, ҳомиладорликни юритишнинг клиник ва ташкилий ёндошувларини ишлаб чиқиш ҳамда керакли профилактик тадбирларини белгилаш соҳа мутахассислари олдида турган долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади.

Мамлакатимиз аҳолисини ижтимоий ҳимоя қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш, айниқса оналик ва болалиқ муҳофазасига алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирларида «...оналар ва болаларнинг сифатли тиббий хизматдан фойдаланишни кенгайтириш, уларга ихтисослаштирилган ва юқори технологияларга асосланган тиббий ёрдам кўрсатиш, чақалоқлар ва болалар ўлимини камайтириш бўйича комплекс чора-тадбирларни янада кенгроқ амалга ошириш»<sup>1</sup> вазифалари белгиланган. Бу борада жумладан аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш сифатини янги босқичга кўтариш, айниқса, репродуктив ёшдаги аёлларда критик ҳолатлар ривожланиш хавфини олдини олиш ва даволашга янги ёндошувлар ишлаб чиқиш муҳим аҳамият касб этади.

<sup>1</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 июндаги «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПҚ–3071-сон Қарори.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ва 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарори 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 боғлиқлиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий тадқиқотлар шарҳи<sup>2</sup>.** Танг ҳолатлардаги ҳомиладор аёлларга тиббий ёрдам сифатини оширишга йўналтирилган илмий тадқиқотлар жаҳоннинг етакчи илмий марказлари ва олий таълим таълим муассасаларида, жумладан: University of Colorado Denver; University of Florida (АҚШ), University of Oxford (Англия), University of Rome Sapienza (Италия), Institute for Quality and Efficiency in Health Care, Germany (Германия), Universidade Nova de Lisboa (Португалия), Jiao Tong University, Shandong University (Хитой), Tzu-Chi University, National Yang-Ming University, National Chiao-Tung University, Fong-Yuan Hospital (Тайван), Comenius University (Словакия), University of Oulu, Tampere University (Финландия), University Montreal, University of Calgary (Канада), Санкт-Петербург Отта номидаги илмий тадқиқот институти (Россия Федерацияси), Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази (Ўзбекистон Республикаси)да олиб борилмоқда.

Жаҳонда ҳомиладор аёлларга тиббий ёрдам сифатини ошириш, оналар саломатлигини яхшилаш, критик ҳолатлар (near miss) ва оналар ўлимини қисқартиришга йўналтирилган илмий тадқиқотлар юзасидан қатор, жумладан, қуйидаги илмий натижалар олинган: ҳомиладорлар критик ҳолатларида оналар ўлимини камайтириш мақсадида тез тиббий ёрдам кўрсатиш тизимига янги ёндошувлар ишлаб чиқилган (Odense University, Дания); реанимациядан сўнг тирик қолган аёллар саломатлиги касалхонадан чиққанидан кейин уларнинг ҳар бешинчисида ҳаёт сифатининг пасайиши аниқланган (University of Rome Sapienza, Италия); гистерэктомия билан боғлиқ туғруқдан кейинги қон кетишлар эпидемиологияси ва оқибатлари турли миллат аёлларида аниқланган (Universidade Nova de Lisboa, Португалия); туғруқдан кейинги даврда юзага келадиган кўп қон кетишни

---

<sup>2</sup> Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий тадқиқотлар шарҳи: <http://oxford.university-guides.com>, [www.washington.edu](http://www.washington.edu), <https://www.universityofcalifornia.edu>, <http://weill.cornell.edu>, <http://upci.upmc.edu>, <http://publichealth.med.miami.edu>, <https://www.mrc.ac.uk>, <http://www.ssmu.ru>, <http://www.ksma.ru>, <http://www.rudn.ru>, <http://patient.ncagp.ru>, <http://www.tma.uz> ва бошқа манбалар.

юретиш бўйича протоколлар ишлаб чиқилган (University of Oulu, Финляндия; National Institute of Endocrinology, Куба; Institute for Quality and Efficiency in Health Care Germany, Германия); акушерлик ва гинекологияда тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини оптималлаштиришнинг клиник ва ташкилий жиҳатлари бўйича стандартлар ишлаб чиқилган (Санкт-Петербург Отта номидаги илмий тадқиқот институти, Россия Федерацияси).

Бугунги кунда жаҳон миқёсида ҳомиладор аёлларга тиббий ёрдам сифатини ошириш, оналар саломатлигини яхшилаш, критик ҳолатларда оналар ўлимини қисқартириш бўйича қатор, жумладан, қуйидаги устивор йўналишларда илмий-тадқиқот ишлари олиб борилмоқда: томирлар тонуси ва микроциркуляция ўзгаришининг гестация бузилишига боғлиқлигини аниқлаш; ҳомиладор ва туққан аёлларда эрта ва аниқ ташхис усуллари, даволаш ва профилактика йўллари ишлаб чиқиш; эритроцитлар метаболизми ва бачадон-плацентар қон айланиш ҳолати боғлиқлигини аниқлаш; перинатал касалланиш, ногиронлик ва ўлим ҳолатларини камайтиришга қаратилган тадбирларни такомиллаштириш; оналар ўлимида ижтимоий-гигиеник ва тиббий омилларнинг аҳамиятини аниқлаш, акушерлик қон кетишларига боғлиқ критик ҳолатларнинг ривожланиш хавфини комплекс баҳолаш, ҳомиладорларни юретишнинг клиник ва ташкилий ёндошувларини ишлаб чиқиш ҳамда керакли профилактик тадбирлар бўйича самарали дастурларни яратиш.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Ўтган асрнинг охиридан бошлаб, аксарият мамлакатларда тиббий ёрдам, хусусан акушерлик ёрдами сифатини яхшилаш соғлиқни сақлаш тизимининг кун тартибидаги асосий масалага айланган. Замонавий хорижий адабиётларда акушерлик қон кетиши, преэклампсия, эклампсия, сепсис, ЭГК ва аборт оқибатлари туфайли юзага келадиган критик акушерлик ҳолатлари ҳақида ахборотлар мавжуд (Кукарская И.Н. 2012; Лебеденко Е.Ю., Михельсон А.Ф., Розенберг И.М. 2015; Eimer G, O'Milley, Popivanov P., Souza I.P., Cecatti I.G., Faundes A. 2010). Оўни олдини олиш учун мазкур ҳолатларни аниқлаш зарурати асосланган, мезонларни ҳисобга олган ҳолда near miss га баҳо берилган (Souza I.P., Cecatti I.G., Faundes A. 2010; Souza I.P., Cecatti I.G., Faundes A. 2012). Критик ҳолатлар, массив акушерлик қон кетишларини аниқлаш ва ўз вақтида кўрсатиладиган тиббий ёрдамни мақбуллаштиришга ёндошиш, мазкур оғир ҳолатлар ва уларнинг оқибатларини бошқариш масалалари бўйича эпидемиологик ва клиник тадқиқотлар ўтказилмоқда (Grear K.E., Bushnell C.D. 2013). Near miss ҳолати мезонларини тўғри аниқлаш, миқдорий баҳолаш, уларнинг турли минтақаларда тарқалишини янги тавсифлари ва юзага келиш сабабларини аниқлашга уринишлар бўлмоқда (Shreastha I., Shrestha Pr., Tuladher R., 2015; Shreastha I., Shrestha Pr., Tuladher R. 2012, Shreastha I., Shrestha Pr., Tuladher R. 2016).

Ўзбекистонда кейинги ўн йиллар давомида Оў муаммоси кўпчилик тадқиқотчилар ва соғлиқни сақлаш ташкилотчиларини қизиқтириб келмоқда Оўнинг клиник жиҳатлари Асатова М.Ю., 2013; Пахомова Ж.Е., 2010,

Нажмутдинова Д.К., 2017; Аюпова Ф.М., 2013; Каримова Д.Ф., 2009; 2012 ва бошқаларнинг ишларида акс эттирилган. Акушерлик қон кетишларини даволаш (аъзо сақловчи, қон сақловчи ва бошқа)га янгича ёндошувлар ўрганилмоқда (Акпербекова И.С. 2016; Султанов С.Н.2011; Пахомова Ж.Е. 2016). Преэклампсиянинг оғир шакли мавжуд ҳомиладорларда гемостаз кўрсаткичлари ва уларнинг башоратлашни аҳамияти (Аюпова Ф.М., 2013; Султанов С.Н.,2015; Каримов А.Х., 2016; Асранкулова Д.Б., Ахмедова Н.М., 2014; Бекбаулиева Г.Н., 2015), ОЎни олдини олиш мақсадида ЭГК мавжуд ҳомиладорларда туғруқларни юритишга ёндошувларни излаш давом этмоқда (Асатова М.Ю. 2013; Султанов С, Н, Бабанов Б.Х. 2012; Ниязметов Р.Э. 2016). Анестезиологик тактика ва операцион-анестезиологик хавфни камайтириш йўллари қайта кўриб чиқилмоқда (Сименихин А.А., Юсупбаев Р.Б.2013; Сименихин А.А., Ким Е.Д. 2016).

Бироқ, мазкур тадқиқотларда патологик жараённинг клиник хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда критик ҳолатлар тузилмаси етарлича аниқланмаган, мазкур ҳолатларни юзага келиши ва ривожланишида ташкилий, тиббий-ижтимоий ва клиник омилларнинг роли комплекс таҳлил қилинмаган. Критик ҳолатлар мавжуд ҳомиладор аёлларда ўтказилган даво чоралари сифати ҳомиладорликни натижасига мос равишда баҳоланмаган ва муаммонинг долзарблигига қарамай, юқорида қайд этилган барча муаммолар комплекс аниқланмаган. Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, критик ҳолатларда ҳомиладор аёлларга тиббий ёрдам сифатини ошириш бўйича тадқиқотлар ўтказиш илмий ва амалий жиҳатидан долзарб ҳисобланади.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Тошкент врачлар малакаси ошириш институти илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ №02090010 «Инфекцион, гигиеник, техноген ва экологик омилларнинг аҳоли саломатлигига таъсири» (2010-2017 йй.) мавзуси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** танг ҳолатлардаги ҳомиладор аёлларга тиббий ёрдам сифатини ошириш ва унинг ташкилий жиҳатларини ишлаб чиқишдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

оналар ўлими динамикаси ва тузилмаси ҳамда унинг юзага келиши ва ривожланишида ташкилий, ижтимоий-гигиеник ва тиббий омилларнинг аҳамиятини аниқлаш;

акusherлик қон кетишларида критик ҳолатлар ва оналар ўлимининг қиёсий клиник-статистик таҳлиллаш;

критик ҳолатли ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик натижаларига мос равишда ўтказилган клиник тадбирлар сифатини баҳолаш;

акusherлик амалиётида замонавий технологияларни жорий этиш самарадорлигини баҳолаш;

акusherлик қон кетишларига боғлиқ критик ҳолатларнинг ривожланиш хавфини комплекс равишда яхлит баҳолаш;



акушерлик амалиётида оналар ўлимини пасайтиришга йўналтирилган критик ҳолатлари мавжуд ҳомиладорларни юритишнинг клиник ва ташкилий ёндошувларини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 2002-2016 йилларда Тошкент шаҳрида қайд этилган оналар ўлими ҳолатларининг ретроспектив таҳлили ҳамда Тошкент шаҳар перинатал маркази, 5-, 6- ва 7-сон шаҳар туғруқ комплекслари назоратида бўлган 112 нафар критик ҳолатли ҳомиладор ва туққан аёллар билан 142 нафар критик ҳолати бўлмаган акушерлик қон кетган аёллар ҳолатларининг проспектив таҳлили олинди.

**Тадқиқотнинг предмети** сифатида оналик ва болаликни муҳофаза қилиш хизматидаги ташкилий-функционал ўзгаришлар, оналар ўлими кўрсаткичлари тавсифи, критик ҳолатлар ривожланишининг хавф омиллари, критик ҳолатли ҳомиладорлик ва туғруқларни юритишдаги камчиликлар ҳамда тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини назорат қилиш усуллари, шунингдек клиник аудит олинди.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотда ижтимоий-гигиеник, умумклиник, инструментал, вирусологик, гистологик, эксперт баҳолаш, аудит ва статистик усуллардан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

илк бор критик ҳолатлар ва оналар ўлимини пасайтиришга қаратилган самарадор табақалаштирилган сифат кўрсаткичлари ишлаб чиқилган;

илк бор ҳомиладорлар қон кетишида критик ҳолатлар ривожланишини эрта аниқлаш ҳамда ушбу ҳолатлар хавф омилларини индивидуал прогнозлаш жадвали ишлаб чиқилган;

илк бор „near miss“ ва оналар ўлими ривожланиши хавф омиллари ўхшашлиги ҳамда оналар ўлимини камайтириш учун акушерлик критик ҳолатларини аниқлаш афзаллиги исботланган;

илк бор асоратли туғруқлар билан кечадиган ҳомиладорликни стандартлашган ёндошувлар ва индивидуал прогнозлаш асосида комплекс олиб боришнинг иқтисодий самарадорлиги исботланган;

акушерлик муассасалари аудитида юқори даражада сезгирлик ва ўзига хослик билан оналар ўлимининг ҳар бир ҳолатини тўлиқ баҳолаш имконини берувчи ҳамда тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини баҳолашнинг махсус индикаторлари ишлаб чиқилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

илк бор акушерлик амалиётида бир хилдаги клиник вазиятларда критик ҳолатлар ва ўлим оқибатларининг қиёсий таҳлилинини ўтказиш зарурати илмий асосланган;

акушерлик муассасалари амалиётида тиббий ёрдам сифатини назорат қилиш учун акушерлик аудит ўтказиш зарурати исботланган;

критик ҳолатларда аудит дастурларини тузишда сезгирлик ва ўзига хослик бўйича олдиндан синов ўтказиш билан тиббий ёрдам кўрсатиш жараёни сифатини баҳолаш имконини берувчи акушерлик ёрдамнинг махсус индикаторларини киритиш зарурати исботланган.

эксперт баҳолаш асосида критик ҳолатлар ва оналар ўлимига олиб келувчи турли омилларнинг ўхшашлиги ва қиёсланиши оналар ўлимини пасайтиришга имконият яратиши аниқланган;

хомиладор ва туғруқдаги аёлларни юритишнинг ишлаб чиқилган стандартлашган ёндошувлари ва экстремал ҳолатларда даволаш тактикаси илмий асосланган.

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

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти танг ҳолатлардаги хомиладор аёлларга тиббий ёрдам сифатини ошириш „near miss” ва оналар ўлими ривожланиши хавф омиллари ўхшашлиги ҳамда оналар ўлимини камайтириш учун акушерлик критик ҳолатларини аниқлаш, кўп қиррали таҳлил асосида акушерлик амалиётига замонавий технологиялар ва аудитни жорий этиш критик ҳолатлар ва оналар ўлимини пасайтиришга қаратилган клиник ва ташкилий чоралар комплекси самарадорлиги, қон кетишларда критик ҳолатлар ривожланишининг хавф омилларини комплекс равишда яхлит баҳоланган ва мазкур ҳолат ривожланишининг индивидуал прогнозлаш учун башоратлаш хомиладор аёллар танг ҳолатлар патогенезининг янги жиҳатларини очиш имконини бериши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти танг ҳолатлардаги хомиладор аёлларга тиббий ёрдам сифатини оширишда акушерлик амалиётида бир хилдаги клиник вазиятларда критик ҳолатлар ва ўлим оқибатларининг қиёсий таҳлилининг ўтказиш, тиббий ёрдам сифатини назорат қилиш учун акушерлик аудит ўтказиш, хомиладор ва туғруқдаги аёлларни юритишнинг ишлаб чиқилган стандартлашган ёндошувлар ва экстремал ҳолатлардаги даволаш тактикаси ва уларнинг тадбиқ этилганлиги касалликнинг ривожланишини олдини олиш, даволаш самарасини ошириш ҳамда аёлларни хомиладорлик даврида эрта соғломлаштириш, оналар ўлимини пасайтириш имконини бериши билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Танг ҳолатлардаги хомиладор аёлларга тиббий ёрдам сифатини ошириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Акушерлик қон кетишларида критик ҳолатларнинг ривожланиш хавфини башоратлаш» номли услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 27 сентябрдаги 8н-д/199-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома хомиладорларда танг ҳолатлар ривожланиш хавфи ва оғирлик даражасини эрта аниқлаш, касаллик

кечишини башорат қилиш ва ўз вақтида даволаш чора-тадбирларини қўллашга хизмат қилган;

хомиладор аёлларга танг ҳолатлар ривожланиш хавфи, оғирлик даражасини аниқлаш ва тиббий ёрдам сифатини ошириш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш тизимига, жумладан, Тошкент шаҳар перинатал маркази ва 6-сон туғруқ комплекси амалиётларига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 3 мартдаги 8н-з/25-сон маълумотномаси). Жорий қилинган натижалар хомиладорлик даврида танг ҳолатлар ривожланиш хавфини олдини олиш, касаллик асоратларини камайтириш ҳисобига оналар ўлими кўрсаткичларини пасайтириш ҳамда уларни стационарда даволаниш муддатини қисқартириш билан тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини оширишга имкон яратган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 5та халқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 32 та илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш учун тавсия этилган илмий нашрларда 22 та мақола, жумладан, 3 таси республика ва 19 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиш ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, 6-та боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловадан иборат. Диссертациянинг ҳажми 200 бетни ташкил этади.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объект ва предметлари тавсифланган, Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ҳамда амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Акушерлик амалиётида оналар ўлими ва критик ҳолатларнинг тарқалганлиги ва уларга тиббий ёрдам сифатининг таъсири**» деб номланган биринчи бобида дунёнинг турли минтақаларида оналар ўлими ва критик ҳолатлар эпидемиологияси шарҳи тақдим этилган, сифатни баҳолашнинг турли хил воситаларига асосланган ҳолда акушерликдаги критик ҳолатларда тиббий ёрдам кўрсатишга замонавий ёндошувлар ёритилган, Ўзбекистонда репродуктив саломатлик динамикаси келтирилган.

Диссертациянинг «**Текширилган хомиладорлар тавсифи ва қўлланилган тадқиқот усуллари**» деб номланган иккинчи бобида қўйилган

вазифалар, материаллар тўплаш усуллари, тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлашни ҳисобга олган ҳолда тадқиқот объекти ва материаллари тавсифи келтирилган.

Қўйилган мақсадга эришиш учун шаҳар перинатал маркази ва Тошкент шаҳридаги 5,6,7-сонли туғруқ мажмуаларида кўп қиррали комплекс, ижтимоий-гигиеник, клиник, тиббий-статистик ва таҳлилий, ретроспектив ва проспектив тадқиқотлар ўтказилди. Ҳар бир тадқиқот вазифаси учун кузатиш объекти ва ҳажми, ҳал қилиш усуллари, ҳисобга олиш ва ҳисобот ҳужжатлари белгиланди.

Тошкент шаҳридаги оналар ўлими динамикаси ва тузилмасини ўрганиш учун 2002-2008 ва 2009-2016 йилларда (209 ҳолат) «Саломатлик ва тиббий статистика институти»нинг Тошкент шаҳри филиали ва Ўзбекистон Республикаси инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси ҳудудий бўлинмасининг статистик тўпламлари ҳамда даволаш профилактика муассасалари фаолияти ҳақидаги ҳисоботлар, ҳомиладор ва туққан аёлларга тиббий ёрдам кўрсатиш, контрацепция, абортлар ҳақидаги ҳисоботлар (Тошкент ш. Соғлиқни сақлаш бош бошқармаси)дан маълумотлар кўчирилди.

Ўртача икки вақт оралиғида ОЎ кўрсаткичлари, уларнинг ўртача хатоси ва иккита вақт оралиғидаги кўрсаткичлар фарқларининг ишончлилик мезонлари ҳисоблаб чиқилди, туғилиш даражаси ва оналар ўлими орасидаги алоқани аниқлаш учун - корреляция коэффиценти, ўрганилган даврларда ОЎдаги тебраншларда қандайдир бир аҳамиятга эга тенденцияни аниқлаш учун - «интеграция» нопараметрик мезонлари ҳисобланди, энг кичик квадратлар усулида динамик қаторларни текислаш ва текисланган маълумотлар экстраполяцияси амалга оширилди.

Патологик жараённинг клиник хусусиятлари ва ОЎнинг ривожланишида ташкилий, ижтимоий-гигиеник ва тиббий омилларнинг ролини ўрганиш учун 2002-2008 йилларда Тошкент шаҳридаги оналар ўлимининг барча ҳолатлари 127 та туғруқ карталари, реанимацияда бемор ҳолатининг асосий кўрсаткичлари варақаси, наркоз карталари, мурдани патологоанатомик ёриш актлари, ҳомиладор ва туққан аёлларнинг шахсий карталари, ҳомиладор аёлларнинг уй карталари, амбулатор карталар, экспертлар рецензияси ва бошқа ҳисобга олиш ҳужжатларидан олинган маълумотлар махсус ишлаб чиқилган саволномага кўчирилди.

Акушерлик қон кетиши бўйича критик ҳолатлар ва ОЎни қиёсий клиник-статистик таҳлилини ўтказиш, шунингдек ҳомиладорлик натижасига мос равишда (вафот этган ва зўрға тирик қолган) критик ҳолат ривожланган ҳомиладор аёлларда амалга оширилган клиник тадбирлар сифатини баҳолаш учун массив акушерлик қон кетишлари билан критик ҳолатда бўлган 112 нафар ва ўлим ҳолати юзага келган 29 нафар аёлнинг клиник ва ижтимоий-гигиеник тавсифи ўрганилди. Худди оналар ўлими ҳолатларида бўлгани каби критик ҳолат ривожланган аёлларда ҳам патолого-анатомик ёришдан ташқари юқорида қайд этилган ҳисобда турувчи тиббий ҳужжатлардан

олинган барча маълумотлар таҳлил қилинди. Бунда мазкур аёлларнинг тиббий-биологик ва ижтимоий, шунингдек уларда патологик жараённинг кечишини клиник ўзига хос хусусиятлари, кўрсатилган тиббий ёрдам тавсифи ва ҳажми (I бўғин ва стационарда) ҳақидаги маълумотлар олинди. Натижада клиник-эксперт таҳлил асосида «вафот этган» ва «бир ўлимдан қолган» аёлларнинг турли гуруҳларида ўрганилган хусусиятларни таққослашга муваффақ бўлинди. Кейинчалик кўрсатилган аёллар гуруҳларида барча ўрганилган кўрсаткичлар бўйича қиёсий тиббий-статистик таҳлил ўтказилди. Бу айрим хавф омиллари, жумладан, ҳомиладорлик ва туғруқни юритиш бўйича клиник ва тиббий-ташқилий ҳамда массив акушерлик қон кетиши мавжуд аёлларда туғруқ натижасига таъсир қилувчи ижтимоий-гигиеник омилларнинг аҳамияти даражасини аниқлаш имконини берди.

Шу мақсадда ҳар бир белгининг ҳар бир градацияси бўйича ҳақиқатга яқинлик нисбати коэффициенти, нисбий хавф ва ҳар бир белги бўйича вазн индекси ҳисоблаб чиқилди.

Ҳомиладор ва туғруқдаги аёлларга тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини баҳолаш мақсадида аудит ўтказиш бўйича иккита дастур ишлаб чиқилди, мазкур дастурлар асосида Тошкент шаҳридаги барча 13 та туғруқ комплексларида туғруқдан кейинги даврда қон кетиши протоколи (стандарт)ни бажарилиши юзасидан ташқи аудиторлик текшируви ўтказилди.

Критик ҳолатларда тиббий ёрдам кўрсатиш сифати бўйича аудит ўтказиш учун қўшимча равишда стационар акушерлик ёрдамнинг 4 та махсус индикатори “Туғри ва ўз вақтида ташҳис қўйиш”, “Кўрсатиладиган тиббий ёрдамнинг сифати ва адекват ҳажми” ишлаб чиқилди, ҳисоблаб чиқилди ва таҳлил қилинди. Махсус формулалар бўйича уларнинг юқори сезгирлиги ва ўзига хослиги аниқланди.

Акушерлик қон кетишларида критик ҳолатларни ривожланиш хавфини башорат қилиш учун шу туғруқ комплексларидаги акушерлик қон кетиши билан 283 нафар, критик ҳолатлар билан 141 нафар ва ижобий натижа билан 142 нафар аёлларда туғруқнинг кечиши ва туғруқ натижаларининг таҳлили ўтказилди.

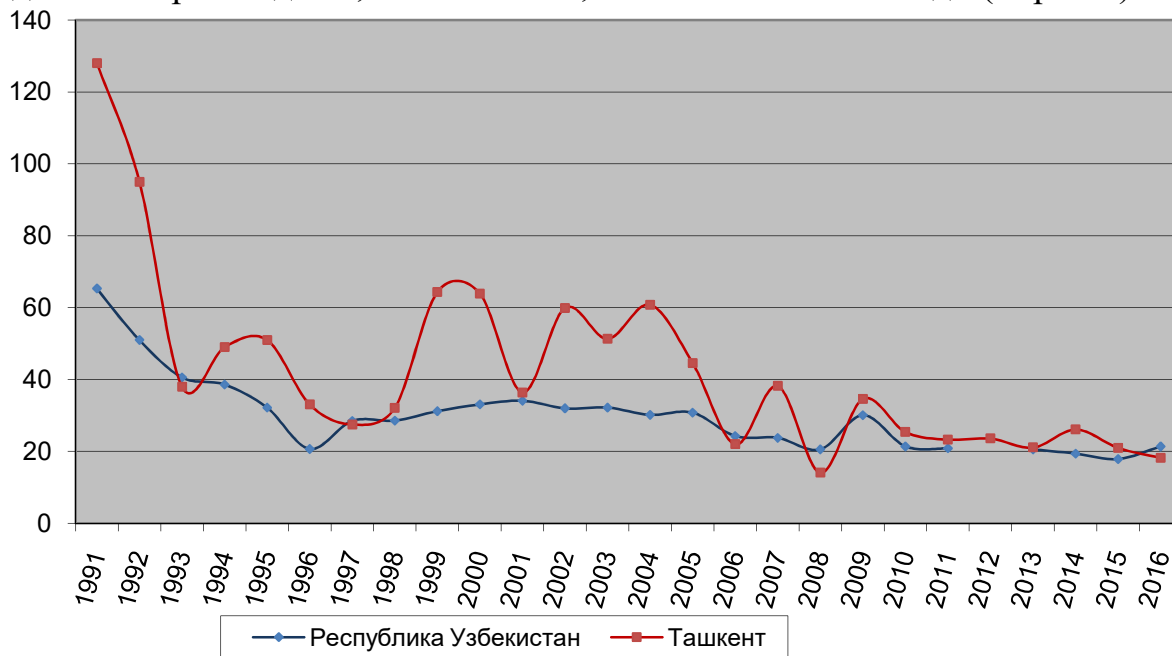
Туғруқлар тарихи, ҳомиладор ва туққан аёлларнинг шахсий карталари, амбулатор карта ва бошқалар кўп томонлама эксперт таҳлилдан ўтказилди. Бунда акушер-гинекологларнинг ўз фаолиятида замонавий перинатал технологиялардан фойдаланишига алоҳида эътибор қаратилди.

Ўрганилган аёллар гуруҳларида барча анамнез, клиник, лаборатория маълумотлари статистик таҳлил қилинди. Олинган рақамлали натижалар вариацион статистика усулида қайта ишланди. Нисбий ва ўртача қийматлар, уларнинг хатолари, таққосланадиган гуруҳлар орасидаги Стьюдент ишончлилиқ коэффициенти, корреляция коэффицентлари, интеграция мезонлари, нисбий хавф коэффицентлари, вазн коэффицентлари ва ҳар бир хавф омили учун башорат коэффицентлари ҳисобланди. Уларнинг асосида

хомиладор ва туғруқдаги аёлларда критик ҳолатларнинг ривожланиш хавфини индивидуал баҳолаш имконини берувчи башорат жадвали ишлаб чиқилди. 3 та хавф гуруҳи учун диапазонлар чегараси белгиланди. Иккита ўрганилган гуруҳ (массив қон кетиши натижасида вафот этган ва тирик қолган)да кўрсатилган ёрдамнинг ўз вақтидалиги, сифати ва инфузион-трансфузион терапия (ИТТ) ҳажмидаги фарқларнинг ишончилигини баҳолаш мақсадида миқдорий белгиларнинг боғланган мажмуини таққослаш учун қўлланиладиган нопараметрик усул – Вилкоксон мезонидан фойдаланилди. Ҳисоб-китоблар статистик қайта ишлаш учун «SAS 6,0» амалий дастурлар пакетидан фойдаланган ҳолда компьютерда амалга оширилди.

Диссертациянинг «Қон кетишларида оналар ўлими ва критик ҳолатлар» деб номланган учинчи боби тўртта бўлимдан иборат бўлиб, унда Тошкент шаҳридаги оналар ўлими динамикасини ўрганиш натижалари, акушерлик қон кетиши туфайли оналар ўлими ва массив акушерлик қон кетишларида ривожланадиган критик ҳолатларнинг клиник-статистик таҳлили, шунингдек массив қон кетишлари натижасида вафот этган ва тирик қолганлар гуруҳларидаги хавф омилларининг қиёсий таҳлили келтирилган.

Тадқиқотлар ОЎ даражаси 1991 йилда Тошкент шаҳрида республика кўрсаткичлари (100 минг тирик туғилганларга нисбатан 65,3) га қараганда 2 марта кўп (128%оооо) эканлигини кўрсатди. 2016 йилга келиб, мазкур кўрсаткич республика бўйича - 4 марта, Тошкент шаҳри бўйича – 7 марта камайди ва мос равишда 16,6%оооо ва 18,2%оооо ни ташкил этди (1- расм.).



**1-расм. Ўзбекистон Республикаси ва Тошкент шаҳрида 1991-2016 йиллар давомидаги оналар ўлими динамикаси**

ОЎнинг энг кучли пасайиши дастлабки 7-8 йил ичида туғилишнинг аёлларни ёши бўйича мақбуллаштирилиши ва туғруқлараро интервалнинг

ошиши, шунингдек акушерлик хизмати тузилмасининг қайта кўриб чиқилиши билан параллел равишда содир бўлди. 1999-2007 йиллар давомида Тошкент шаҳридаги ОЎнинг юқори кўрсаткичлари кўп жиҳатдан ноаниқ этиологияли ЎРВИ билан касалланишнинг юқори даражасига боғлиқ бўлди, бу даврда ЎРВИ ва пневмониялар экстрагенитал касалликлар туфайли юзага келадиган ОЎ тузилмасида 76,0%ни ташкил этган эди. Хавфсиз оналик элементларини фаол қўлланилиши (2007-2016 йй.) ОЎни янада сезиларли, жумладан ЭГК ва ятрогения бўйича 4 марта, сепсис бўйича 2 марта камайишини таъминлади; қон кетиши (24%), презклампсия (30%) туфайли ОЎ частотаси секин пасайди. 2002-2008 йиллар давомида Тошкент шаҳрида ОЎ тузилмасида ЭГК (йилига ўртача 20,1 %оооо), 2009-2016 йилларда эса – акушерлик қон кетиши (йилига 8,8%оооо) 1-ўринни эгаллади.

Массив акушерлик қон кетиши, критик ҳолатлар ривожланган аёллар (112 нафари тирик қолган - I гуруҳ ва 29 нафари вафот этган - II гуруҳ)нинг клиник ва тиббий-ижтимоий кўрсаткичлари синчковлик блан қиёсий таҳлил қилинганда ОЎнинг 6 та гуруҳ бўйича шакллантирилган энг аҳамиятли хавф омиллари аниқланди ва уларнинг устворлиги белгиланди. Ҳар бир омил бўйича ҳисоблаб чиқилган умумий вазн индекслари шуни кўрсатдики, ўлим натижасига таъсир кучи бўйича акушерлик омиллари йиғиндиси (вазн индекси  $\sum w=71,6$ ) ва клиник омиллар ( $\sum w=51,8$ ) энг катта аҳамиятга эга. Қон кетишини хирургик тўхтатиш усуллари ( $\sum w=29,6$ ) ҳамда тиббиёт ходимлари ва аёллар тиббий фаоллиги ( $\sum w=26,8$ )нинг аҳамияти камроқ, „near miss“ да аёллар ўлимига биологик ( $\sum w=4,9$ ) ва ижтимоий ( $\sum w=8,2$ ) омиллар энг кам даражада таъсир қилди.

Охирги омиллар орасида ўлим натижасининг нисбий хавфи никоҳда бўлмаган аёлларда ўртача хавфга нисбатан 6 марта юқори бўлди. Бу уларнинг ОПга кеч мурожаат этиши ва стационарга ўта оғир ҳолда тушиши билан боғлиқ.

Диспансер кузатуви сифати таҳлил қилинганда вафот этган аёллар (тирик қолганларга нисбатан)нинг аксарияти эндокринолог, хирург кузатувида бўлмаганлиги аниқланди. Ўлим натижасининг нисбатан энг юқори хавфи билвосита ҳомиладор аёлни кеч ҳисобга олиш билан боғлиқ RW ва HBsAG (QR=7,6 ва 3,1) текширувлари ўтказилмаган ҳолатларда, шунингдек сийдик таҳлили (QR=2,4) ва ажралма таҳлили (QR=1,5), ҳомиланинг УТТ мавжуд бўлмаган ҳолатларда қайд этилган бўлиб, бунинг натижасида буйрак касалликлари, сийдик йўллари инфекциялари ва акушерлик патологиялари ўтказиб юборилган бўлиши мумкин. Ушбу далиллар ҳомиладорликнинг илк муддатларидан бошлаб стационаргача бўлган даврда аёлларни сифатли кузатиш заруратини кўрсатади. Клиник омиллар орасида ўлим оқибати ривожланишининг ўртача хавфдан 8 ва 3 марта кўп бўлган энг юқори нисбий хавфи ЎРВИ, бронхопневмония ва гепатит ҳамда оғир камқонлик (HB $\leq$ 69 г/л) (QR=2,5) мавжуд бўлган аёлларда қайд этилди ва бу I бўғинди камқонлик билан оғриган ҳомиладорларни фаол даволашни талаб этади.

Ҳомиладорлик даврида тирик қолган аёлларнинг 21,4% ва вафот этганларнинг 34,5% стационарда даволанган, бу мазкур аёлларда ҳомиладорликнинг оғир кечиши ва ЭГКнинг юқори частотаси билан боғлиқ. Бунда вафот этганларнинг атиги 20,8% туғруқдан аввалроқ стационарга ётқизилган, бу туғруқ вақтида асоратларнинг ривожланиш хавфини етарли даражада баҳоланмалигидан далолат беради. Шунинг учун, тирик қолганлар (17,9%)га нисбатан вафот этган аёллар кўпроқ оғир ва ўта оғир ҳолатда стационарга тушганлар (37,9%). Бунда, ўта оғир ҳолатда стационарга тушган аёлларда ўлим оқибатинининг нисбий хавфи ўртача хавфга нисбатан 19 марта юқори бўлади. Шунини қайд этиш лозимки, стационарга тушган вақтдаги ҳолат клиник омиллар йиғиндиси орасида энг юқори таъсир кучига эга ( $w=37,4$ ). Ўлим оқибатига акушерлик омиллари йиғиндиси, биринчи навбатда қон кетиш ҳажми ( $w=59,6$ ) ҳамда ҳомиладорлик ва туғруқ асоратлари ( $w=5,9$ ) энг юқори таъсир кўрсатади. Йўлдошнинг олдинда жойлашиши ва ПОНРП вафот этган аёлларда энг кўп учраган асоратлар бўлиб, уларда ўлим оқибатининг нисбий хавфи ўртача хавфдан 2,6 - 15 марта юқори бўлди. Акушерлик амалиётидаги мазкур ўта жиддий асоратлар шошлинич радикал чоралар кўрилишини талаб қилади.

Барча 100% вафот этган аёллар (ҳомиладор, туққан)да шошилиш равишда кесар кесиш амалиёти амалга оширилган. Тирик қолганлар гуруҳида 86,6% аёлларга хирургик ёрдам кўрсатилган, 71,7% ҳолатда шошилиш қоринни кесиш амалиёти бажарилган. Абдоминал туғруққа кўрсатмалар тузилмасида барча аёлларда ПОНРП устунлик қилди, вафот этган аёлларда ушбу сабабнинг нисбий вазни тирик қолганларга нисбатан 2 марта юқори бўлди (35,0%га қарши 70,6%;  $p < 0,05$ ).

Абдоминал туғруқ, ўз-ўзидан туғиш ва ҳомиладорликни тўхтатишдан сўнг аёлларда амалга оширилган жарроҳлик амалиётлари таҳлили биринчи лапаротомияда ўлим оқибатининг нисбий хавфи энг кам эканлигини кўрсатди ( $QR=0,67$ ). Бироқ, релапаротомияларда, айниқса, ўз-ўзидан туғруқдан кейинги релапаротомияларда ( $OR=9,5$ ) салбий оқибатнинг нисбий хавфи ўртача хавфдан сезиларли юқоридир ( $QR=$  от 5,2 до 9,5), бу қон йўқотиш ҳажмининг ошиши ва кейинги юзага келиши мумкин асоратлар билан боғлиқ.

Шу сабабли, оналар ўлими хавфини қисқартириш мақсадида жарроҳлик амалиётини ўз вақтида ва сифатли амалга ошириш лозим, бу эса ўз навбатида такрорий лапаротомиялар сонини камайитириш имконини беради.

Қон йўқотиш ҳажми бўйича ўрганилган гуруҳларни қиёсий таҳлили қон йўқотиш ҳажмининг кўпайиши билан салбий оқибат хавфининг ўртача хавфдан 3500 - 4000мл ( $QR=7,5$ ) қон йўқотилганда - 7 марта, 4000 мл ва ундан кўп миқдорда ( $QR=15,5$ ) қон йўқотилганда 15 марта ошишини кўрсатди.

Ҳар иккала қиёсий гуруҳда қон кетишининг турли даражасида амалга оширилган инфузион ва трансфузион терапиянинг ўз вақтидалиги, ҳажми ва сифати юзасидан эксперт баҳолаш ўтказилди. Вафот этганлар гуруҳида



массив қон кетишларининг барча ҳолатларида қон томирларини тўлдириш тезлиги ва ҳажми қон кетишининг тезлиги ва ҳажмидан сезиларли ортида қолганлиги аниқланди. Шу билан бирга, “тирик қолганлар” гуруҳида ИТТ ҳажми қон кетиши ҳажмидан 2 баробар юқори бўлди. “Вафот этганлар” орасида СЗП, коллоидлар, кристаллоидларнинг кам миқдорда ва секин суратда юборилганлиги, “тирик қолганлар” гуруҳида эса коллоидлар, кристаллоидлар ва СЗПни дарҳол катта ҳажмини юборилганлиги қайд этилди. Қоннинг таркибий қисмлари билан етарли даражада таъминланмаганлик ва туғруқдан кейинги қон кетишларини даволашга ягона ёндошувнинг мавжуд эмаслиги аъзо сақлаш тактикасини амалга ошириш учун инфузион-трансфузион терапиянинг барча имкониятларидан фойдаланиш имконини бермади ва радикал хирургик аралашувлар (гистерэктомия)ни амалга оширилишига олиб келди ва гемостазга эришиш усули сифатида гистерэктомия частотаси вафот этганлар гуруҳидаги қон кетишларида - 67,6%, тирик қолганлар гуруҳида – 26,5%ни ташкил этди.

Шундай қилиб, қон кетиши билан боғлиқ ҳомиладорлик ва туғруқларнинг салбий оқибатларини камайишида сифатли ташҳислаш, стационарга тушган вақтда ҳомиладор аёл ҳолати ва қон кетишини адекват баҳолаш, сифатли хирургик аралашувни амалга оширишнинг аҳамияти ўта муҳимлиги кўриниб турибди, булар юқорида кўрсатилган омилларнинг таъсир кучини пасайтириши мумкин.

Диссертациянинг «**Профилактика нуқтаи-назаридан бошқа сабаблар туфайли оналарни йўқотишни клиник таҳлили**» деб номланган тўртинчи боби 6 бўлимдан иборат. Уларда соматик патология, гипертензив ҳолатлар (преэклампсия), акушерлик эмболияси, йирингли-септик касалликлар, ятроген асоратлар ва жароҳатлар туфайли ОЎнинг 98 ҳолати келтирилган. Тошкент шаҳрида ЭГК туфайли ОЎ 2002-2008йй. ва 2009-2016йй.гача бўлган даврда ОЎ тузилмасида 2-чи ўринни эгаллаб (39,4%), деярли 4 марта (100000 нафар туғилганларга нисбатан 20,1 дан 5,4 гача) қисқарди. ЭГК туфайли ОЎ тузилмасида ЎРВИ, пневмонияларнинг энг юқори нисбий улуши (67,7%)ни ҳисобга олган ҳолда, биз вирусологлар билан биргаликда пульмонар синдромли ЎРВИ билан (27) ва пиелонефрит билан (4) аёлларни вирусологик текширув (қон зардобининг ПЦР-ташҳисоти)дан ўтказдик. Изланган хантавируслар аниқланмади. ЭГК туфайли вафот этганлар орасида 16,1%ни юрак касалликлари (туғма ва орттирилган юрак нуқсонлари, миокард инфаркти, кардиомиопатия) ва 6,5% ни ўткир вирусли гепатит ташкил этди. ЭГК туфайли вафот этган аёлларнинг бошқа гуруҳи (9,6%)ни бош мия томирлари аневризмани ёрилиши, ўткир лейкоз, ўткир панкреатит ва бошқалар мавжуд бўлган ҳомиладор аёллар ташкил этиб, уларнинг баъзиларини башорат қилиш ва олдини олиш мумкин эмас эди. ЎРВИ туфайли вафот этган аёллар халқ таъбиоти воситалари билан узок даволангандан кейинги қайтмас жараёнлар билан критик ҳолатда стационарга тушганлиги, кучли нафас етишмовчилигида ўпканинг суъний вентиляциясига кечиктириб олиганлиги, ҳомиладорликни муддатдан олдин

тўхтатиш ҳақидаги қарор кеч қабул қилинганлиги аниқланди. Изчилликнинг мавжуд эмаслиги туфайли ҳомиладор аёллар тез ёрдам машинасида 2 соат мобайнида бир туғруқ комплексида бошқасига сарсон қилиб олиб юрилган. Уруғланиш арафасида қўшма юрак туғма нуқсони (бўлмачалараро тўсик нуқсони ва аортанинг бошланиш тешиги стенози) ва гепатит А билан оғриган аёлларга ҳомиладорлик қарши кўрсатма бўлган.

ОЎ тузилмасида презекламписия ва экламписия 3-ўринни эгаллайди. 2002-2008 йй.да “Ҳомиладор ва туққан аёллар шахсий карталари”ни клиник таҳлил қилиш натижасида оилавий поликлинаикаларда ҳомиладор аёлларни юритиш тўлиқ бўлмаганлиги аниқланди. 12 нафар вафот этганлардан 4 нафари эса умуман оилавий поликлинаика шифокори кузатуви остида бўлмаган ва улардан атиги 1 нафари сурункали пиелонефрит туфайли стационарда даволанган.

Аёллар ҳаётининг муҳим аъзоларида қайтмас ўзгаришлар юзага келганда кечиктириб стационарга олиб келинган, натижада стационардаги тиббиёт ходимларининг сай-ҳаракатлари самарасиз бўлган. Кузатув остида бўлган 8 нафар ҳомиладор аёлдан қолган 6 нафари охириги 1-2 ҳафтада оилавий поликлинаика шифокорига мурожаат қилмаган. Улар оғир ва кома ҳолида ёки қайтмас жараёнлар билан стационарга тушган. Мазкур аёлларда кўп аъзо етишмовчилиги (10), ўпка ва мия шиши (1), мияга қон қуйилиши (1) бевосита ўлим сабабига айланган.

2009-2016 йй.да презекламписия туфайли ўлим частотаси 30%га камайган, бу I бўғинда ҳомиладор аёлларни кузатиш сифатини яхшиланиши билан боғлиқ. Иккала ўрганилган даврда ятроген ва бошқа асоратлар туфайли ОЎ частотаси 4 марта камайди ва 1,5%ооо ни ташкил этди. Ятроген асоратлар туфайли вафот этган (13 аёл)ларни батафсил таҳлили уларнинг ярми (6) юборилган дори воситаларига нисбатан анафилактик шок, 3 нафари – анестезия асоратлари ва яна 3 нафари – хирургик ва анестезиологик жароҳатлар туфайли ҳаётдан кўз юмганини кўрсатди. Қуйидагилар оғирлаштирувчи ҳолатлар бўлди: шошилинич хирургик амалиёт, оғир экламписия, семизлик, стационарга тушган вақтдаги ўта оғир ҳолат. Тиббиёт ходимининг хатоси аллергологик анамнезни тўғри баҳолай олмаслик, дори воситаларини асоссиз тайинлаш, анестезиолог-реаниматолог ва хирургик аалашувни амалга оширишда қўшни аъзоларнинг шикастланишига олиб келган акушер-гинекологлар малакасининг етарли даражада эмаслигидир.

ОЎ тузилмасида 4-ўринни эгаллаган эмболия частотасининг ҳар иккала ўрганиш даврида пасайиш тенденцияси қайд этилмади. Бизнинг тадқиқотларимизда 6 нафар аёл ЎАТЭси ва 2 нафар аёл ҳомилаолди суюқлиги эмболияси туфайли вафот этди. 5 нафар аёл туққандан сўнг даслабки 4 соат давомида вафот этди, бу гемостаз тизимидаги ўзгаришларга ҳомиладорлик патологияси, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврнинг таъсиридан далолат беради. Барча ҳолатлар қайтариб бўлмас ҳолатлар сифатида тан олинган.

Йирингли-септик касалликлар туфайли юзага келган ОЎ ўрганилган даврларда 2 марта камайди ва 1,8%оони ташкил этди. Барча вафот этган аёлларда туғруқдан кейинги септик асоратларнинг ривожланиш хавф омиллари (ЭГК, TORCH - инфекция, инфекция ўчоқлари, уйда туғиш ва бошқалар) мавжуд эди. Клиник таҳлиллар қатор камчиликларни аниқлади. Хусусан, симптомларни нотўғри баҳолаш ва нотўғри интерпретациялаш 2 аёлда септик ҳолатни кеч ташхисланишига (1 аёлда – 9 суткадан сўнг, иккинчи аёлда вафотидан кейин туғруқдан сўнг 27 кун ўтгач) олиб келган. Қонни гемокультурага антибиотикларга сезгирликни аниқлаш билан экиш 3 ва 14 суткадан бери стационарда ётган 2 нафар аёлда, 1-чи аёлда эса анча кеч қолиш билан (туғруқдан кейин 19 ва 22 кун ўтгач) амалга оширилган. Хавф омиллари мавжуд бўлган ҳолда нораціонал антибиотиклар билан даволаш ўтказилган. Эксперт баҳолаш барча аёллар ўлимини олдини олиш мумкин бўлганлигини кўрсатди.

Бир нафар қишлоқда яшовчи туғруқнинг иккинчи даврида стационарга тушган кўп туққан аёл *бачадоннинг ёрилиши* туфайли вафот этган. Клиник-эксперт таҳлил натижасида клиник ташхисда бачадоннинг ёрилиши ҳақида ҳаттоки эсга олинмаганлиги аниқланди. Шокка қарши ҳаракатларни иккита периферик вена пункцияси ва вена ичига эритроцтар масса эмас, балки кристаллоид ва коллоидларни юборишдан бошлаш керак эди. Ишончли гемостазни таъминлаш учун қорин ости артерияларини билатерал боғлаб кўйиш лозим. Эритроцитар массанинг 5 та дозасини юборилишига қарамай қон тўхтатилмаганлиги натижасида гемоглобин миқдори дастлабки 90 г/л дан 68 г/лгача камайган. Юқорида қайд этилган камчиликлар бартараф этилганда, эҳтимол бу аёлнинг ҳаётини сақлаб қолиш мумкин бўлар эди.

Шундай қилиб, бошқа сабаблар туфайли ОЎнинг клиник таҳлили соғлиқни сақлашнинг турли бўғинлари фаолиятида нуқсонлар мавжудлигини аниқлади. I бўғинда ҳомиладор аёллар орасида профилактик ишларни кучайтириш зарур: ҳомиладор аёлларни эрта аниқлаш ҳамда уларни сифатли кузатиш ва текширувдан ўтказиш, зарурият туғилганда стационар шароитида тўлиқ соғломлаштириш билан 100% қамраб олиш лозим. Туғруқ комплексларида тиббий ёрдам кўрсатиш, айнан: стационарга тушган вақтда аёлнинг ҳолатини тўғри баҳолаш, ўз вақтида ташхис қўйиш ва асоратларни аниқлаш учун доимий мониторинг юритиш; хавфли ҳолатлар юзага келганда врачлик тадбирларини ўз вақтида асосли ва тўғри амалга ошириш; ўтказиладиган жарроҳлик аралашаувлари ва инфузион-трансфузион дастурлар сифатини ошириш лозим.

Диссертациянинг «**Ҳомиладор ва туғруқдаги аёлларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини баҳолаш**» деб номланган бешинчи бобида тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини таҳлил қилиш усуллари ва индикаторлари тақдим этилган. Туғруқ комплекслари фаолияти сифатини баҳолаш учун мавжуд стандартлар ва протоколлар асосида 2 та аудит дастурлари (бланка) ишлаб чиқилган. Улар асосида илк бор Тошкент шаҳрининг 13 та туғруқ комплексларида туғруқдан кейинги даврда қон

кетиши бўйича стандарт (протокол)нинг бажарилиши юзасидан муассасаларо ташқи аудиторлик текшируви ўтказилди (Тошкент шаҳар ССББ, 22-сонли буйруқ, 6.02.2008й.). Аудитни кўрсатишича, протоколларга тўлиқ амал қилинмайди, тиббиёт ходими критик ҳолат юзага келган даврда ўзининг мажбуриятларини аниқ билмайди, натижада бу борада аниқ тизимли ҳаракатлар амалга оширилмайди. Туғруқ комплексларини замонавий респиратор, наркоз ва бошқа аппаратура, инструментлар билан жиҳозланишида сезиларли муаммо аниқланди. Деярли 15% туғруқ комплекслари куну-тун биокимёвий текширувлар ўтказиш имкониятига эга эмас.

Шундай қилиб, ўтказилган аудит «тузилма сифати» (ёрдам кўрсатиш учун шароит) ва жараён сифати бўйича маълум камчиликларни очиш имконини берди. 1-аудит ўтказилган вақтдан бошлаб 10 йилдан сўнг раҳбарлар ўртасида ўтказилган проспектив сўров барча туғруқ комплексларининг замонавий тиббий анжомлар ва жиҳозлар билан таъминланганлигини кўрсатди. Бироқ, шунга қарамай, тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини ошириш масалалари долзарблигича қолмоқда.

Тиббий ёрдам сифатини объектив баҳолаш учун кўшимча равишда репродуктив фаолият билан боғлиқ сабаблар туфайли аёллар ўлимининг юзага келиш эҳтимолини баҳолаш имконини берувчи “ҳаёт давомида ОЎ хавфи” кўрсаткичи ҳисоблаб чиқилди ва таклиф этилди. Масалан, 2009 йилда Тошкент ш.да 1 та оналар ўлими 2601 туғруққа, 2016 йилда эса 5288 туғруққа тўғри келган ва бу ижобий тенденциядан далолат беради. Оўнинг шаклланишида критик ҳолатларнинг аҳамиятини ҳисобга олиб “1та Оўга тўғри келадиган near miss сони коэффициенти” ҳисоблаб чиқилди. Тиббий ёрдам кўрсатиш сифати қанча юқори бўлса, мазкур нисбат ҳам шунча юқори бўлади (Буюк Британияда 1: 118, Россияда 1: 30). Ҳомиладор ва туғруқдаги аёлларга стационарда кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифати мониторингини юритиш ва синчковлик билан баҳолаш учун “Ўзбекистон Республикаси инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси”нинг худудий бўлинмаси билан ҳамкорликда статистик маълумотлар ва туғруқ комплексларидаги ҳисобда турувчи тиббий ҳужжатларни эксперт баҳолашга асосланган табақалаштирилган индикаторлар ишлаб чиқилган. Экстремал ҳолатлар юзага келганда акушерлик стационар ёрдамнинг махсус индикаторлари: ташҳисни ўз вақтида ва тўғри қўйиш, бир неча босқичларни ўз ичига олувчи тиббий ёрдамнинг етарли ҳажми ҳисоблаб чиқилди ва таҳлил қилинди. Уларнинг сезгирлиги ва ўзига хослиги аниқланганда юқори даражадаги сезгирлик (72,4% - 94,5%) ва ўзига хослик (86,6% - 91,1) қайд этилди. Булар аудит бланкаларини тузишнинг асосини ташкил қилиши лозим.

Диссертациянинг «**Акушерлик амалиётида замонавий технологияларнинг самарадорлиги**» деб номланган олтинчи боби 4 бўлимдан иборат бўлиб акушерлик қон кетишларида даволаш стандартлари, критик ҳолатларни ривожланиш хавфини башоратлашни жорий этиш, критик ҳолатларнинг учраши тез-тезлигини камайишида иқтисодий самарадорликни

таҳлил қилиш натижалари ва тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини ошириш йўллари баён этилган.

Протоколлар татбиқ этилгандан сўнг, гарчанд ўрганилган даврда ҳомилаолди сувининг бевақт кетиши 14%га ошган бўлсада, патологик туғруқларнинг учраши тез-тезлиги 17,8% дан 13,7%гача, туғруқ кўзғалишлари сони 7 марта камайди. Бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш частотаси деярли 30%га қисқарди. Туғруқдаги аёлларда қон кетиши ҳажми камайди. Хирургик гемостаз (магистрал томирларни боғлаш, компрессион чоклар қўйиш ва бошқалар) масаласини тез ҳал қилиш бачадон ампутациялари частотасини 3 марта ва бачадон экстирпация-ларини 1,5 марта камайишига олиб келди. Гемо- ва плазмотрансфузия олган аёллар сони 4 марта камайди ва бу ўз навбатида мазкур муолажалар билан боғлиқ асоратларни қисқаришини таъминлади.

Массив қон кетиши билан аёлларнинг туғруқ тарихлари чуқур таҳлил қилинганда, протокол татбиқ этилгандан сўнг (II гуруҳ), протокол татбиқ этилгунга қадар (I гуруҳ) массив қон кетиши мавжуд бўлган аёллар сонига нисбатан 2 марта камайди.

ОПда зарур клиник-лаборатор текширув ва мутахассис шифокорлар кўригидан ўтган ҳомиладор аёллар фойизи I гуруҳга (57,3%) нисбатан II гуруҳда сезиларли юқори (89,7%) бўлди. Ҳомиладорлик даврида протоколлар татбиқ этилгандан сўнг сезиларли кўп сондаги аёллар стационарда даволанди (34,5%), протокол татбиқ этилгунга қадар бўлган ушбу кўрсаткич 21,4%ни ташкил этган, натижада II гуруҳда туғруқ комплексига тушган ҳомиладор ва туғруқдаги аёллар сони аҳамиятли камайган: ЎРВИ ва бронхопневмония билан - 31,9%, сурункали гепатит билан - 32,5% ва пиелонефрит билан 24,7% ва охир-оқибат, туғруқ комплексига оғир ва ўта оғир ҳолатда тушган аёллар улуши 4 марта қисқарган. I гуруҳга нисбатан бачадон ампутациялари ва экстирпациялари сони (71,8%га қарши 28,2%) камайган. Гемотрансфузион терапияни сифатли (акушерлик қон кетишларида протоколларга асосан) ўтказилиши ушбу натижага эришилишини таъминлаган.

Ҳомиладор ва туғруқдаги аёлларда критик ҳолатларнинг ривожланиш хавф даражасини аниқлаш мақсадида қон кетишлари билан 283 ҳолат (яхши натижа билан - 142 ва ўлим оқибати қўшилиши билан критик ҳолатлар - 141)ни чуқур таҳлил қилиш асосида ҳомиладор, туғруқдаги ва туққан аёлларда критик ҳолатларни ривожланиш омиллари: уларнинг соматик ва акушерлик ҳолати, клиник маълумотлари, ҳомиладорларнинг тиббий фаоллиги, уларнинг биологик ва ижтимоий-гигиеник тавсифлари ўрганилди. Яхши натижа, шунингдек критик ҳолат ва ўлим оқибати билан акушерлик қон кетишларида у ёки бу омилнинг пайдо бўлиш эҳтимолини ҳисоблаш асосида омилнинг ҳар бир градацияси бўйича критик ҳолатлар ривожланишининг QR “нисбий хавф” коэффиценти, ҳар бир омил учун вазн индекслари (w) ва башорат коэффицентлари х ҳисоблаб чиқилди, улар асосида индивидуал башоратлаш учун башорат қилиш жадвали ишлаб чиқилди. У ҳомиладор аёлда критик ҳолат ривожланиш хавфининг

интеграллашган коэффициентини ҳисоблаб чиқиш ва уни маълум хавф гуруҳи (паст, ўрта, юқори)ги киритиш имконини беради. Бу туғруқларни кузатиш ва юритиш тактикасини аниқлаштирилишини таъминлайди (1 - жадвал).

1-жадвал.

**Акушерлик қон кетишларида критик ҳолат ривожланишининг хавф гуруҳлари градацияси**

Хавф диапазонлари	Диапазон чегаралари	Хавф гуруҳи	Башорат гуруҳи
паст	1,6 – 1,86	ижобий	Критик ҳолатлар шаклланишининг энг кам эҳтимоли
ўрта	1,87 – 2,0	максимал эътибор талаб қилади	Критик ҳолатлар шаклланишининг ўрта эҳтимоли
юқори	2,1 – 2,4	ёмон	Критик ҳолатлар шаклланишининг энг юқори эҳтимоли

Аёлларга ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда стационарда бўлиши билан боғлиқ кўрсатиладиган тиббий хизматга сарфланадиган иқтисодий ҳаражатлар, 2018 й. нархларнинг ўртача-статистик индексни ҳисобга олган ҳолда критик ҳолатлар ривожланишининг иқтисодий самарадорлиги ҳисоблаб чиқилди.

изиологик (меъёрий) туғруқлар, замонавий технологияларни қўллаган ҳолда жарроҳлик амалиёти билан асоратланган туғруқлар ва критик ҳолатлар ривожланганда аёлларни юритишга сарфланадиган иқтисодий ҳаражатларни таққослаш натижасида битта туғруқ комплексида массив қон кетишларида ривожланадиган критик ҳолатлар ривожланишининг ўртача сони 1 йилда ўртача 20 ҳолатни ташкил этиши ҳисобга олинадиган бўлса, асоратли туғруқларга нисбатан критик ҳолатларни ривожланишида давлатнинг иқтисодий йўқотишлари 3 марта кўпдир. Демак, массив акушерлик қон кетишлари сонини камайтириш бўйича амалга ошириладиган чора-тадбирлар давлатнинг иқтисодий йўқотишларини қисқаришига ёрдам беради.

Ўтказилган тадқиқотларга асосан тиббий ёрдам кўрсатиш шароитларининг сифати, жараён сифати ва натижа сифати бўйича кўплаб ижобий натижаларга эришилганлиги аниқланди. Шу билан бирга, ҳомиладор ва туққан аёлларга даво-профилактика ёрдамини кўрсатишда қатор салбий ҳолат ва муаммолар аниқландики, булар ОЎни пасайтириш мақсадида тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини янада яхшилаш бўйича қатор йўналишларни белгилаш имконини берди. Бу, биринчи навбатда бирламчи бўғинда тиббий ёрдамни ташкил қилиш, стационарларни модернизациялаш ва замонавий тиббий жиҳозлар билан таъминланишини яхшилаш, тиббиёт

кадрларининг касбий малака ва кўникмаларини ошириш, тиббий ёрдам кўрсатишни назорат қилишни мақбуллаштиришдан иборат.

## ХУЛОСА

1. Ўзбекистон Республикасида асосини оналар ва болаларни муҳофаза қилишнинг самарали тизимини яратиш ташкил этган соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш босқичларини муваффақиятли амалга ошириш мингйиллик ривожланиш Мақсадлари (MDG 5)да белгиланган бешинчи мақсад: оналар ўлимини 1/3га камайтириш, шунингдек мазкур кўрсаткични охириги 10 йил давомида турғун барқарорлигига эришиш имконини берди.

Кўп йиллар давомида оналар ўлими тузилмасида акушерлик қон кетишлари етакчи ўринни эгаллайди; иккинчи ўринда – гипертензив ҳолатлар; учинчи ўринда – септик асоратлар, сўнгра – бошқа сабаблар туради. Ёмон коммуникация ва шошилиш ёрдам кўрсатувчи муассасалар фаолиятининг мувофиқлаштирилмаганлиги; тиббий ёрдам кўрсатишда стандартлаштирилган ёндошувларнинг мавжуд эмаслиги, лаборатория-ташхислаш хизматидаги сезиларли камчиликлар, ходимларда жамоа бўлиб ишлаш кўникмаларининг мавжуд эмаслиги оналар ўлимининг барча ҳолатлари асосини ташкил этади.

2. Акушерлик қон кетишларида танг ҳолатлар ва оналар ўлими ҳолатининг қиёсий клиник-статистик таҳлили умумий вазн индекси 71,6га тенг бўлган акушерлик омиллари: биринчи навбатда қон кетиши ҳажми ( $w=59,6$ ) ўлим оқибатига энг юқори даражада таъсир кўрсатишини кўрсатди. Иккинчи ўринни клиник омиллар ( $\sum w=51,76$ ) эгаллайди, улар орасида аёлнинг стационарга тушган вақтдаги ҳолати ( $w=37,4$ ) катта аҳамиятга эга. Қон кетишини тўхтатишнинг жарроҳлик усуллари қўллаш ( $\sum w=29,6$ ) учинчи ўринда туради, туғиш вақтида табиий туғруқ йўллари орқали қўлланилган жарроҳлик аралашувлари энг юқори таъсир кўрсатади ( $w=15,8$ ). Бундай ҳолларда, одатда, массив қон йўқотилиши юзага келиб, бу қон йўқотиш ҳажмини реал баҳолаш имконини бермайди ва кўпинча қон кетишининг бошланишидан то самарали жарроҳлик аралашувигача бўлган вақтни узайишига олиб келади. Баъзан оналар ўлими, баъзан танг ҳолатларнинг ривожланишига олиб келувчи ташкилий ва тиббий омиллар таҳлили уларнинг бир хилда ва таққосланадиган эканлигидан далолат беради.

3. Ҳомиладор аёлларга антенатал ва стационар босқичларда тиббий ёрдам кўрсатиш сифати паст даражада бўлиб, у касалхонагача бўлган даврда нотўғри ташхис қўйиш, патологик жараённинг оғирлик даражасини нотўғри баҳолаш, ультратовуш текширувларининг сифатсиз натижалари, бачадон-йўлдош қон оқимини баҳолашдаги гипердиагностика билан тасдиқланади, бу эса нотўғри даволаш усулини ва юритиш тактикасини танлаш, шунингдек асосланмаган аралашулар ва турли дори воситаларини кераксиз қўлланилишига олиб келади. Буларнинг барчаси ҳомиладор ва туғруқдаги аёлларни кеч касалхонага ётказиш, ҳолатининг оғирлик даражасини нотўғри

баҳолаш, ташҳис қўйиш ҳамда самарали қарор қабул қилиш муддатини чўзилишига ва охир-оқибат беморнинг ўлимига олиб келади.

4. Ҳомиладор аёлларга тиббий ёрдам кўрсатишнинг ҳам антенатал, ҳам стационар босқичларида соғлиқни сақлаш амалиётига замонавий технологияларни кенг татбиқ этилиши репродуктив ёшдаги аёлларнинг ногиронлигини 3 марта, массив акушерлик қон кетишлари частотасини 2 марта, гемо-ва плазмотрансфузия ҳажмини 1,8 марта, трансфузион асоратларнинг частотаси ва оғирлигини 3 марта камайтириш имконини берди. Акушерлик қон кетишларида танг ҳолатларнинг ривожланиши хавф омилларини комплекс баҳолаш натижасида «near miss»нинг ривожланишига соматик касалликларнинг мавжудлиги ва уларнинг оғирлик даражаси катта таъсир кўрсатиши аниқланди ( $w=3,7$ ).

5. Ҳомиладор аёлларда танг ҳолатлар юзага келганда ташҳислаш, даволаш ва юритиш тактикасини танлашга стандартлаштирилган ёндошувларни қўллаш шарт. Танг ҳолатларни ривожланишига олиб келган сабаб-оқибат алоқаларини аниқлаш учун барча туғруқ комплексларида қўлланадиган клиник протоколлар ва танг ҳолатлар аудитини татбиқ этиш мақсадга мувофиқ. Бу тиббиёт амалиётида қўлланиладиган камчиликлар ва хатолар таҳлили сифатини ошириш имконини беради, амалга ошириладиган ташҳисот ва даволаш муолажаларининг сифат ва самарадорлиги мониторингини юритиш имконини беради, беморларга зарур тиббий ёрдам кўрсатиш учун барча ходимлар (тиббий ва ёрдамчи)ни жалб этишга қулай шароит яратади.

6. Ҳомиладор аёлларда «near miss» танг ҳолатлари аудити тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини оширишнинг самарали ва рационал воситасидир, касбий, ташкилий ва ижтимоий-гигиеник омилларни чуқур таҳлил қилиш асосида, шунингдек беморнинг ўзи ва унинг қариндошлари фикрини ҳисобга олган ҳолда оғир акушерлик асоратларига олиб келган муаммоларни тахминсиз, конфиденциал ва холис аниқлаш ва уларни ҳал этиш чораларини ишлаб чиқиш мумкин. Шунингдек, таҳлилнинг ушбу шакли барча ходимларга корпоратив этика меъёрлари ва одатларини сингдириш ҳамда беморлар ва уларнинг қариндошлари билан мулоқот нуқсонларини истисно этиш имконини беради.

7. Ҳомиладор, туғруқдаги ва туққан аёлларга тиббий ёрдам кўрсатишнинг ярмидан кўпи одатда фанлараро ва интеграллашган ёндошувни талаб қилувчи шошилиш вазиятларида амалга оширилади. Шунинг учун, туғруқ комплекс (бўлим)ларини кўп тармоқли клиника (касалхона) таркибида жойлаштириш ўта муҳимдир.

Тиббий ёрдам сифатини холис баҳолаш учун акушерлик муассасалари фаолиятининг умумқабул қилинган статистик кўрсаткичлари билан бир қаторда «near miss» ривожлангунга қадар акушерлик муассасаси тиббиёт ходими фаолиятини тавсифловчи битта «near miss» ҳолатига тўғри келадиган туғруқлар сони билан аниқланадиган «танг акушерлик



ҳолатларини юзага келиш хавф кўрсаткичи» дан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

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

---

**ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ**

**АН АНДРЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ**

**ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С КРИТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ**

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

**АВТОРЕФЕРАТ ДОКТОРСКОЙ (DSc) ДИССЕРТАЦИИ  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**ТАШКЕНТ – 2020**

Тема диссертации доктора наук (DSc) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2019.4.DSc/Tib402

Диссертация выполнена в Ташкентском институте усовершенствования врачей.

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

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

**Официальные оппоненты:** Пахомова Жанна Евгеньевна  
доктор медицинских наук, профессор  
Искандарова Шахноза Тулкиновна  
доктор медицинских наук, профессор

Ли Дон Ук  
доктор медицинских наук, профессор

Юсупов Усман Юлдашевич  
доктор медицинских наук

**Ведущая организация:** ФГБОУ ВО «Московский государственный  
медико-стоматологический университет им. А.И.  
Евдокимова»

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 г. в \_\_\_ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 при Ташкентском педиатрическом медицинском институте. По адресу: 100140, г.Ташкент, ул. Богишамол, дом 223. Малый зал Ташкентского педиатрического медицинского института (Тел./факс: (+99871)-262-33-14; e-mail: [mail@tashpmi.uz](mailto:mail@tashpmi.uz))

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского педиатрического медицинского института (зарегистрирован за № \_\_\_), по адресу: 100140, г.Ташкент, ул. Богишамол, дом 223. Тел./факс: (+99871) -262-33-14.

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 года  
(Реестр протокола рассылки № \_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2020 года).



*[Handwritten signatures in blue ink]*

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

**Э.А. Шамансурова**  
Ученый секретарь научного совета по присуждению  
учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

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

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской (DSc) диссертации)**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** В последние годы в мире все больше внимания уделяется показателям, характеризующих критическое акушерское состояние женщин, выживших после тяжёлых осложнений, вызванных беременностью, родами и в послеродовой период. В таких случаях пациенты отличаются снижением качества жизни и повышением уровня смертности. По данным Всемирной организации здравоохранения, «... охрана материнства и детства остается приоритетной задачей системы здравоохранения. Кровотечение, инфекция, преэклампсия и связанные с ними осложнения составляют 50-98% и осложнений во время родов и в послеродовом периоде составляют 63-80% всех смертей у женщин». Критические состояния, возникающие во время беременности, также приводят к младенческой смертности. В критических случаях беременных женщин высокий уровень смертности среди женщин требует осуществления мер по предотвращению риска и повышению качества оказания медицинской помощи.

Во всем мире особое внимание уделяется научным исследованиям критических состояний во время беременности, включая риск развития тяжёлых осложнений во время и после родов, а также направленных на совершенствование методов их ранней диагностики, лечения и профилактики. В связи с этим, оптимизация услуг акушерской помощи, снижение материнской и перинатальной смертности, выявление важности социально-гигиенических и лечебных факторов в материнской смертности, комплексная оценка риска развития критических состояний, связанных с акушерским кровотечением, разработка ранних и точных методов диагностики и лечения осложнений, выявляемых у беременных женщин и рожениц, разработка клинических и организационных подходов к уходу во время беременности и разработка соответствующих профилактических мер являются одними из наиболее острых проблем, стоящих перед специалистами системы здравоохранения.

Особое внимание уделяется социальной защите населения нашего государства и совершенствованию системы здравоохранения, особенно охране материнства и детства. В этом отношении, в контексте комплексных мер по коренному усовершенствованию системы здравоохранения определены задачи «по расширению доступа к использованию качественных медицинских услуг для матерей и детей, предоставлению им специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи и осуществлению комплексных мер по снижению младенческой и детской смертности»<sup>3</sup>. В связи с этим, поднятие качества оказания медицинских услуг населению на новый уровень, разработка новых подходов к предупреждению

---

<sup>3</sup> Постановлении Президента Республики Узбекистан от 20 июня 2017 года № ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017 — 2021 годы»

и лечению риска развития критического состояния, особенно у женщин репродуктивного возраста, имеет первостепенное значение.

Исследование этой диссертации будет способствовать выполнению задач, изложенных в Указах Президента Республики Узбекистан от 7 февраля 2017 года № УП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» и от 7 декабря 2018 года № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», в Постановлении Президента Республики Узбекистан от 20 июня 2017 года № ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017 — 2021 годы», а также в других нормативных актах, связанных с этой деятельностью.

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

**Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации<sup>4</sup>.** Научные исследования, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи беременным женщинам в кризисных ситуациях, проводятся в ведущих исследовательских центрах и высших учебных заведениях мира, в том числе: University of Colorado Denver; University of Florida (США), University of Oxford (Англия), University of Rome Sapienza (Италия), Institute for Quality and Efficiency in Health Care, Germany (Германия), Universidade Nova de Lisboa (Португалия), Jiao Tong University, Shandong University (Китай), Tzu-Chi University, National Yang-Ming University, National Chiao-Tung University, Fong-Yuan Hospital (Тайвань), Comenius University (Словакия), University of Oulu, Tampere University (Финляндия), University Montreal, University of Calgary (Канада), Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д. О. Отта (Российская Федерация), Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии (Республика Узбекистан).

По всему миру был получен ряд, в том числе следующих научных результатов по научным исследованиям, направленным на повышение качества медицинской помощи беременным женщинам, улучшение здоровья матерей, уменьшение критических состояний (near miss) и снижения материнской смертности: были разработаны новые подходы в системе оказания неотложной медицинской помощи для снижения материнской смертности в критических случаях у беременных (Odense University, Дания); было установлено, что здоровье у каждой пятой из женщин, выживших после реанимации, качество жизни после выписки из больницы снижалось

---

<sup>4</sup>Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации: [www.ubc.ca](http://www.ubc.ca), [www.cmm.zju.edu.cn](http://www.cmm.zju.edu.cn), [www.sggw.pl](http://www.sggw.pl), [www.uc.edu](http://www.uc.edu), [www.med.stanford.edu](http://www.med.stanford.edu), [www.meded.hms.harvard.edu](http://www.meded.hms.harvard.edu), [www.uni-corvinus.hu](http://www.uni-corvinus.hu), [www.sfu.ca](http://www.sfu.ca), [www.en.jbnu.ac.kr](http://www.en.jbnu.ac.kr), [www.unina.it](http://www.unina.it), [www.edu.unideb.hu](http://www.edu.unideb.hu), [www.universiteitleiden.nl](http://www.universiteitleiden.nl), [www.tau.ac.il](http://www.tau.ac.il), [www.ufsc.br](http://www.ufsc.br), [www.gpma.ru](http://www.gpma.ru), [www.tashpmi.uz](http://www.tashpmi.uz) и других источников

(University of Rome Sapienza, Италия); эпидемиология и последствия послеродового кровотечения, связанного с гистерэктомией, были выявлены у женщин разных национальностей (Universidade Nova de Lisboa, Португалия); разработаны протоколы по ведению обильного кровотечения, возникающего после родов (University of Oulu, Финляндия; National Institute of Endocrinology, Куба; Institute for Quality and Efficiency in Health Care Germany, Германия); разработаны стандарты клинических и организационных аспектов оптимизации качества оказания медицинской помощи в акушерстве и гинекологии (Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д. О. Отта, Российская Федерация).

В настоящее время во всём мире проводятся научно -исследовательские работы по ряду направлений по улучшению качества оказания медицинской помощи для беременных женщин, улучшению материнского здоровья и снижению материнской смертности в критических случаях, в том числе по следующим приоритетным направлениям: определить связь тонуса сосудов и нарушения микроциркуляции с гестационным нарушением; разработка ранних и точных методов диагностики, лечения и профилактики у беременных и рожениц; определить связь между метаболизмом эритроцитов и плацентарным кровообращением матки; усовершенствование мер, направленных на снижение перинатальной заболеваемости, инвалидности и смертности; выявление важности социально-гигиенических и медицинских факторов в материнской смертности, комплексная оценка риска развития критических состояний, связанных с акушерским кровотечением, разработка клинических и организационных подходов к уходу за беременными женщинами, а также разработка эффективных программ соответствующих профилактических мер.

**Степень изученности проблемы.** С конца прошлого века во многих странах повышение качества медицинской помощи стало главным вопросом повестки дня систем здравоохранения, в частности, службы родовспоможения. В современной зарубежной литературе содержится информация о критических акушерских состояниях, возникающих в результате акушерских кровотечений, преэклампсий, эклампсий, сепсиса, ЭГЗ и последствий аборта (Кукарская И.Н. 2012; Лебеденко Е.Ю., Михельсон А.Ф., Розенберг И.М. 2015; Eimer G, O'Milley, Popivanov P., Souza I.P., Cecatti I.G., Faundes A. 2010). Обосновывается необходимость исследований этих состояний, для предотвращения МС, дается оценка near miss включая ее критерии (Souza IP, Cecatti IG, Faundes A. 2010; Souza IP, Cecatti IG, Faundes A. 2012). Проводятся эпидемиологические и клинические исследования по вопросам подходов к распознаванию и оптимизации своевременной медицинской помощи при критических состояниях, массивных акушерских кровотечениях, управлению этими тяжелыми случаями и их исходов (Grear K.E., Bushnell C.D 2013). Делаются попытки точного определения критериев состояния near miss, количественной оценки,

новых характеристик их распространенности в разных регионах и выяснения причин возникновения (Shreastha I., Shrestha Pr., Tuladher R., 2015; Shreastha I., Shrestha Pr., Tuladher R. 2012, Shreastha I., Shrestha Pr., Tuladher R. 2016).

В Узбекистане на протяжении десятилетий проблема МС интересовала многих исследователей и организаторов здравоохранения. Клинические аспекты МС отражены в работах Асатовой М.Ю.2013; Пахомовой Ж.Е.2010, Нажмутдиновой Д.К. 2017; Аюповой Ф.М. 2013; Каримовой Д.Ф. 2009, 2012 и др. Исследуются новые подходы к лечению акушерских кровотечений (органосохраняющие, кровесберегающие методы и другие) (Акпербекова И.С. 2016; Султанов С.Н.2011; Пахомова Ж.Е. 2016). Изучаются показатели гемостаза и их прогностическая значимость у беременных с тяжелой формой преэклампсии (Аюпова Ф.М., 2013; Султанов С.Н.,2015; Каримов А.Х., 2016; Асранкулова Д.Б., Ахмедова Н.М., 2014; Бекбаулиева Г.Н., 2015); продолжается поиск подходов к ведению родов у беременных с ЭГЗ для предупреждения МС (Асатова М.Ю. 2013; Султанов С, Н, Бабанов Б.Х. 2012; Ниязметов Р.Э. 2016). Пересматриваются анестезиологическая тактика и пути снижения операционно-анестезиологического риска (Сименихин А.А., Юсупбаев Р.Б.2013; Сименихин А.А., Ким Е.Д. 2016).

Однако в настоящих исследованиях структура критических состояний с учетом клинических особенностей патологического процесса недостаточно определена, а роль организационных, медико-социальных и клинических факторов в возникновении и развитии этих состояний не была всесторонне проанализирована. Качество лечения беременных женщин с критическими состояниями не оценивается должным образом по отношению к исходу беременности, и, несмотря на актуальность проблемы, все вышеперечисленные проблемы не были всесторонне определены. Учитывая вышесказанное, исследования по улучшению качества оказания медицинской помощи беременным женщинам в критических случаях являются актуальными с научной и практической точки зрения.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационная работа включена в план НИР «Влияние инфекционных, гигиенических, техногенных и экологических факторов на здоровье населения» (2010-2017 гг.) Ташкентского института усовершенствования врачей при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан. Номер государственной регистрации 02090010.

**Цель исследования.** Повышение качества оказания медицинской помощи беременным в критических состояниях и разработка её организационных аспектов.

**Задачи исследования:**

определить динамику и структуру МС с учетом клинических особенностей течения патологического процесса и роль организационных, социально – гигиенических и медицинских факторов в их возникновении и развитии;

провести сравнительный клинико-статистический анализ критических состояний и МС при акушерских кровотечениях;

оценить качество клинических мероприятий у беременных с критическими состояниями в зависимости от исходов беременности;

определить эффективность внедрения современных технологий в акушерской практике;

провести комплексную интегрированную оценку риска развития критического состояния в связи с акушерскими кровотечениями;

на основе доказанных фактов разработать клинические и организационные подходы к ведению беременных с критическими состояниями в акушерской практике, направленных на снижение материнской смертности.

**Объекты исследования.** Объектами исследования были городские родильные комплексы № 5,6,7 и Ташкентский городской перинатальный центр. Единицами наблюдения явились беременные, роженицы и родильницы, находившиеся в критическом состоянии, но выжившие (112), и 142 женщины с акушерскими кровотечениями без развития критического состояния, а также все случаи материнской смертности за период 2002-2016 гг. по городу Ташкенту.

**Предмет исследования.** Структурно-функциональные преобразования в службе охраны материнства и детства, характеристики показателей МС, факторы риска развития критических состояний и МС. Недочеты в ведении беременности и родов при критических состояниях и МС. Методы контроля качества медицинской помощи, в том числе клинический аудит.

**Методы исследования.** Социально-гигиенический метод; общеклинический метод, инструментальный метод, вирусологический метод, гистологический метод; метод экспертных оценок и аудит; статистический методы.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

впервые в рамках всестороннего анализа был разработан комплекс эффективных клинических и организационных мер по снижению критических состояний и материнской смертности путем внедрения современных технологий и аудита в акушерской практике;

впервые проведены комплексная интегрированная оценка факторов риска развития критических состояний при кровотечениях и разработана прогностическая таблица для индивидуального прогнозирования развития этого состояния;

впервые разработана система расчета экономических потерь в случаях near miss в сравнении с осложненными родами без развития критических состояний;

для углубленного всестороннего анализа работы родовспомогательных учреждений рекомендована программа экспертной оценки - дифференцированные показатели качества, основанные на клинико-статистическом анализе учетных медицинских документов.



разработаны и рассчитаны специфические индикаторы оценки качества оказания медицинской помощи в акушерских стационарах при аудите, оценивающие в полной мере каждый случай материнской смертности с высокой степенью чувствительности и специфичности.

**Практические результаты исследования:**

впервые в акушерской практике, научно доказана необходимость проведения сравнительного анализа последствий критических состояний и смертности в идентичных клинических ситуациях;

доказана необходимость проведения аудита в акушерской практике для проведения контроля качества медицинской помощи;

доказано, что при составлении программ аудита при критических состояниях необходимо включать специфические индикаторы акушерской помощи с предварительным тестированием их на чувствительность и специфичность, что позволяет оценить качество процесса медицинской помощи;

на основе экспертной оценки, выявлено что сходство и сравнение критических состояний и различных факторов, приводящих к материнской смертности, позволяют снизить материнскую смертность;

научно обоснованы разработанные стандартизированные подходы к ведению беременных и рожениц, и тактика лечения в экстремальных ситуациях.

**Достоверность полученных результатов** подтверждена соответствием используемых методик и теоретических данных полученным результатам исследования, методологической точностью исследований, достаточным количеством обследованных больных, статистической обработкой данных, а также наличием подтверждения компетентными органами выводов и результатов исследования, а также сравнением международных и отечественных данных.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов диссертационного исследования заключается в том, что улучшение качества медицинской помощи беременным женщинам, учитывать схожесть факторов риска развития «near miss» и материнской смертности, а также выявление акушерских критических состояний для снижения материнской смертности, внедрение современных технологий и аудита в акушерскую практику на основе многогранного анализа, оценка эффективности комплекса клинических и организационных мер, направленных на снижение критических случаев и материнской смертности; комплексная оценка факторов риска развития критических состояний при кровотечениях и способность предвидеть данные состояния для индивидуального прогнозирования открывают новые аспекты патогенеза критических состояний беременных женщин.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что проведение сравнительного анализа последствий критических случаев и смертности в акушерской практике с точки зрения повышения качества

оказываемой медицинской помощи беременным женщинам в критических состояниях, акушерских аудиторских проверок для контроля качества оказываемой медицинской помощи, разработанных стандартизированных подходов к ведению беременных и рожениц и тактика лечения в экстремальных случаях и ее реализация предотвращают прогрессирование заболевания, повышают эффективность лечения, а также позволяют достичь раннего оздоровления женщин во время беременности и снизить материнскую смертность.

**Внедрение результатов исследования.** На основе полученных научных результатов по повышению качества оказания медицинской помощи беременным с критическими состояниями внедрены:

утверждены методические рекомендации «Прогнозирование риска развития критического состояния при акушерских кровотечениях» (справка Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №8н-д/199 от 27.09.2019 года). Внедрение данных методических рекомендаций способствовало раннему выявлению риска развития и степени тяжести критических состояний у беременных, прогнозированию прогрессирования заболевания и применению мер по своевременному лечению;

научные результаты по определению рисков развития и степени тяжести критических состояний беременных и повышению качества оказываемой медицинской помощи беременным женщинам внедрены в систему здравоохранения, в том числе в практику Ташкентского городского перинатального центра и родильного комплекса № 6 (справка Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №8н-з/25 от 03.03.2020 г). Эти результаты позволили предупредить риск развития критических состояний в период беременности, снизить показатели МС за счёт уменьшения осложнений болезни, также повысить качество оказания медицинской помощи с сокращением продолжительности стационарного лечения.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 6 научно-практических конференциях, в том числе 5 международных и 3 республиканских научно-практических конференциях.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 32 научных работ, из них: 22 журнальных статей, в том числе 3 - в республиканских и 19- в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, 6 глав, заключения, списка использованной литературы и приложения. Объем диссертации составляет 200 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются

объект и предмет; показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе **«Распространенность материнской смертности и критических состояний в акушерской практике и влияние на них качества медицинской помощи»** диссертации, состоящей из трех подглав, представлен обзор эпидемиологии материнской смертности и критических состояний в различных регионах мира, освещены современные подходы к оказанию медицинской помощи при критических состояниях в акушерстве на основе различных инструментов оценки качества, приведена динамика репродуктивного здоровья в Узбекистане.

Во второй главе **«Обследованные беременные и использованные методы исследования»** диссертации приводится описание объектов и материалов исследования с учетом поставленных задач, методов сбора материалов, статистической обработки результатов исследования.

Для достижения поставленной цели проведено многоплановое комплексное, социально-гигиеническое, клиническое, медико-статистическое и аналитическое, ретроспективное и проспективное исследование в городском перинатальном центре и городских родильных комплексах № 5,6,7 Ташкента. Для каждой задачи исследования определены объекты и объем наблюдения, методы решения, учетные и отчетные документы.

Для изучения динамики и структуры МС в г. Ташкенте проведена копировка информации из статистических бюллетеней Ташкентского городского филиала «Института здоровья и медицинской статистики» и территориального подразделения «Национальной палаты инновационного здравоохранения республики Узбекистана» и из отчетов о деятельности ЛПУ и отчетов о медицинской помощи беременным и роженицам, контрацепции и абортах (в Главном управлении здравоохранении г. Ташкента) за 2002 –2008 и 2009 – 2016 гг. (209 случаев МС).

Вычислены показатели МС от отдельных причин в среднем за два временных интервала, их средние ошибки и критерии достоверности разности показателей между двумя временными периодами, рассчитаны коэффициенты корреляции – для выявления связи между уровнем рождаемости и МС, непараметрические критерии «интеграций» - для выявления какой-либо значимой тенденции в колебаниях МС в изучаемые периоды, выравнивание динамических рядов по методу наименьших квадратов и экстраполяция выровненных данных.

Для изучения клинических особенностей течения патологического процесса и роли организационных, социально – гигиенических и медицинских факторов в развитии МС, на специально разработанный вопросник были копированы сведения о всех случаях МС в г.Ташкенте за

2002-2008гг., из 127 историй родов, листов основных показателей состояния больной в реанимации, наркозных карт, актов патолого - анатомических вскрытий, индивидуальных карт беременных и родильниц, домашних карт беременных, амбулаторных карт, рецензий экспертов и других учетных документов. Методом экспертных оценок проведен анализ ведения беременности и родов, клинических и медико-организационных мероприятий.

Для проведения сравнительного клинико-статистического анализа критических состояний и МС от акушерских кровотечений, а также для оценки качества клинических мероприятий у беременных с критическими состояниями в зависимости от исходов беременности (умерли и чуть выжили), были изучены клинические и социально-гигиенические характеристики у 29 умерших женщин и у 112 - женщин в критическом состоянии с массивными акушерскими кровотечениями. Как и в случаях материнской смертности, у женщин с критическим состоянием кроме актов патолого - анатомических вскрытий, были собраны и проанализированы аналогичные данные из вышеуказанных учетных медицинских документов. При этом получены сведения о медико-биологических и социальных характеристиках этих женщин, а также о клинических особенностях течения патологического процесса в родах у них, характере и объеме медицинской помощи (в I звене и стационаре). В результате методом клинико-экспертного анализа удалось сравнить изученные характеристики в разных группах женщин «умерших» и «едва выживших». Далее проведен сравнительный медико-статистический анализ по всем изученным характеристикам в указанных группах женщин. Это позволило определить степень значимости отдельных факторов риска (клинических и медико-организационных по ведению беременности и родов, и социально-гигиенических) на исход родов у женщин с массивными акушерскими кровотечениями.

С этой целью по каждой градации каждого признака вычислялись коэффициенты отношения правдоподобия, относительный риск и весовые индексы по каждому признаку.

Для оценки качества оказания медицинской помощи беременным и роженицам были разработаны две программы для проведения аудита. По этим программам была проведена внешняя аудиторская проверка по выполнению протокола (стандарта) по кровотечению в послеродовом периоде во всех 13 акушерских комплексах Ташкента. При этом оценивалось «качество условий оказания» медицинской помощи и «качество процесса».

Для проведения аудита по качеству оказания медицинской помощи при критических ситуациях дополнительно были разработаны, рассчитаны и проанализированы 4 специфических индикатора стационарной акушерской помощи «Правильность-» и «Своевременность постановки диагноза», «Качественный-» и «Адекватный объем оказанной медицинской помощи». По специальным формулам определена их высокая чувствительность и специфичность.

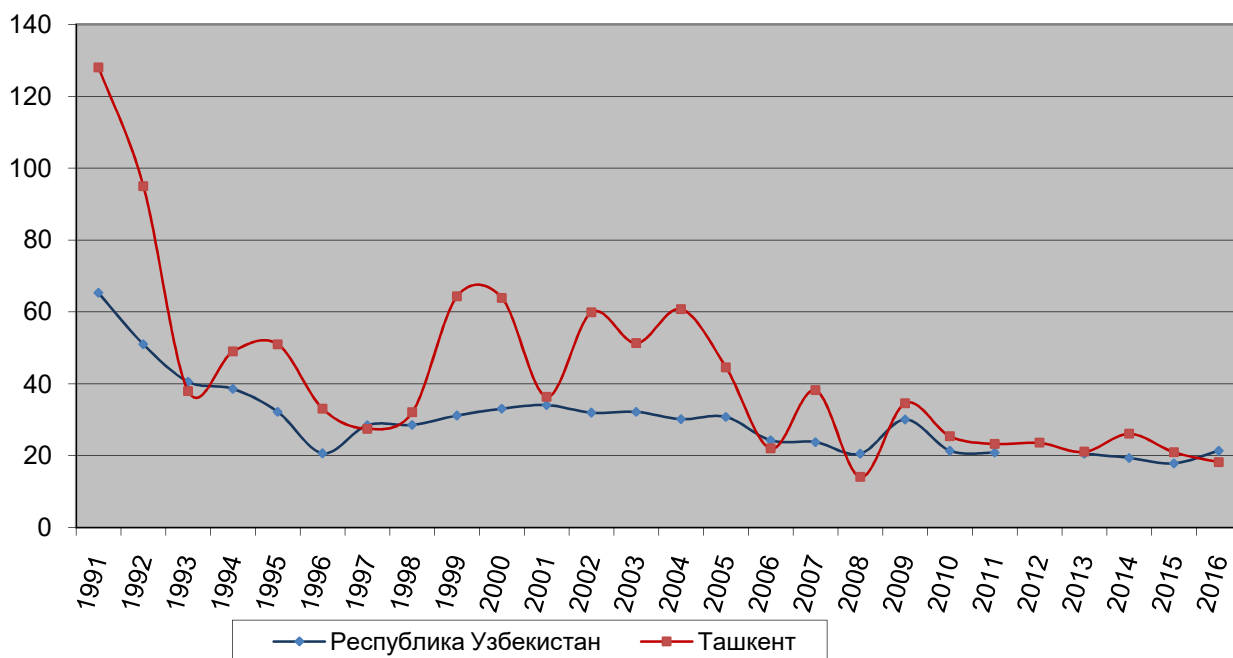
Для прогнозирования риска развития критических состояний при акушерских кровотечениях, в тех же родильных комплексах был проведен анализ течения и исхода родов у 283 родильниц с акушерскими кровотечениями, в том числе у 141 женщины с критическими состояниями и у 142 женщин с благоприятным исходом.

Многоплановому экспертному анализу подвергнуты истории родов, индивидуальные карты беременных и родильниц, амбулаторные карты и другие. При этом обращалось внимание на использование в работе акушеров-гинекологов современных перинатальных технологий.

Все анамнестические, клинические, лабораторные данные в исследуемых группах женщин подвергнуты статистическому анализу. Полученные цифровые результаты обработаны методом вариационной статистики. Вычислялись относительные и средние величины, их ошибки, коэффициенты достоверности Стьюдента между сравниваемыми группами, коэффициенты корреляции, критерии итераций, коэффициенты относительного риска, весовые коэффициенты и прогностические коэффициенты для каждого фактора риска. На их основе построена прогностическая таблица для индивидуальной оценки риска развития критического состояния у беременной и роженицы. Определены границы диапазонов для 3-х групп риска. С целью оценки достоверности различий своевременности, качества и объема инфузионно - трансфузионной терапии (ИТТ) в двух неравномерных группах изучения (умершие и выжившие при массивном кровотечении) применяли непараметрический метод – критерий Вилкоксона, используемый для сравнения связанных совокупностей количественных признаков. Расчеты проводились на компьютере с использованием пакета прикладных программ для статистической обработки «SAS 6,0».

В третьей главе диссертации - **«Материнская смертность и критические состояния при кровотечениях»**, который состоит из четырех подглав, представлены результаты изучения динамики материнской смертности в г. Ташкенте, клинико-статистический анализ материнской смертности от акушерских кровотечений и критических состояний при массивных акушерских кровотечениях, а также сравнительный анализ факторов риска в группах женщин, умерших и выживших при массивных акушерских кровотечениях.

Исследования показали, что уровень МС в Ташкенте в 1991 г. (128‰) был в 2 раза выше, чем в Узбекистане (65,3 на 100 тыс. живорожденных). К 2016г. показатель по Республике снизился в 4 раза, а по г. Ташкенту – в 7 раз, составив соответственно 16,6‰ и 18,2‰ (рис.1).



**Рис. 1. Динамика материнской смертности в Республике Узбекистан и в г. Ташкенте за период 1991-2016 гг.**

Наиболее интенсивное снижение МС произошло за первые 7-8 лет, за счет оздоровления женщин фертильного возраста, оптимизации деторождений по возрасту женщин и увеличению межродового интервала, а также реструктуризации акушерской службы. В период 1999 – 2007 годы довольно высокие показатели МС в Ташкенте в значительной степени были связаны с высоким уровнем заболеваемости ОРВИ невыясненной этиологии; тогда в структуре МС в связи с экстрагенитальными заболеваниями, ОРВИ и пневмонией составляли 76,0%. Активное использование элементов безопасного материнства (2007-2016 гг.) способствовало дальнейшему существенному снижению МС, в частности от ЭГЗ и ятрогении в 4 раза, сепсиса в 2 раза; в меньшей степени снизилась частота МС от кровотечений (на 24%), преэклампсий (на 30%). В период 2002-2008 гг. в Ташкенте в структуре МС 1-е место занимали ЭГЗ (в среднем за год 20,1 ‰), а в период 2009-2016 гг. - акушерские кровотечения (в среднем за год 8,8 ‰).

При проведении детального сравнительного анализа клинических и медико-социальных характеристик у женщин с массивными акушерскими кровотечениями, в критическом состоянии, среди которых 112 выжили (I группа) и 29 погибли (II группа), были выявлены наиболее значимые факторы риска МС, сформированные в 6 групп, и установлена их приоритетность. Вычисленные суммарные весовые индексы по каждому фактору показали, что по силе влияния на летальный исход наибольшую значимость имеет сумма акушерских факторов (весовой индекс  $\sum w=71,6$ ) и клинические факторы ( $\sum w=51,8$ ). Ниже роль хирургических методов остановки кровотечения ( $\sum w=29,6$ ) и медицинской активности медицинских

работников и женщин ( $\sum w=26,8$ ), менее всего влияли на смерть женщины при „near miss” биологические ( $\sum w=4,9$ ) и социальные ( $\sum w=8,2$ ) факторы.

Среди последних факторов относительный риск смертельного исхода у женщин, не состоявших в браке, в 6 раз превышал средний риск. Это связано с их поздним обращением в СП и поступлением в стационар в крайне тяжелом состоянии.

При анализе качества диспансерного наблюдения установлено, что среди умерших женщин (по сравнению с выжившими) значительно больший процент их не наблюдались у эндокринолога, хирурга. Наиболее высокий относительный риск (OR) летального исхода отмечен при отсутствии обследования на RW<sub>1</sub>, и HBsAG<sub>1</sub> (OR=7,6 и 3,1), что косвенно связано с поздним взятием беременной на учет, а также при отсутствии анализов мочи (OR=2,4) и анализа выделений (OR=1,5), и УЗИ плода, в результате чего были пропущены заболевания почек, инфекций мочеполовых путей и акушерская патология. Установлено, что выявляемость соматических заболеваний в I звене в 2 раза ниже, чем в стационаре как среди умерших (1,6 против 2,9 заболеваний на 1 женщину в среднем), так и среди выживших (1,1 против 2,1). Эти факты указывают на необходимость, более качественного обследования и наблюдения за беременными на догоспитальном этапе, начиная с самых ранних сроков. Среди клинических факторов, наибольший относительный риск развития летального исхода, превышающий средний риск в 8 и 3 раза отмечен у женщин при наличии ОРВИ, бронхопневмонии и гепатита и у женщин с тяжелой анемией (Hb $\leq$ 69 г/л) (OR=2,5), что требует активного лечения беременных с анемией в I звене.

Во время беременности в стационаре лечились 21,4% из выживших женщин и 34,5% - из умерших, что связано с более тяжелым течением беременности и высокой частотой ЭГЗ у последних. При этом только 20,8% из умерших были госпитализированы до родов заранее, что свидетельствует о недостаточной оценке риска развития осложнений в родах. В связи с этим умершие женщины чаще поступали в стационар в тяжелом и крайне тяжелом состоянии (37,9%), по сравнению с выжившими (17,9%). При этом у поступивших в крайне тяжелом состоянии, относительный риск летального исхода в 19 раз превышает средний риск. Следует отметить, что состояние при поступлении оказывает наибольшую силу влияния ( $w=37,4$ ) среди суммы клинических факторов. Наибольший вес на летальный исход оказывает сумма акушерских факторов, в первую очередь объем кровопотери ( $w=59,6$ ) и осложнения беременности и родов ( $w=5,9$ ). Наиболее частыми осложнениями у умерших женщин были предлежание плаценты и ПОНРП, при которых относительный риск летального исхода превышает средний риск соответственно в 2,6 и 15 раз. Эти наиболее грозные осложнения в акушерской практике требуют принятия экстренных более радикальных мер.

Всем 100% умершим женщинам (беременным, родильницам) были проведены операции кесарева сечения в экстренном порядке. В группе выживших хирургическая помощь оказана 86,6% женщин, среди которых

экстренное чревосечение было проведено в 71,7% случаев. В структуре показаний к абдоминальному родоразрешению у всех женщин значительно преобладала ПОНРП, причем у умерших женщин удельный вес этой причины был в 2 раза выше по сравнению с выжившими (70,6% против 35,0%;  $p < 0,05$ ).

Анализ хирургических вмешательств у женщин после абдоминальных родоразрешений, самопроизвольных родов и после прерывания беременности показал, что относительный риск летального исхода при первой лапаротомии минимальный ( $OR=0,67$ ). Однако при релапаротомиях относительный риск неблагоприятного исхода значительно превышает средний риск ( $OR=$  от 5,2 до 9,5), особенно при релапаротомии после самопроизвольных родов ( $OR=9,5$ ), что связано с увеличением объема кровопотери и последующими осложнениями.

Следовательно, для снижения риска материнской смертности необходимо своевременно и качественно проводить оперативное лечение с тем, чтобы снизить, число повторных лапаротомий.

Сравнительный анализ изучаемых групп по объему кровопотери показал, что по мере увеличения объема кровопотери риск неблагоприятного исхода увеличивается, превышая средний риск в 7 раз при кровопотере от 3500 до 4000 мл ( $OR=7,5$ ) и в 15 раз при кровопотере от 4000 мл и более ( $OR=15,5$ ).

Проведена экспертная оценка своевременности, объема и качества инфузионно - трансфузионной терапии (ИТТ) при разных уровнях кровопотери в 2-х сравниваемых группах. Установлено, что при всех случаях массивных кровотечений в группе умерших, скорость и объем восполнения кровеносного русла значительно отставали от скорости и объема кровотечения. В тоже время в группе «выживших» объем ИТТ в 2 раза превышал объем кровопотери. ИТТ различалась и по качественному составу. Среди «умерших» отмечался недостаточный объем свежзамороженной плазмы (СЗП), коллоидов, кристаллоидов и медленный темп их введения, а среди «выживших» вводились сразу большие объемы коллоидов, кристаллоидов, СЗП. Недостаточное обеспечение компонентами крови и отсутствие единого подхода в лечении послеродовых кровотечений не позволило использовать все потенциальные возможности ИТТ для реализации органосохраняющей тактики, что привело к радикальным хирургическим вмешательствам (гистерэктомия). Частота гистерэктомии как способа достижения гемостаза при кровотечениях, составила 67,6% в группе умерших и 26,5% в группе выживших.

Таким образом, в снижении числа неблагоприятных исходов беременности и родов при кровотечениях видна значительная роль качественной диагностики и оценки состояния беременных при поступлении в стационар, адекватной оценки кровопотери и своевременного и качественного хирургического вмешательства и ИТТ, что может нивелировать силу влияния вышеуказанных факторов.



Четвертая глава диссертации «**Клинический анализ материнских потерь от других причин с позиции предотвратимости**» состоит из 6 подглав. В них приводится клинический анализ 98 случаев МС от соматической патологии, гипертензивных состояний (преэклампсии), акушерской эмболии, гнойно-септических заболеваний, ятрогенных осложнений и травматизма. Частота МС от ЭГЗ в Ташкенте с 2002-2008 гг. до 2009-2016 гг. снизилась почти в 4 раза (с 20,1 до 5,4 на 100000 родивших), заняв 2-е место (39,4%) в структуре МС. Учитывая наибольший удельный вес ОРВИ, пневмонии (67,7%) в структуре причин МС от ЭГЗ, мы совместно с вирусологами провели вирусологическое исследование (ПЦР-диагностика сывороток крови) у женщин с ОРВИ с пульмонарным синдромом (27) и пиелонефритом (4). Искомые хантавирусы не выявлены. Среди умерших от ЭГЗ заболевания сердца составили 16,1% (врождённый и приобретённые пороки сердца, инфаркт миокарда, кардиомиопатия) и 6,5% острый вирусный гепатит. Остальную группу женщин (9,6%), погибших от ЭГЗ, составили, беременные с разрывом аневризмы сосуда головного мозга, острым лейкозом, острым панкреатитом и другие), часть из которых невозможно было предсказать и предупредить. Выявлено, что умершие от ОРВИ женщины поступали в критическом состоянии с необратимыми процессами после длительного лечения народными средствами, с опозданием взяты на ИВЛ при выраженной дыхательной недостаточности, с опозданием решался вопрос о досрочном прерывании беременности. Беременную в карете скорой помощи в течение двух часов возили из одного родильного комплекса в другой из-за отсутствия преемственности. Беременность была противопоказана женщинам с комбинированным врожденным пороком сердца (дефект межпредсердной перегородки и стеноз устья аорты) и заболеванием гепатитом А накануне зачатия.

Преэклампсия и эклампсия в структуре МС занимает 3-е место. Клинический анализ «индивидуальных карт беременных и рожениц», за 2002-2008 гг., выявил, что не было полноценного ведения беременных в семейной поликлинике. А 4 умерших из 12 вообще не состояли под наблюдением врача семейной поликлиники, и только 1 из них лечилась в стационаре от хронического пиелонефрита.

Женщины были доставлены в стационар с опозданием при наличии необратимых изменений в жизненно важных органах, в результате чего усилия медицинских работников стационара оказались неэффективными. Остальные 6 беременных из 8 наблюдавшихся последние 1-2 недели не посещали врача семейной поликлиники. Они поступали в стационар в тяжелом и коматозном состоянии и с необратимыми процессами. Непосредственной причиной смерти у них были полиорганная недостаточность (10), отек легких и мозга (1), кровоизлияния в мозг (1).

В 2009-2016 гг. частота смерти от преэклампсии снизилась на 30%, что связано с улучшением качества наблюдения за беременными в I звене. Частота МС от ятрогенных и других осложнений за 2 изучаемых периода

снизилась в 4 раза и составила 1,5‰. Детальный анализ умерших от ятрогенных осложнений (13 женщин), показал, что половина женщин (6) погибла от анафилактического шока на введенные препараты, 3 женщины – от осложнений анестезии, и еще 3 – от хирургических и анестезиологических травм. Отягчающими моментами были: экстренное хирургическое вмешательство, наличие тяжелой преэклампсии, ожирения, крайне тяжелое состояние при поступлении. Ошибки медицинского персонала заключались в недооценке аллергологического анамнеза, необоснованного назначения лекарственных препаратов, недостаточной квалификации анестезиологов – реаниматологов и акушеров – гинекологов, приведшие к травмам соседних органов при производстве оперативных вмешательств.

На 4-м месте в структуре МС находится эмболия, частота которой за 2 изучаемого периода не имеет тенденции к снижению. В нашем исследовании 6 женщин скончались от ТЭЛА и 2 – от эмболии околоплодными водами. 5 женщин погибли в течение первых 4 часов от родоразрешения, что свидетельствует об изменении системы гемостаза под влиянием патологии беременности, родового акта и послеродового периода. Все случаи признаны непредотвратимыми.

МС от гнойно-септических заболеваний за изучаемые периоды снизилась в 2 раза и составила 1,8. Все умершие женщины имели факторы риска развития послеродовых септических осложнений (ЭГЗ, TORCH - инфекция, очаги инфекции, домашние роды и другие). Клинический анализ выявил ряд недочетов. В частности, недооценка и неправильная интерпретация симптомов в 2-х случаях привели к запоздалой диагностике септического состояния (у 1 женщины – через 9 суток, у другой – посмертно через 27 дней после родов). Посев крови на гемокультуру с определением чувствительности к антибиотикам не был произведен у 2-х женщин с длительностью пребывания в стационаре 3 и 14 суток, а у 1-й - произведен с большим опозданием (на 19 и 22 день после родов). При наличии факторов риска проводилась нерациональная антибиотикотерапия. Экспертная оценка показала, что все случаи смерти женщин были предотвратимы.

От *разрыва матки* скончалась одна многорожавшая сельская жительница, поступившая во втором периоде родов. Клинико-экспертный анализ выявил следующие: в клиническом диагнозе нет упоминания о разрыве матки. Противошоковые действия следовало начинать с пункции двух периферических вен и струйного в/в вливания кристаллоидов и коллоидов, но не с эритроцитарной массы. Для обеспечения надежного гемостаза следовало осуществить билатеральную перевязку подчревных артерий. В результате необеспечения гемостаза, несмотря на введение 5 доз эритроцитарной массы, гемоглобин снизился с исходного 90 г/л до 68 г/л. При устранении вышеперечисленных недочетов, женщину, возможно, было спасти.

Таким образом, клинический анализ МС от других причин выявил дефекты в работе различных звеньев здравоохранения. Необходимо усилить

профилактическую работу среди беременных в первичном звене: раннее выявление и 100% охват беременных качественным наблюдением и обследованием, полноценным оздоровлением, при необходимости в условиях стационара. Следует повысить качество медицинской помощи в акушерских комплексах, а именно: правильно оценить состояние при поступлении, своевременно поставить диагноз и проводить постоянный мониторинг для раннего выявления осложнений; при развитии угрожающих состояний своевременно проводить обоснованные и адекватные врачебные мероприятия; повысить качество проводимых оперативных вмешательств и инфузионно - трансфузионных программ.

В пятой главе **«Оценка качества медицинской помощи беременным и роженицам»** диссертации представлены методы анализа и индикаторы качества оказания медицинской помощи. Для оценки качества работы акушерских комплексов нами на основе имеющихся стандартов и протоколов были разработаны 2 программы (бланки) аудита. На их основе впервые была проведена ведомственная внешняя аудиторская проверка по выполнению стандарта (протокола) по кровотечению в послеродовом периоде в 13 родильных комплексах г. Ташкента (приказ №22 ГУЗ г.Ташкента от 6.02.2008г.). Аудит показал, что протоколы выполняются не полностью, медицинский персонал четко не знает своих обязанностей в период критической ситуации, в результате отсутствуют четкие слаженные действия. Была выявлена существенная проблема по оснащению родильных комплексов современной дыхательной, наркозной и другой аппаратурой, инструментарием. Около 15% родильных комплексов не имели возможность проводить биохимические исследования круглосуточно.

Таким образом, проведенный аудит позволил вскрыть определенные недостатки в оказании медицинской помощи по «качеству структуры» (условий оказания помощи) и по качеству процесса. Проспективный опрос руководителей через 10 лет с момента проведения 1-го аудита показал, что все акушерские комплексы оснащены современной медицинской аппаратурой, инструментарием. Однако вопросы повышения качества оказания медицинской помощи остаются актуальными.

Для объективной оценки качества медицинской помощи нами дополнительно были рассчитаны и предложены показатели: «риск МС в течении жизни», оценивающий вероятность гибели женщины от причин, связанных с репродуктивной функцией. Так в 2009 г. в Ташкенте на 1 случай МС приходилось 2601 родов, а в 2016г. 5288 родов, что говорит о благоприятной тенденции. Учитывая значимость критических состояний в формировании МС, рассчитывают «коэффициент количества near miss на 1 МС». Чем выше уровень качества медицинской помощи, тем больше это соотношение (в Великобритании 1:118, в России 1:30). Для проведения мониторинга и детальной оценки качества медицинской помощи беременным и роженицам в стационаре нами совместно с территориальным подразделением «Национальной палаты инновационного здравоохранения

Республики Узбекистан», разработаны дифференцированные индикаторы, основанные на статистических данных и экспертной оценке учетных медицинских документов родильных комплексов. В случаях экстремальных ситуаций нами были разработаны, рассчитаны и проанализированы специфические индикаторы качества акушерской стационарной помощи: правильность и своевременность постановки диагноза, качественный и адекватный объем медицинской помощи, включающие несколько позиций. При определении их чувствительности и специфичности была установлена их высокая чувствительность (72,4%-94,5%) и специфичность (86,6%-91,1%). Они должны лечь в основу составления бланков аудита.

В шестой главе **«Эффективность современных технологий в акушерской практике»** диссертации, включающей 4 подглавы, показаны результаты внедрения стандартов лечения, методика прогнозирования риска развития критических состояний при акушерских кровотечениях, анализ экономической эффективности при уменьшении частоты критических состояний и пути повышения качества медицинской помощи.

После внедрения протоколов уменьшилась частота патологических родов с 17,8% до 13,7%, количество родовозбуждений - в 7 раз, хотя частота несвоевременного излития околоплодных вод за исследуемый период увеличилось на 14%. Почти на 30 % снизилась частота ручного обследования полости матки. Уменьшился объем кровопотери у родильниц. Быстрое решение вопроса о хирургическом гемостазе (перевязке магистральных сосудов, наложении компрессионных швов и другое) в 3 раза снизило частоту ампутаций матки и в 1,5 раза экстирпаций матки. Количество женщин, получивших гемо- и плазмотрансфузий, уменьшилось в 4 раза, что способствовало уменьшению последующих за ними осложнений.

При углубленном анализе историй родов у женщин с массивными кровотечениями оказалось, что после внедрения протоколов (II группа) женщин с массивными кровопотерями было в 2 раза меньше, чем до внедрения протоколов (I группа).

Процент беременных, прошедших в СП необходимые клинико-лабораторные обследования и осмотры врачами специалистами во II группе был значительно выше (89,7%), чем в I (57,3%). После внедрения протоколов во время беременности в стационаре получали лечение значительно больше женщин (34,5%), чем до внедрения (21,4%) в результате во II группе существенно уменьшился процент беременных и рожениц, поступивших в акушерский комплекс с ОРВИ и бронхопневмонией (на 31,9%), с хроническим гепатитом (на 32,5%), и пиелонефритом (на 24,7%). И как следствие, в 4 раза уменьшился процент женщин, поступивших в акушерский комплекс в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Значительно сократилось количество ампутаций и экстирпация матки (28,2% против 71,8% в I группе). Этому способствовало более качественное проведение гемотрансфузионной терапии (согласно протоколам при акушерских кровотечениях).

С целью определения степени риска развития критических состояний у беременных и рожениц, на основе углубленного анализа 283 случаев акушерских кровотечений (142 - случая с благоприятным исходом и 141 - случай с критическим состоянием, включая летальный исход), были изучены факторы развития критических состояний у беременных, рожениц и родильниц: их соматический и акушерский статус, клинические данные, медицинская активность беременных, их биологические и социально-гигиенические характеристики. На основе рассчитанной вероятности появления того или иного фактора при акушерских кровотечениях с благоприятным исходом, а также с критическим состоянием и летальным исходом, были вычислены коэффициенты «относительного риска» QR - ОР развития критических состояний по каждой градации фактора, весовые индексы (w) для каждого фактора и прогностические коэффициенты x, на основе которых была разработана прогностическая таблица для индивидуального прогнозирования. Она дает возможность рассчитать интегрированный коэффициент риска развития критического состояния у беременной и отнести ее в определенную группу риска (низкий, средний, высокий). Это позволит конкретизировать тактику ведения родов. (Табл.1.)

**Таблица 1.**

**Градация групп риска развития критического состояния при акушерских кровотечениях**

Диапазоны риска	Границы диапазонов	Группа риска	Группа прогноза
Низкий	1,6 – 1,86	Благоприятный	Наименьшая вероятность формирования критических состояний
Средний	1,87 – 2,0	Требуется максимального внимания	Средняя вероятность формирования критических состояний
Высокий	2,1 – 2,4	Неблагоприятный	Наибольшая вероятность формирования критических состояний

Нами рассчитана экономическая эффективность при снижении частоты критических состояний, с учётом экономических затрат на медицинское обслуживание женщины в период беременности, родов и после родов в связи с пребыванием в стационаре на исследуемый период, с учетом среднестатистического индекса цен 2018 г.

При сравнении экономических затрат при физиологических родах, при осложненных родах с оперативным родоразрешением с применением современных технологий и при ведении женщины в критическом состоянии, и учитывая, что среднее число развития критических состояний при массивных акушерских кровотечениях в одном акушерском комплексе может составлять в среднем 20 случаев в год, экономические потери государства при развитии критических состояний составят в 3 раза больше по сравнению

с осложненными родами. Следовательно, мероприятия по снижению количества случаев массивных акушерских кровотечений помогут сократить экономические потери государства.

Проведенное исследование позволило выявить множество положительных результатов по качеству условий оказания медицинской помощи, по качеству процесса и по качеству результата. В то же время выявлены ряд негативных моментов и проблем в оказании лечебно-профилактической помощи беременным и роженицам, что позволило наметить ряд направлений в улучшении ее качества с целью снижения МС. В первую очередь, это касается организации медицинской помощи в первичном звене, модернизации и улучшения обеспеченности стационаров современным оборудованием, повышения профессиональной квалификации и навыков медицинских кадров, оптимизации контроля медицинской помощи.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Успешная реализация этапов реформирования системы здравоохранения в Республике Узбекистан, в основе которых лежит создание эффективной системы охраны материнства и детства, обеспечили возможность достижения пятой цели, сформулированной в Целях развития тысячелетия (MDG 5): добиться снижения материнской смертности на 1/3, а также стойкой стабилизации этого показателя на протяжении последних 10 лет.

В структуре материнской смертности на протяжении многих лет ведущее место занимают акушерские кровотечения; на втором – гипертензивные состояния; на третьем – септические осложнения; далее – прочие причины. В основе всех случаев материнской смерти лежит плохая коммуникация и координация служб, оказывающих экстренную помощь; отсутствие стандартных подходов при оказании медицинской помощи, существенные недостатки лабораторно-диагностической службы, отсутствие навыков работы персонала в команде.

2. Сравнительный клинико-статистический анализ случаев критических состояний и случаев материнской смертности при акушерских кровотечениях показал, что наибольшую силу влияния на летальный исход оказывают акушерские факторы, где суммарный весовой индекс составляет 71,6: в первую очередь - объем кровопотери ( $w=59,6$ ). На втором месте находятся клинические факторы ( $\sum w=51,76$ ), среди которых основную значимость имеет общее состояние при поступлении ( $w=37,4$ ). Третье место занимает применение хирургических методов остановки кровотечений ( $\sum w=29,6$ ), где наибольшее влияние оказывают использованные вмешательства при родах через естественные родовые пути ( $w=15,8$ ). При этом, как правило, кровопотеря становится массивной, что не позволяет реально оценить объем кровопотери и во многом увеличивает время от начала кровотечения до применения эффективных хирургических мероприятий. Проведенный анализ

организационных и медицинских факторов, приводящих в одних случаях к материнской смертности; в других - к развитию критических состояний, свидетельствуют, что они однотипны и сопоставимы.

3. Оказание медицинской помощи беременным женщинам на антенатальном и стационарном этапах находится на низком качественном уровне, что подтверждается некорректной постановкой диагноза на догоспитальном этапе, недооценкой тяжести патологического процесса, некачественными результатами ультразвукового обследования, гипердиагностикой при оценке маточно-плацентарного кровотока, что приводит к неправильному выбору лечения и неадекватной тактике ведения, а также к необоснованным вмешательствам, ненужному применению различных медикаментозных средств. Все это способствует запоздалой госпитализации беременных и рожениц, недооценке тяжести ее состояния, затягиванию времени постановки диагноза и принятия эффективных решений, что, в конечном итоге, приводит к фатальному исходу состояния пациентов.

4. Широкое внедрение в практику здравоохранения современных прогрессивных технологий, как на антенатальном, так и госпитальном этапах оказания медицинской помощи беременным женщинам, позволило снизить инвалидизацию женщин репродуктивного возраста в 3 раза; снизить частоту массивных акушерских кровотечений в 2 раза, уменьшить объем гемо- и плазматрансфузий в 1,8 раза, уменьшить частоту и тяжесть трансфузионных осложнений в 3 раза. Интегрированная оценка факторов риска развития критических состояний при акушерских кровотечениях установила наибольшее влияние на развитие «near miss» наличие и тяжесть фоновых соматических заболеваний ( $w=3,7$ ).

5. При возникновении критических состояний у беременных женщин следует строго использовать стандартизированные подходы к диагностике, лечению и выбору тактики ведения. Для выявления причинно-следственных связей, приведших к развитию критических состояний, целесообразно внедрить во всех родовспомогательных учреждениях аудит применяемых клинических протоколов и аудит случаев критических состояний. Это способствует повышению качества анализа недостатков и ошибок в применяемой медицинской практике, создаст благоприятные условия для проведения мониторинга за качеством и эффективностью выполняемых диагностических и лечебных процедур, вовлечения всего персонала (медицинского и вспомогательного) к оказанию требуемой медицинской помощи пациентам.

6. Аудит критических состояний «near miss» у беременных является эффективным и рациональным инструментом повышения качества оказания медицинской помощи, когда на основе глубокого анализа профессиональных, организационных и социально-гигиенических факторов, а также с учетом мнения самого пациента и его родственников, можно без предвзятости, конфиденциально и объективно выявить проблемы, которые

привели к тяжелым акушерским осложнениям, и разработать меры по их решению. Также, эта форма анализа обеспечивает возможность привить всему персоналу нормы и правила корпоративной этики и исключить дефекты коммуникации с пациентами и их родственниками.

7. Оказание медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам более чем в половине случаев осуществляется в экстренной ситуации, требующей, как правило, междисциплинарного и интегрированного подхода. Поэтому крайне важно размещение родильных комплексов (отделений) в составе многопрофильных клиник (больниц).

Для объективной оценки качества медицинской помощи, наряду с общепринятыми статистическими показателями работы родовспомогательных учреждений, целесообразно использовать «показатель риска возникновения критических акушерских состояний» - число родов на один случай «near miss», характеризующий деятельность медицинского персонала родовспомогательных учреждений до наступления «near miss».



**ONE-TIME SCIENTIFIC COUNCIL AT THE SCIENTIFIC COUNCIL ON  
THE ADMISSION OF SCIENTIFIC DEGREES DSc.04/30.12.2019. Tib.29.01  
AT THE TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE**

---

**TASHKENT INSTITUTE OF ADVANCED MEDICAL TRAINING**

**AN ANDREY VLADIMIROVICH**

**IMPROVEMENT OF QUALITY OF PROVIDING MEDICAL  
CARE TO PREGNANT WOMEN WITH CRITICAL CONDITIONS**

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

**DISSERTATION ABSTRACT OF THE DOCTOR OF SCIENCES (DSc)  
ON MEDICAL SCIENCES**

**TASHKENT – 2020**

The theme of the doctoral (DSc) dissertation was registered at the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under B2019.4.DSc/Tib402.

The dissertation was carried out at the Tashkent Institute for Advanced Medical Training.

The abstract of the was posted in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is available on the website of the Scientific Council ([www.tashpmi.uz](http://www.tashpmi.uz)) and the information and educational portal Ziyonet ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Scientific consultants::** **Asadov Damin Abdurakhimovich**  
Doctor of Medical Sciences, Professor  
**Pakhomova Zhanna Evgenievna**  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**Official opponents:** **Iskandarova Shakhnoza Tulkinovna**  
**Doctor of Medical Sciences, Professor**  
**Lee Don Uk**  
**Doctor of Medical Sciences, Professor**  
**Yusupov Usman Yuldashevich**  
**Doctor of Medical Sciences**

**Leading organization:** **FSBEI of HE "Moscow State Medical and Dental Dental University named after A.I. Evdokimova "**

The defense of the thesis will be held on \_\_\_\_\_ 2020 years \_\_\_\_\_ hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 at the Tashkent Pediatric Medical Institute (Address: 100340, Tashkent, Bogishamol st., 223. Tel.: (+99871) 2603126, fax (+99871) 2623314, e-mail: [tashpmi@gmail.com](mailto:tashpmi@gmail.com)).

A doctoral thesis can be found in the Information Resource Center of the Tashkent Pediatric Medical Institute (registered for number \_\_\_\_\_). Address: 100140, Tashkent, st. Bogishamol, 223. Tel. : (+99871) 2603126.

The dissertation is sent \_\_\_\_\_ 2020 year.  
(mailing protocol No. \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_ 2020 year)



**Alimov A.V.**  
Chairman of the Scientific Council  
for awarding the scientific degrees,  
Doctor of medical science, professor

**E.A. Syamansurova**  
Scientific Secretary of the Scientific Council  
for awarding the scientific degrees,  
Doctor of medical science, professor

**Ahmedova D.I.**  
Chairman of the Scientific Seminar at the Scientific Council  
for awarding the scientific degrees,  
Doctor of medical science, professor

## INTRODUCTION (abstract of the DSc dissertation)

**The aim of the research** is to study the clinical and organizational aspects of critical conditions in obstetric practice to develop approaches to managing the gestational period and to improve the quality of medical care for pregnant women and women in labor to reduce maternal mortality and disability of women of reproductive age.

**The object of the research** the objects of study were city maternity hospitals No. 5,6,7 and the Tashkent city Perinatal Center. The observation units were pregnant women, women in labor and women in childbirth who were in critical condition but survived (112), and 142 women with obstetric bleeding without developing a critical condition, as well as all cases of maternal mortality for the period 2002-2016 in Tashkent.

**The scientific novelty of the research** is as follows:

for the first time, the need for a comparative analysis of critical conditions and fatal cases in obstetric practice in the same clinical situations is scientifically substantiated. The similarity of risk factors „near miss” and MS and the advantage of studying critical obstetric conditions to reduce MS are proven; a set of clinical and organizational measures aimed at reducing critical conditions and maternal mortality has been scientifically substantiated. Based on a comprehensive analysis, the effectiveness and feasibility of introducing modern technology and auditing into obstetric practice has been proven;

for the first time, an external audit was conducted on the management of the third period of childbirth in obstetric hemorrhages in obstetric institutions;

for the first time, a comprehensive integrated assessment of risk factors for the development of critical conditions during bleeding was carried out and a prognostic table was developed for individual prediction of the development of this condition;

for the first time, economic losses were calculated in cases of near miss in comparison with complicated delivery without the development of critical conditions;

for an in-depth comprehensive analysis of the work of obstetric institutions, an expert assessment program is recommended - differentiated quality indicators based on clinical and statistical analysis of medical records. Specific indicators have been developed and calculated for assessing the quality of medical care in obstetric hospitals during the audit, which fully evaluate every case of maternal mortality with a high degree of sensitivity and specificity;

the need for standardized approaches to managing pregnant women and women in childbirth, and treatment tactics in extreme situations are scientifically substantiated.

**Implementation of the research results.** The results of the study were used by the Ministry of Health of Uzbekistan and the Main Department of Health of Tashkent at meetings to reduce maternal mortality; Board meetings on the state of maternal mortality in the republic and measures to reduce it.

Methodological recommendations for hospital doctors “Predicting the risk of developing a critical condition in obstetric bleeding” were developed and approved (opinion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8n-d / 199 dated September 29, 2019). The introduction of these guidelines in the city perinatal center and maternity hospital No. 6 allowed us to improve measures to prevent the development of a critical condition in obstetric bleeding.

The developed specific indicators of the quality of obstetric care for conducting an internal audit in critical conditions are implemented in the quality control system of the city maternity complex No. 6 and the Tashkent city perinatal center.

The economic effect of predicting and preventing the development of critical conditions during obstetric hemorrhage amounted to 40 million sums per year in one hospital. In general, in obstetric hospitals in Tashkent, this will lead to savings in a large number of budget funds.

**The structure and volume of the dissertation.** The thesis is presented on 200 pages of computer text, consists of introduction, review of literature, chapters, materials and research methods, 6 chapters of own research, conclusions, practical recommendations.

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

**I бўлим (I часть; part I)**

1.Кипарисов В.Б., Ан А.В. Характеристика первичной инвалидности вследствие травм в Москве. //Медико-социальная экспертиза и реабилитация.- М. №3 -2006.- С.39-41. (14.00.00; 24.12.2009, №111)

2.Ан А.В., Мусабаев Э.И. Этиологическая расшифровка инфекционных заболеваний у беременных с симптомами лихорадки и легочным синдромом // Лікарська справа. Врачебное дело. –Київ “Здоров’я”. -2007. - №8. –С. 66-68. (14.00.00; 24.12.2009, №47)

3.Ан А.В. Течение и исход беременности, протекающей на фоне острой респираторной вирусной инфекции //Лікарська справа. Врачебное дело. – Київ “Здоров’я”. - 2007. -№7. –С. 73-76. (14.00.00; 24.12.2009, №47)

4.Пузин С.Н., Ан А.В, Хубутия Б.Н., Шкурко М.А.Формирование доступной для инвалидов среды жизнедеятельности.//Медико-социальная экспертиза и реабилитация.- М. №4 -2007.- С.3-5. (14.00.00; 24.12.2009, №111)

5.Юсупова А.Н., Ан А.В. Материнские потери у юных женщин //Репродуктивное здоровье детей и подростков. -2009. – М., №4. –С.69-73. (14.00.00; 24.12.2009, №117)

6.Токова З. З., Тетруашвили Н. К., Ан А. В. Материнская смертность при преждевременных родах //Акушерство и гинекология. – М., 2010. - №6. - С. 97-101. (14.00.00; №1)

7.Ан А.В. Пахомова Ж.Е. Критические состояния при акушерских кровотечениях. //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - М., №4 - 2010. - С.33-36. (14.00.00; 24.12.2009, №51)

8.Ан А.В. Здоровье беременных и акушерские кровотечения //Проблемы репродукции – М.; №4 - 2010 – С. 78-80. (14.00.00; 24.12.2009, №161)

9.Ан А.В. Контрацептивное поведение жительниц Ташкента в современных условиях //Репродуктивное здоровье детей и подростков. –М., 2010. -№1. –С.23-27. (14.00.00;24.12.2009, №117)

10.Ан А.В. Пахомова Ж.Е. Материнская летальность после кесарева сечения //Проблемы репродукции – М.; №3 – 2010. - С.83-85. (14.00.00; 24.12.2009, №161)

11.Ан А.В., Пахомова Ж.Е. Экстрагенитальная патология у беременных женщин в регионе с высокой рождаемостью //Здравоохранение РФ.-М.,№4-2010. - С.45-48. (14.00.00; №52)

12.Ан А.В. Юсупова А.Н. Преждевременные роды – фактор риска материнской смертности //Здравоохранение РФ. -М, №5 – 2010. – С.38-40. (14.00.00; №52)

13.Мусаходджаева Д.А., Каландарова А.Н., Ан А.В. Роль цитокинов во время развития родовой деятельности // Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, 2010. - №6. С.76-77. (14.00.00; №3)

14.Федорова Т.А., Рогачевский О.В., Ан А.В. Принципы инфузионно-трансфузионной терапии массивного акушерского коагулопатического кровотечения (клиническая лекция) //Акушерство и гинекология. – М., 2010. - №6. - С. 142-148. (14.00.00; №1)

15.Логутова Л.С., Ан А.В. Современные подходы к оказанию акушерской помощи с целью снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. // Российский вестник акушера-гинеколога. – М., №6 – 2012. – С.4-6. (14.00.00; 24.12.2009, №185)

16.Andrey V.An Cases of Clinically Proven Hantavirus Infection with a Pulmonary Syndrome among Pregnant Women in Tashkent, Uzbekistan. //IJBM International Journal of Biomedicine. – [www.ijbm.org](http://www.ijbm.org), ISSN: 2158-0529, N.-Y., Vol.2 Issue 4 – 2012. P.269-272. (№10) Web of Science, (№12) Index Copernicus, (№25) Directory of Open Access Journals .

17.Andrey Ahn, The efficiency of modern technology in pregnant women with hypertensive states. // Medical and Health Science Journal. – Prague ISSN: 1804-1884, Vol 13, - 2012. – P.20-24. (№5) Global impact factor 0,689, (№12) Index Copernicus Value [ICV] – 75, 2600.

18.Асадов Д.А., Ан А.В. Эффективность современных технологий в акушерской практике. // Лікарська справа. Врачебное дело. – Київ “Здоров’я”. - 2013. -№1. –С. 100-104. (14.00.00; 24.12.2009, №47)

19.Ан.А.В. Роль инфузионно-трансфузионной терапии в снижении материнских потерь.// European multi science journal.- Budaörs. Венгрия. №30-2019.P. 8-12. (№5) Global impact factor - 0,689, (№12) Index Copernicus.

20.Асадов Д.А., Ан А.В. Анализ критических состояний и материнских потерь с позиции их предотвратимости.// Бюллетень Ассоциации врачей Узбекистана.-Ташкент. №1 -2020– С.6-11.

21.Асадов Д.А., Ан А.В. Характеристика динамики материнской смертности и результаты внедрения клинических протоколов в акушерскую практику.// Бюллетень Ассоциации врачей Узбекистана.-Ташкент. №1 -2020. – С.63-67.

## **II бўлим (II часть; part II)**

22.Тухтаев К.Р., Расулев К.И., Ан А.В.Морфологические особенности эпителиального пласта и собственной пластинки слизистой оболочки тонкой кишки в раннем постнатальном онтогенезе в условиях искусственного вскармливания. // Морфология. VIII Международный конгресс ассоциации морфологов. - Санкт-Петербург., 2006. - Т.126. №4. С – 126

23.Мусаходджаева Д.А., Музафарова С.А., Хайдарова Ф.А., Исанбаева Л.М., Ан А.В. Уровень медиаторов иммунного ответа при патологии репродуктивной функции у девушек // Методические рекомендации. – Ташкент, 2009. – С.13.

24.Юсупова А.Н., Фролова О.Г., Дурасова Н.А., Ан А.В. Роль инфекционной патологии в структуре материнской смертности //Мать и дитя: Матер. III регионального научного форума. –Саратов, 30/VI-2/VII-2009/ -М. - 2009. –С. 326-327.

25. Ан А.В., Юсупова А.Н. Материнские потери в регионе со средним уровнем рождаемости //Мать и дитя: Матер. X юбилейного Всероссийского научного форума. –М., 2009. –С. 485-486.

26. Ан А.В. Организационные аспекты профилактики материнской смертности на догоспитальном этапе //Журнал Российского общества акушеров -гинекологов. -№1. -2010. –С11-12

27. Ан А.В., Пахомова Ж.Е. Оптимизация выбора метода контрацепции //Сборник трудов Всеросс. Конгресса “Амбулаторно-поликлиническая практика – новые горизонты”. – М., 2010. –С. 14-15.

28. Ан А.В., Юсупова А.Н. Абдоминальное родоразрешение и материнские потери //Проблемы репродукции (спец. выпуск). IV Международный конгресс по репродуктивной медицине. – М., 2010. –С.10.

29. Пахомова Ж.Е., Ан А.В. Послеродовые кровотечения. Стандартизация оказания помощи. Повышение качества медицинских услуг. // Республиканская научно-практическая конференция на тему: Актуальные проблемы акушерства и гинекологии. – Ургенч, 2011.- С. 21-22.

30. Пахомова Ж.Е., Ан А.В. Методологические подходы к анализу материнской смертности. // VIII съезд акушеров-гинекологов Узбекистана. – Ташкент, 2013- С.65-66.

31. Ан А.В. Повышение качества медицинской помощи беременным с критическими состояниями. // Республиканская научно-практическая конференция на тему: «Старшие научные сотрудники-соискатели в сфере здравоохранения», - Ташкент, 2016.- С. 16-17.

32. Ан А.В., Асадов Д.А., Пахомова Ж.Е. Прогнозирование риска развития критического состояния при акушерских кровотечениях // Методические рекомендации.- Ташкент, 2019. – 13 с.