

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.27.06.2017.Tib.29.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АКУШЕРЛИК ВА  
ГИНЕКОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**ЮСУПБАЕВ РУСТЕМ БАЗАРБАЕВИЧ**

**ЖАРРОХЛИК УСУЛИ БИЛАН ТУҒДИРИЛГАН АЁЛЛАРДА ОНАЛИК  
ЎЛИМИНИ КАМАЙТИРИШ ЙЎЛЛАРИ**

**14.00.01 – Акушерлик ва гинекология**

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

**ТОШКЕНТ- 2018**

**Докторлик (DSc) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата докторской (DSc) диссертации**

**Content of the abstract of doctoral (DSc) dissertation**

**Юсупбаев Рустем Базарбаевич**

Жаррохлик усули билан туғдирилган аёлларда оналик ўлимини  
камайтириш йўллари..... 3

**Юсупбаев Рустем Базарбаевич**

Пути снижения материнской смертности при оперативном  
родоразрешении..... 29

**Yusupbaev Rustem Bazarbaevich**

Waysof decrease in maternal mortality at operative  
deliver..... 53

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works ..... 56

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМий ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.27.06.2017.Tib.29.01 РАҚАМЛИ ИЛМий КЕНГАШ**

---

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АКУШЕРЛИК ВА  
ГИНЕКОЛОГИЯ ИЛМий-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**ЮСУПБАЕВ РУСТЕМ БАЗАРБАЕВИЧ**

**ЖАРРОХЛИК УСУЛИ БИЛАН ТУҒДИРИЛГАН АЁЛЛАРДА ОНАЛИК  
ЎЛИМИНИ КАМАЙТИРИШ ЙЎЛЛАРИ**

**14.00.01 – Акушерлик ва гинекология**

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

**ТОШКЕНТ- 2018**

**Докторлик (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида № В2017.2.DSc/Tib148рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифаси ([www.tashpmi.uz](http://www.tashpmi.uz)) ва «Ziyonet» ахборот таълим тармоғига ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

**Расмий  
оппонентлар:**

**Аюпова Фарида Мирзаевна**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Каттаходжаева Махмуда Хамдановна**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Негматжанов Боходур Балтаевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи  
ташкilot:**

Днепропетровск тиббиёт академияси (Украина)

Диссертация ҳимояси Тошкент педиатрия тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.29.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2018 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ куни соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100140, Тошкент шаҳри, Юнусобод тумани, Боғишамол кўчаси, 223-уй. Тел./факс: (+99871)-2623314; e-mail: [mail@tashpmi.uz](mailto:mail@tashpmi.uz)).

Докторлик диссертацияси билан Тошкент педиатрия тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№\_\_\_сон билан рўйхатга олинган). Манзил:100140, Тошкент шаҳри, Юнусобод тумани, Боғишамол кўчаси, 223-уй.Тел./факс: (+99871)-2623314.

Диссертация автореферати 2018 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ да тарқатилди.  
(2018 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**А. В. Алимов**

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

**Э. А. Шамансурова**

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 (DSc) диссертацияси аннотацияси)**

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Дунёда оналар ўлими ҳолатларининг 99%дан зиёдроғи ривожланаётган давлатларда, уларнинг ярмидан кўпроғи – Осиё мамлакатларида содир бўлиб келмоқда<sup>1</sup>. Сўнгги 10 йилликдаги оналар ўлими (ОЎ) таҳлил қилинганда, операция йўли билан туғдиришдаги муаммолар аниқланган бўлиб, булар йилдан-йилга такрорланиб, айниқса, кесарча кесиш (КК) йўли билан туғдиришда содир бўладиган қон кетишлар ОЎнинг асосий сабабчиси бўлиб келмоқда. Асоратларнинг аксарияти КК амалиёти вақтидаги давомли қон кетиши билан боғлиқ бўлгани учун, операция вақтида ўтказиладиган гемостаз, ҳамда қон кетишни барвақт аниқлаш ва даволашнинг самарали янги усуллари ишлаб чиқиш акушерлик амалиётида турган энг муҳим масала бўлиб қолмоқда.

Жаҳон миқёсида оналар касалланиши ва ўлимини камайтиришга қаратилган чора-тадбирларнинг самарадорлигини ошириш мақсадида қатор, илмий тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бу борада кушерлик амалиётида қон кетишларнинг хавф омилларини аниқлаш ва уларнинг таъсирини камайтириш; қон кетиш хавфи бўлган ҳомиладорларни ташхислаш ва даво усуллари оптималлаштириш; ҳомиладор аёлларни жарроҳлик йўли билан туғдиришда ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш ва бартараф этишнинг замонавий усуллари татбиқ қилиш; аъзони сақловчи жарроҳлик тактикаларини ишлаб чиқиш каби йлмий йўналишлар устувор бўлиб қолмоқда.

2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясида “оила саломатлигини мустаҳкамлаш, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, оналар ва болаларнинг сифатли тиббий хизматга эришишини кенгайтириш, уларга ихтисослаштирилган ва юқори технологияларга асосланган тиббий ёрдам кўрсатиш, чақалоқлар ва болалар ўлимини камайтириш бўйича комплекс чора-тадбирларни янада амалга ошириш” вазифалари белгиланган<sup>2</sup>. Бу борада, аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга қўтариш, оналар ўлимига олиб келадиган акушерлик амалиётидаги қон кетишларининг сабабларини, хавф омилларини аниқлаш ва оптимал даво чораларини ишлаб чиқишга қаратилган инновацион технологияларни тадбиқ қилиш мақсадга мувофиқдир.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон Фармони билан тасдиқланган «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси» ва 2017 йил 20 июндаги ПҚ – 3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий

<sup>1</sup> Trends in maternal mortality 1990–2013. Geneva:World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/>).

<sup>2</sup>Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон Фармони билан тасдиқланган «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси»

ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиялар тараққиётининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот Ўзбекистон Республикаси фан ва технологияларни ривожлантиришнинг V. “Тиббиёт ва фармакология” устувор йўналишларига мос равишда бажарилган.

**Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий тадқиқотлар шарҳи<sup>3</sup>.**

Оў ва касалланишини камайтиришга қаратилган илмий тадқиқотлар дунёдаги етакчи илмий марказлари ва олий таълим муассасаларида, шу жумладан: American Academy College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American Academy of Family Physicians, School of Public Health, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill (АҚШ), Department of Obstetrics and Gynecology, International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO), Pushpagiri Medical College (Хиндистон), “Академик В.И.Кулаков номидаги акушерлик, гинекология ва перинатология илмий маркази”, Сибир давлат тиббиёт институти (Россия), Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказида (Ўзбекистон) амалга оширилмоқда.

Жаҳонда КК амалиёти вақтида ва амалиётдан кейинги даврда катта миқдорда қон кетиш (КМҚК) хавф омилларини аниқлаш, ташхислаш, даволаш ва олдини олишга йўналтирилган илмий тадқиқотлар юзасидан қатор, жумладан, қуйидаги илмий натижалар олинган: КМҚК хавф омиллари ишлаб чиқилган (American Academy College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)); кесарча кесиш (КК) амалиётида КМҚК билан боғлиқ генетик маркерлар аниқланган (American Academy of Family Physicians, School of Public Health, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill (АҚШ)); компрессион чокларнинг КМҚКда самарадорлиги ва камчиликлари аниқланган (Department of Obstetrics and Gynecology, International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO)); сўнгги вақтда қоннинг ивиш тизимининг бузилиши билан кечувчи КМҚК сони ошаётганлиги кўрсатилган (Pushpagiri Medical College); акушерликда В-Lynch бўйича операцияси ишлаб чиқилган (University of Oldenburg, Германия; University of Bern, Швейцария); акушерликдаги қон кетишларнинг кутилмаганда ва катта миқдорда кузатилишини, бу эса турли соматик касалликлар ва ҳомиладорлик асоратлари замирида организмнинг адаптив имкониятининг пасайиши туфайли коагулопатия, шок ва полиорган етишмовчилик каби ҳолатларнинг тез ривожланишига олиб келиши

---

<sup>3</sup>Hindawi; [www. BMJ Open](http://www.BMJOpen); [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov); <http://elibrary.ru> Maternal mortality factsheet No. 348. Geneva: World Health Organization 2014 ; Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global causes of maternal death: WHO systematic analysis. Lancet Glob Health 2014; Trends in maternal mortality 1990–2013. Geneva:World Health Organization, 2014 (<http://apps.who.int/>).

аниқланган (Department of Public Health Sciences (AKSH); йўлдошнинг бачадонга ўсиб кириш ҳолларининг кўпайиши КК амалиёти вақтида ИЁАБ амалиётини бажаришни талаб этишини, бу эса баъзи ҳолларда операцияни бажараётган акушер учун амалга ошириб бўлмас масала эканлиги кўрсатилди (Академик В.И.Кулаков номидаги акушерлик, гинекология ва перинатология илмий маркази” (Россия)).

Бугунги кунда жаҳон миқёсида КК амалиёти вақтидаги қон кетишларни камайтирувчи янги усулларни ишлаб чиқишга қаратилган янги усулларни ишлаб чиқишда қаратилган устувор ахамиятга ега илмий изланишлар амалга оширилмоқда: ҳомиладорлик даври асоратлари кузатилган аёлларда акушерлик қон кетишларининг хавф омилларини олдини олиш мезонларини аниқлаш ва акушерлик қон кетишини профилактика қилиш; жарроҳлик йўли билан туғдириш вақтида катта миқдорда қон кетиш оқибатида содир бўладиган оналар ўлимини камайтиришни таъминлайдиган чора тadbирлар йўллари ишлаб чиқиш; туғдиришда қон кетиш хавфи бўлганда ёки қон кетаётганда компрессион-тикиш технологияларини қўллаб ўтказилувчи хирургик гемостазга дифференциаллашган комплекс ёндашувни ишлаб чиқиш; атоник қон кетишларни бачадон компрессион чоклар қўйиш усуллари билан даволаш услубларини такомиллаштириш; қон ивиш тизимининг бузилиши билан кечувчи КМҚК олдини олиш ва дифференциал даволаш; тезкор акушерлик ёрдамни кўрсатиш жараёнида хирургик гемостаз усулларини ишлаб чиқиш.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** ЖССТ тақиқотларининг кўрсатишича, жаҳонда оналар касалланиши ва ўлими кўрсаткичларининг камайишга мойиллиги кўп марказли рандомизацияланган текширувларнинг клиник амалиётдаги исбот базаси тамонидан тавсия этилган юқори самарали технологиялар ва ёндашувларнинг жорий этилиши натижалари билан боғлиқ (Say L., Chou D., Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A.B., Daniels J.D., 2014). КК операциясидаги асоратларни камайтиришга кўп сонли тақиқотлар бағишланган. Ушбу ишларда таъкидланишича, сўнги вақтларда қон ивиш тизимининг бузилиши билан кечувчи КМҚК ошиши кузатилмоқда (Цхай В.В., 2015). Йўлдошнинг бачадонга ўсиб кириши кузатилган ҳомиладорларни кузатиш ва туғдириш усуллари ҳақидаги масала очиклигича қолмоқда (Palacios-Jaraquemada J. M., 2009). Мазкур хатарли патология охириги вақтларда КК сонининг ўсиб бораётганлиги боис кўпаймоқда, бу деярли барча ҳолларда ИЁАБ амалиётини бажаришни талаб қилади, бу эса баъзи ҳолларда операцияни бажараётган акушер учун амалга ошириб бўлмас масаладир (O'Leary J. A. 1998, Ohkuchi A.2003, Бреслав И. Ю. 2009, Макенжан уулу А. 2014). В-Lynch бўйича операция кейинги йилларда акушерлик амалиётида ҳаётий муҳим операция бўлиб қолди (Lynch В.С., Coser A., Lawal А.Н., Abu J., Cowen M.J., 2014). Операциянинг самараси қон кетишининг дарҳол ва ишончли тўхтатилишига олиб келади, аммо сўнги вақтда мазкур чокларнинг салбий оқибатлари ҳақидаги маълумотларнинг пайдо бўлганлиги технологияни модификациялаш лозимлигини тақазо этади (Курцер М.А., 2013). В.В.Серовнинг (2011) маълумотларига қараганда Оў сабабларининг 25%и ташхислаш, акушерлик тактикаси ва жадал терапияда йўл қўйилган хатоликлар оқибатида келиб чиқувчи сабаблардир.

Оналар Ўлимнинг Критик Таҳлилининг 5 йиллик ҳисоботида кўра (Любчич А.С., Бабажанова Ш.Д., 2015) Ўзбекистонда 91% аёлларда қон кетиш хавфи кузатилган (уларнинг 48% преэклампсия кузатилган), 62% ҳолатларда ОЎТТБ содир булган, 76% ҳолларда субстандарт ёрдам кўрсатилган. 63% ҳолларда муаммо тунги пайтда юқори малакали тезкор акушерлик ёрдамни кўрсатиши мумкин бўлган ва хирургик гемостаз усуллари куллай оладиган шифокорларнинг йўқлиги ва шифокорни уйдан чақириш кераклиги қимматли вақтни йўқотишга сабаб бўлган. Қон компонентларининг кечикиб етказилиши 54% ҳолларда кузатилган. Асоратланган акушерлик анамнези бўлган 57% ҳомиладорлар 3 босқичда даволаниши керак эди, лекин уларда туғруқлар ТТБда содир бўлган. ССВ кўрсатишича кўпчилик туғруқ комплексларида 2500 кўпроқ туғруқлар кузатилади, навбатчиликда эса фақат 1 акушер-гинеколог шифокор қолади. КК кейинги реллапаротомиялар сонининг кўплиги (63%), акушер-гинекологларнинг хирургик тайёрлигининг паст даражада эканлигининг нисбий кўрсаткичидир (Нажмутдинова Д.К., 2016).

Кенг кўламли акушерлик қон кетишларида «А» даражали кўп марказли рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг ҳамда мета таҳлил тавсияларининг йўқлиги, ҳомиладорлик ва туғруқлардаги нохуш оқибатлар миқдорининг кўплиги мазкур патологияни олиб боришнинг мутаносиб тактикаси ва даволаш усуллари излаб топишни талаб қилади. Акушерлик соҳасидаги критик ҳолатлар тадқиқотчиларнинг изланишлари учун кенг имкониятлар очади, чунки проспектив текширувларни ўтказишнинг айрим услублари муайян қийинчиликлар туғдиради. Тадқиқот учун асосан ретроспектив таҳлил маълумотларидангина фойдаланиш мумкин, бу эса текширувларнинг валидлигини камайтиради. Сўнгги 10 йилликдаги оналар касалланиши ва ўлими таҳлил этилганда операция қилиб туғдиришдаги айнан аввалги муаммолар аниқланган бўлиб, булар йилдан-йилга такрорланиб келаётир (Асадов Д.А., 2003; Султанов С.Н., 2012; Нажмутдинова Д.К., 2014). Акушерликдаги операция амалиётларида келиб чиқувчи асоратларнинг суд-ҳуқуқий томонларига тааллуқли ишлар жуда кам. Юқорида келтирилганлар ўрганилаётган муаммонинг долзарблиги шубҳадан ҳоли ҳамда ушбу йўналишдаги тадқиқотларнинг давом эттирилиши муҳим аҳамиятга эга эканлигидан далолат беради. Тадқиқот натижалари амалий соғлиқни сақлаш соҳаси учун акушерлик қон кетишлари туфайли оналар касалланиши ва ўлимини камайтиришга йўналтирилган бехатар туғдириш усуллари ишлаб чиқиш имконини беради.

**Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасининг илмий-тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Ўзбекистон акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ «Яллиғланиш ва клапан генезига эга юрак касалликларига дучор бўлган ҳомиладорларда асоратларни ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг янги усулини ишлаб чиқиш» АДСС 2.3 амалий тадқиқот лойиҳаси (2012-2014йй) ва «Қон кетишнинг асосий детерминанталарини ҳисобга олган ҳолда акушерлик қон кетишларини даволаш ва назорат қилишнинг янги босқичма-босқич технологиясини ишлаб чиқиш» АДСС-15.2.2 амалий лойиҳаси доирасида бажарилган (2015-2017 йй).

**Тадқиқотнинг мақсади** жарроҳлик усули билан туғдирилган аёлларда акушерлик қон кетишдан асровчи янги йўллари ишлаб чиқиш ва унинг заминида оналар ўлимини камайтиришдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

Ўзбекистон Республикасида операция қилиб туғдириш пайтида оналар ўлимига олиб келган акушерлик қон кетишларининг сабабларини аниқлаш;

акушерлик қон кетишларида тиббий ёрдам кўрсатишдаги асосий нуқсонларни суд-тиббийёт экспертизаси бюроси маълумотларига кўра ишлаб чиқиш;

туғдиришда қон кетиш хавфи бўлганда ёки қон кетаётганда компрессион-тикиш технологияларини қўллаб ўтказилувчи хирургик гемостазга дифференциаллашган комплекс ёндашувни ишлаб чиқиш ва жорий этиш;

ҳамроҳ юрак-қон томир патологияси бўлган ҳомиладорларда КК амалиётини ўтказиш вақтида компрессион-тикиш технологияларининг самарадорлигини асослаб бериш;

операция йўли билан туғруқ қабул қилишда оналар ўлимини камайтиришнинг резерви сифатида акушерлик амалиётида қон кетишини босқичма-босқич назорат қилиш ва даволаш (damage control surgery) тактикасининг асосий қоидаларини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** илмий тадқиқотлар 2009 йилдан 2015 йилгача туғуруқда қон кетиш хавфи кузатилган 417 та КК усули билан туғдирилган ҳомиладор аёллар туғуруқларини ретроспектив ва проспектив ўрганиш ва комплекс даволаш натижаларига асосланган.

**Тадқиқотнинг предмети** қон ва қоннинг ивиш тизими умумий кўрсаткичлари, йўқотилган қон ҳажми, бачадон томирларини вақтинчалик окклюзиялаш усули, қон кетишидан асровчи компрессион-чоклаш технологиялари.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқот вазифаларини ҳал этиш ва мақсадга эришиш учун клиник-анамнестик, умумклиник ва лаборатор текширувлар ҳамда исботларга асосланган тиббийёт йўналишига мувофиқ клиник параметрларга статистик ишловини бериш усулларида фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

бачадон артерияларида қон оқимини вақтинчалик тухтатиш усулига - IAP 2012 0058 олинган ва қон айланиши етишмовчилиги билан асоратланган ҳамроҳ юрак-қон томир патологияси мавжуд ҳомиладорларнинг туғруғи вақтида бу усулнинг самарадорлиги асослаб берилган;

интраоперацион атоник қон кетишларни даволаш учун компрессион чокларнинг модификацияланган усули ишлаб чиқилган (IAP 2014 0364), ушбу технология кесимида кесарча кесиш амалиётидан сўнг реллапаротомия ва катта миқдорда қон кетишнинг самарали даволаш усули тасдиқланган;

абдоминал туғдиришда оналар ўлимига сабаб бўлувчи катта миқдорда қон кетишнинг асосий триггер механизмлари аниқланган;

вақт чекланган шароитда жарроҳлик гемостаз усулининг устувор йўналишларини аниқлаган ҳолда қон кетиш даражасининг оғирлигини баҳолаш ва даволаш тактикасининг комплекс дастури ишлаб чиқилган;

қон кетиш манбасига қиёсланган холда кичик чаноқ аъзолари томирларини деваскуляризацияси илк бор ишлаб чиқилган;

биринчи бор компрессион-чоклаш технологияларига (КЧТ) нисбий қарши кўрсатмалар аниқланган, КЧТ қўлланилганда операциядан кейинги даврни олиб боришнинг хусусиятлари ёритилган;

катта миқдорда акушерлик қон кетаётганда хирургик амалиётини тайерлаш ва уни ўтказиш вақтида босқичма-босқич назорат қилиш ва даволаш тактикаси ишлаб чиқилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

қон кетишнинг мониторинг харитаси ишлаб чиқилган;

кесарча кесиш операция вақтида КМҚК хавфи бўлган ҳомиладорларда абдоминал йўл билан туғруқ қабул қилиш алгоритми ишлаб чиқилган;

қон билан таъминланиш, акушерлик патологияси ва қон кетиш оғирлигининг хусусиятлари кесимида компрессион-чоклаш технологияларига кўрсатмалар ишлаб чиқилган;

бачадон томирларини вақтинчалик окклюзиялаш ва атоник қон кетишларини интраоперацион даволаш учун компрессион чокларнинг модификацияланган усули жорий этилган;

шошилиш акушерлик ёрдамни кўрсатишда қон кетишни босқичма-босқич назорат қилиш ва даволаш “damage control surgery” тактикаси ишлаб чиқилган;

**Олинган натижаларнинг 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, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти беморнинг клиник ҳолати, акушерлик вазияти ва ҳамроҳ патологияга мувофиқ операция амалиётини ўтказиш тактикаси баённомалари ва алгоритмлари жорий этилган. Акушерлик қон кетган ҳолатларда кичик чаноқ аъзоларининг қон билан таъминланишига кўра (ички ва ташқи ёнбош артериялардан таъминланишига кўра) клиник-анатомик тақсимланиши усули яратилган ва патогенетик асослаб берилган. Мазкур тақсимланишга асосан меъёрда ва пастда жойлашган йўлдошнинг муддатидан олдин кўчишида, йўлдошнинг марказий олдинда келишида, ва бачадон деворига ёпишишида ва ўсиб киришида хирургик гемостаз тактикаси ва усуллари асослаб берилган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти: қон айланиши етишмовчилиги билан асоратланган юрак-қон томир патологияси мавжуд бўлган ҳомиладорларнинг туғруқ даврида гемостазнинг устувор усуллари тадбиқ этилган. Шошилиш акушерлик ёрдам кўрсатиш вақтида босқичма-босқич назорат қилиш ва даволаш тактикаси ёки “damage control surgery” жорий этилган.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Жаррохлик усули билан туғдирилган аёлларда оналик ўлимини камайтириш йўлида олинган илмий натижалар асосида:

“Бачадон артерияларида қон оқимини вақтинчалик тухтатиш” усули Ўзбекистон Республика интеллектуал мулк агентлиги патенти олинган (IAP 2012 0058). Мазкур усул КК амалиётидаги массив қон кетишларнинг камайишига, шунингдек ЮКТК бўлган ҳомиладорларда КК амалиётдан кейинги геморрагик асоратларнинг камайишига, инфузиянинг пасайишига, утеротоникларни қўлланишнинг камайишига ва мос равишда уларнинг юрак-қон томир тизимида салбий таъсирининг камайишига олиб келди;

“Гипотоник қон кетишини операция вақтида даволаш усули” Ўзбекистон Республика интеллектуал мулк агентлиги патенти (IAP 2014 0364) олинган. Бунда интраоперацион атоник қон кетишларини даволаш учун модификацияланган компрессион чокларни тадбиқ этиш натижасида КК амалиётдан кейинги релапаротомиялар сонини 29,4% га камайтириш имконини берди;

туғруқ муассасаларида перинатал ёрдам сифатини яхшилаш бирламчи муассаса шифокорларига акушерлик қон кетишларини барвақт аниқлаш, асоратларнинг олдини олиш ва ОЎни камайтириш мақсадида миллий стандартга “Чилла даврида кечки қон кетиш” «Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш тизимида туғруқ муассасалари перинатал ёрдам сифатини яхшилаш миллий стандартлари» бўлими янгиланган, 2015; бу эса, ўз навбатида, акушерлик қон кетишларни барвақт аниқлаш, асоратларини олдини олиш имконини беради;

“Акушерликда қон кетишларни босқичма-босқич назорат қилиш ва даволаш тактикаси” (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2015 йил 24 ноябрдаги 8 н-р/617-сон маълумотномаси), “Акушерлик қон кетишларда кичик чанок аъзоларини қон билан таъминланишини инобатга олган ҳолда хирургик амалиёт хусусиятлари” (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 2 май 8н-р/103-сон маълумотномаси) услубий тавсияномалар ва “Юрак касалликлари бўлган ҳомиладорларни олиб бориш ва туғдириш” (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2013йил 23 октябрдаги 8н-п/ 324-сон маълумотномаси) ва “Абдоминал усули билан туғдиришда қон тўхтатувчи технологиялар” (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2013 йил 23 октябрдаги 8н-п/324-сон маълумотномаси) услубий қўлланмалар тасдиқланган. Олинган тадқиқот натижалари КК амалиётдан кейинги геморрагик асоратлари ва катта миқдорда қон кетишининг камайишига, инфузиянинг пасайишига ва туғаётган аёлларда жаррохлик усулини тўғри танлаш имконини яратган;

жаррохлик усули билан туғдирилган аёлларда оналик ўлимини камайтириш йўлида ишлаб чиқилган тавсияномалар ва қўлланмалар РИАваГИАТМ ва унинг филиалларида, шунингдек Андижон, Фарғона, Тошкент вилоят перинатал марказларида жорий этилган (ЎЗР Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 8Д-3/8 22.01.2018й даги хулосаси). Тадқиқот натижаларининг тадбиқ этилиши геморрагик асоратларнинг учрашини, шу жумладан гистерэктомиялар ва операциядан кейинги бошқа асоратларни 22% дан 12,2%гача пасайтириш имконини берган ва 1 йил мобайнида иқтисодий самараси 5179736714 сўмни ташкил қилган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Диссертациянинг асосий натижалари 17 та илмий-амалий анжуманларда, шу жумладан 2 та халқаро ва 14 республика илмий-амалий анжуманларда муҳокама қилинган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация материаллари бўйича 54 та иш, улар орасида 21 та мақола Ўзбекистон Республикаси ОАК докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини эълон қилишга тавсия қилган илмий нашрларда, шу жумладан 6 таси халқаро илмий журналларда чоп этилган; ихтиро учун 2 IAP 2012 0058 ва IAP 2014 0364 тасдиқланган; шунингдек 1 та монография нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация компьютерда терилган 191 бетлик матнда баён қилинган бўлиб, кириш, олтита боб, хотима, қўлланилган адабиётлар рўйхатидан иборат.

## **ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ**

**Кириш** қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти асосланган, тадқиқот мақсад ва вазифалари, объекти ва предметлари аниқланган, тадқиқотнинг Ўзбекистон Республикаси Фан ва технологиялар тараққиётининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган, уларнинг назарий ва амалий аҳамиятлари очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш рўйхати, ишнинг апробацияси натижалари, эълон қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Қон кетишдан оналар ўлими ва уни камайтириш йўллари**» деб номланган биринчи бобида оналар касалланиши ва ўлимига олиб келувчи қон кетишини ташхислаш ва даволашга бағишланган сўнгги йиллар адабиётлари шарҳига бағишланган. Ўзбекистонда операция билан туғдиришда оналар ўлимининг сабаблари, кесарча кесиш операцияси ва унинг ОЎ келиб чиқишидаги аҳамияти баён этилган. Сўнгги йиллар таҳлили дунёнинг кўплаб мамлакатларида, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам операция билан туғдиришнинг ўсиб бораётганлигини кўрсатмоқда. «Damage control» жарроҳлик тактикаси ёки «Шикастни назорат қилиш» тактикаси шарҳи келтирилган. Турли хирургик компрессион чокларнинг, баллонли тампонада ва бошқа қон тежовчи технологиялар кўринишидаги қон кетишини тўхтатиш ва унинг олдини олишнинг замонавий усулларига алоҳида эътибор қаратилган. Муаллифнинг яқуний хулосасига кўра, қонни тўхтатишга оид тажрибадан ўтган анъанавий чора-тадбирлар ўз самарасини йўқотмаган бўлсада, қон кетишлари Ўзбекистонда ОЎнинг асосий сабабчиси бўлиб қолмоқда, бу эса ОЎга олиб келувчи омилларни аниқлашни, қон тежовчи мавжуд технологияларни такомиллаштиришни ва янгиларини ишлаб чиқишни тақозо этади.

Диссертациянинг «**Жарроҳлик усули билан туғдирилган аёлларда оналик ўлимини камайтириш йўллари**ни ишлаб чиқишда клиник материаллар ва тадқиқот усуллари» деб номланган иккинчи бобида тадқиқот материаллари ва усуллари баён этилган. Тадқиқот 2009 дан 2015

гача бўлган йиллар оралиғида кесарча кесиш йўли билан туғдирилган аёлларнинг туғруқлар тарихини ретроспектив ва проспектив текширишлар ҳамда комплекс даволаш натижаларига асосланган. Текширилганларнинг умумий сони турли хатарлари бўлган ва туғруқ пайтида қон кетиши содир бўлган 417 нафар ҳомиладорлардан ташкил топган. Текширув дизайни 3 та текширув фазаларини қамраб олган. Текширувнинг ретроспектив фазасида 1-босқичда қон кетишларда ОЎ сабабларини аниқлаш учун ОЎ таҳлил қилинган. Бунинг учун 1-гуруҳда сўнгги 5 йилдаги ОЎнинг ретроспектив таҳлили ўтказилган (n=149). Қўшимча равишда ОЎда акушерлик қон кетишлари билан боғлиқ суд-тиббиёт экспертизаси материаллари бўйича касаллик тарихлари ўрганиб чиқилган (2-гуруҳ, n=25).

Проспектив фазада турли когорталарда ККда қон кетиш хавфи бўлганида ёки қон кетаётганида ишлаб чиқилган қон тежовчи технологияларни босқичма-босқич баҳолаш ўтказилган. 1-босқичда қўйилган вазибаларга мувофиқ 1-гуруҳда (n=120) КК ўтказишда қон кетишларини тақсимлаш усули, унинг самарадорлиги ҳамда асосланганлиги баҳоланган. 2-босқичда КК операцияси пайтида кўп микдорда қон кетиш (КМКК) кузатилган 2-гуруҳда (n=177) патологик қон кетаётганида ёки бунга хавф туғилганида компрессион-чоклаш технологияларини (КЧТ), шу жумладан бачадон томирларни вақтинча окклюзиялашнинг услублари (БТВОУ патент IAP 2012 0058) ва КЧ ни қўллаган ҳолда КК операциясини ўтказишда ишлаб чиқилган алгоритм самарадорлиги ўрганилган. Бунда магистрал бачадон артерияларини вақтинчалик окклюзиялашпатентланган услублари, шунингдек атоник қон кетишларини интраоперацион даволаш учун компрессион чоклашнинг (КЧ) модификацияланган усулиқўлланилган.

Навбатдаги босқичда 3-гуруҳда (n=134) қон айланиш етишмовчилиги (ҚАЕ) билан асоратланган юрак қон томирлар патологияси бўлган (ЮҚТП) ҳомиладорларда абдоминал туғдиришда ишлаб чиқилган қон тежовчи технологияларнинг самарадорлиги текширилган.

Сўнгги текширувлар фазасида турли когорталарда қўлланилган, биз ишлаб чиққан қон тежовчи технологиялар ва алгоритмларни ўз ичига олувчи қон кетишини босқичма-босқич назорат қилиш ва даволаш тактикасининг ёки акушерлик амалиётидаги damage control surgery-нинг асосий қоидалари баён этилган, тадқиқотнинг ретроспектив фазасида олинган маълумотларга таққосланган ҳолда самарадорлиги баҳоланган. Бобда умумклиник ва хусусий услубларни қамраб олувчи тадқиқот услублари баён қилинган. Қон кетишини аниқлашда қон кетиши кузатилган беморларни даволашга оид миллий стандарт томонидан тавсия этилган қон кетиш даражасини аниқлашнинг таҳминий харитасидан, визуал ва гравиметрия услубларидан фойдаланилган. Қон кетишини градациялашнинг ишлаб чиқилган услубини асослаб берар экан муаллиф шуни таъкидлайдики, даволаш ва хирургик гемостаз тактикасини ишлаб чиқишда йўқотилган қон ҳажмини аниқлаш катта аҳамият касб этади. ОЎ таҳлил этилганда қон кетишига ҳар доим ҳам етарлича эътибор берилмаганлиги аниқланган. Буларни ҳисобга олган ҳолда муаллиф хирургик амалиётнинг услубларини ва уларнинг оқибатларини,

кетаётган қоннинг анатомик манбаини (ички ва ташқи ёнбош артериялари ҳавзаларидан қон билан таъминланишига кўра), адабиёт маълумотлари ва хусусий тадқиқотлар натижаларига мувофиқ қон кетиш ҳажмини тизимга солган ва акушерлик қон кетишларини шартли равишда 3 турга бўлувчи клиник-анатомик таксимлашни таклиф қилган, бу эса акушер-гинекологни кутилаётган қон йўқотилишидан бохабар этиш баробарида вақт зик бўлган шароитларда қон йўқотиш ҳажмига боғлиқ бўлмаган хирургик гемостаз тактикасини белгилаш имконини беради.

Бобда диссертация ишининг асосий қисми – қон кетишини босқичма-босқич назорат қилиш ва даволаш тактикаси (ҚҚББНҚДТ) тасвирланган. Қон кетишини босқичма-босқич назорат қилиш ва даволаш усули 3 босқичдан иборат. 1-босқич – қон кетишини даволашнинг миллий стандартига мувофиқ бирламчи ёрдам, қон кетиш сабаблари ва манбаини излаш, пастки-ўрта лапаротомия ва клиник вазиятга ҳамда шифокорнинг тажрибасига қараб вақтинчалик ёки доимий гемостаз. 2-босқич: гемостазга эришилгач, гомеостазни тиклашга қаратилган чора-тадбирларни олиб бориш учун операцияни тўхтатиш. 3-босқич: операцияни давом эттириш ва буткул гемостаз.

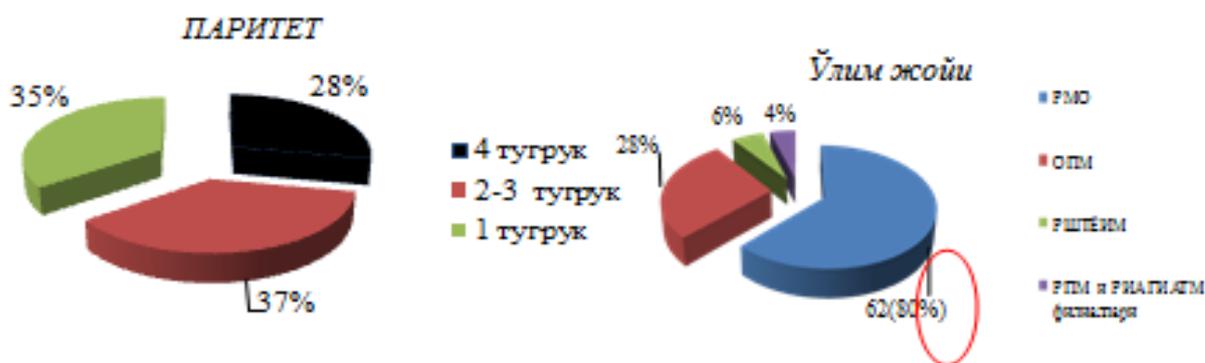
Excel for Windows XPни қўллаган ҳолда статистика ишлови берилган. Ўртача арифметик (M), унинг хатолиги (m) ҳисоблаб чиқарилган, тафовутлар фарқи Стьюдент мезонлари (t) ёрдамида топилган. Қуйидаги асосий параметрларни ҳисоблаш орқали исботларга асосланган тиббиёт усуллари қўлланган. 1. Нохуш оқибатлар учрашининг нисбий пасайиши (нисбий хатарнинг пасайиши - НХП). 2. Нохуш оқибатлар учрашининг мутлақ пасайиши (мутлақ хатарнинг пасайиши - МХП). 3. Хатарлар нисбати - ХН .4. Битта нохуш оқибатнинг олдини олиш ёки битта беморда яхши самарага эришиш учун муайян вақт давомида даволаш лозим бўлган беморлар сони (ДЛБС). 5. Имкониятлар нисбати - ИН.

Диссертациянинг «**Оналар ўлимининг асосий детерминантларини аниқлаш тадқиқоти натижалари**» деб номланган учинчи бобида сўнги йиллар ичида оналар ўлимини ретроспектив таҳлил қилишнинг натижалари ва оналар ўлимида аниқланган қон кетиши асосий детерминанталари келтирилган. 2009-2014 йй. даври мобайнида операция билан туғдиришда келиб чиққан қон кетишларидан ўлган аёлларнинг 149 та туғруқ тарихлари ретроспектив таҳлил қилинган. Оў сабабларини таҳлил қилиш мақсадида она ўлимини анъанавий муҳокамаси материалларидан фойдаланилди: оналар ўлими ҳолатларини эксперт баҳолаш харитаси (ЎзР ССВнинг 2012 й 3 октябрдаги 283-сонли буйруғига илова), шунингдек вақт қониниумида 7 та ахборот блокларидан ташкил топган қон кетишини мониторинглаш ва аудитлашнинг ишлаб чиқилган харитаси, булар амалиётнинг вақтга мувофиқлигини, қон кетиш графигини, инфузион терапиянинг мутаносиблигини, клиник симптомларини лаборатория маълумотлари билан таққослашни ва бой берилган имкониятларни аниқлаш ҳақидаги ахборотларни қўлга киритиш имконини берган. Харитада тик чизиқ бўйлаб етита блокка ажратилган клиник параметрлар жойлаштирилган: 1) паспорт қисми; 2) гемодинамика маълумотлари: пульс, АБ, Альговер индекси; 3) қон таҳлиллари маълумотлари,

Нг, Нт, қон ивиш вақти (ҚИВ); 4) блок йўқотилган қон ҳажми ва инфузион дастурни акс эттиради; 5) утеретоник ва гемостатик препаратларнинг қўлланишини акс эттиради; 6) блок қон кетишини даволашга доир муолажаларни қайд этади; 7) охириги блок асоратларни акс эттиради. Мониторинглаш харитасини қўллаган ҳолда қон кетиши бошлангандан сўнг дастлабки 24 соат давомида содир бўлган ОЎ ҳолатлари ўрганилган, зеро айнан илк соатлар даволашнинг оқибатларини белгилаб беради.

Ўртача ёш  $28,7 \pm 0,5$  йилни ташкил қилди. Ретроспектив таҳлилнинг асосий маълумотлари 1-расмда келтирилган.

### Оўни ретроспектив таҳлили натижалари (1 гуруҳ)



### Оналар ўлимида қон кетишлари таркиби



1-расм. ОЎ ретроспектив таҳлилининг асосий натижалари

Текширилаётган гуруҳда хирургик аралашувлар таҳлил этилганда гистерэктомиялар сонининг кўплиги (81,8%) ва аъзони сақловчи компрессион-чоклаш технологияларининг кам қўлланилганлиги аниқланган, булар ҳам хирургик гемостазнинг кечикканлигидандалолат беради. Реллапаратомиялар (29,5%), ререллапаратомиялар (6,0%) миқдорининг кўплиги қайд этилган. Мониторинглаш харитасини қўллаш натижаларига кўра аниқланишича, гемоглобин операциягача  $76,5 \pm 2,3$  г/л ни, операциядан кейин  $55,3 \pm 3,4$  г/л ни ташкил қилган. Ўртача қон йўқотиш ҳажми, туғруқ тарихлари маълумотларига кўра,  $1726,5 \pm 97,12$  мл ни, шок индекси  $1,39 \pm 0,4$  ни ташкил этган, бу ЦҚХнинг 30% дан зиёд қон йўқотилишига тўғри келади.

10% ҳолатларда қон кетиш миқдори умуман қайд этилмаган. Қўйилган коллоид ва кристаллоид суюқликларнинг ҳажми ўртача  $3256 \pm 88,4$  мл ни ташкил қилди. Қон препаратларини қўллаш 63% ҳолатларда қайд этилди.

Бу маълумотлар гемодинамика ҳолати инфузион терапиянинг кўламига мос эмаслигидан далолат беради – циркуляциядаги қон ҳажмининг (ЦҚХ) қарийб 30%идан ортиқроқ қон кетишига мос келувчи, шок индекси 1,39 бўлганида инфузия ҳажми 5-6 л бўлиши лозим эди, амалда эса  $3256,6 \pm 88,4$  мл ни ташкил қилган, бу инфузия дастурининг хато эканлигидан дарак беради. Касалхонага келганда ва динамикада қон ивиш тизимини текширишлар фақат 34,8% ҳолатлардагина касаллик тарихларида ўз аксини топган, бу коагулопатик қон кетишлари содир бўлишига ҳушёрликнинг йўқлигидан далолат беради. Қон йўқотишлар графиги вақт бўйича ҳисобланганда дастлабки соатда йўқотилган қон ҳажми  $1656,25 \pm 61,0$  мл, иккинчи соатда ўртача  $1555,55 \pm 58,3$  мл, учинчи соатда  $1666,66 \pm 26,20$  мл ни ташкил этди. Қон кетиши мониторинги харитасини қўллаб аксарият ҳолларда акушерлик қон кетишларини даволашга доир асосий тавсияларга риоя қилинмаганлиги (70,4%) аниқланган. Инфузион-трансфузион дастур, реанимациянинг асосий омили сифатида, ЦҚХни тўлдиришга оид тавсияларга номувофиқ тарзда ўтказилган. Окситоцин ва мизопростол эса бачадон атониясини даволаш учун мос келмайдиган дозаларда қўлланилган, протеазалар ингибиторлари кам қўлланилган, бу ТДИ (ДВС)-синдромининг ривожланишига ёрдам берган бўлиши мумкин. Аортани қисиб қўйиш ва тампонлашнинг турли усуллари каби қонни вақтинчалик тўхтатишнинг оддий усулларида кам фойдаланилган. Шунингдек динамикада қон ивиш тизимини мониторинглашнинг қўлланилмаслиги қон кетишини даволаш тактикасида йўл қўйилган катта хатолик ҳисобланади. КМҚКнинг дастлабки соатларида ёрдамнинг номуносивблиги полиорган етишмовчилик синдроми (ПОЕ) ва летал оқибатларнинг ортишига олиб келади. Патологоанатомик ёриб кўриш бор-йўғи 10,7% ҳолларда ўтказилган, бу ўлимнинг ҳаққиқий сабабларини аниқлаш имконини бермайди. Кесарча кесишда реллапаротомиялар (n-34) сабабларини текширишнинг натижалари келтирилган. Реллапаротомияларнинг асосий сабабларини аниқлаш учун баҳолаш курили сифатида қон кетишини мониторинглаш харитасидан фойдаланилган. Кесарча кесиш операциясига кўрсатмалар турли-туман бўлиб, гипертензив бузилишлар фонидagi нормал жойлашган йулдошнинг барвақт кучиши (НЖЙБК) устунлик қилган (33,3%), мазкур тоифага тааллуқли беморларда коагулопатия кузатилган. Атоник қон кетишларига (утеротоникларни ва уларнинг дозаларини нотўғри танлаш, КЧ ни қўлламаслик) ва ташқи қон кетишларига сабабчи бўлган нотўғри тактика 35% ҳолларда реллапаротомияларга кўрсатма бўлиб хизмат қилган. Ички қон кетиши кўпинча (47%) техник хатоликлар ва коагулопатияларнинг ривожланиши билан боғлиқ бўлган. 23,5% ҳолларда бошқа кўрсатмалар (септик асоратлар) реллапаротомияга кўрсатма сабаблар булган.

Суд-тиббий экспертизаси бюросининг маълумотларига кўра акушерлик қон кетишларида шифокор ёрдамини кўрсатишдаги нуқсонларни текшириш

натижалари 3- бобнинг туртинчи кисмида қон кетиши билан боғлиқ ОЎда суд тиббиёти ходимлари билан биргаликда шифокорнинг ёрдам кўрсатишдаги нуқсонларни аниқлаш мақсадида олиб борилган текширувларнинг асосий натижалари баён этилган. Муаллифнинг қайд этишига қараганда суд органларига қилинган мурожаатлар сонига кўра акушер-гинеколог шифокорлар етакчи ўринларни эгаллайдилар. Қўйилган вазифани бажариш доирасида судга мурожаат учун сабаб бўлган қон кетишлардаги ОЎ ҳолатлари (n=25) таҳлил этилди. Қарийб 78% ҳолатларда касаллик тарихларини тўлғазишдаги хатоликлар ва ёзувлардаги ноаниқликлар аниқланган. 25 ҳолатнинг 17 тасида пациентларда чуқур шок ҳолати замирида турли кўрсатмаларга кўра гистерэктомия операциялари ўтказилган, бу фалокатнинг дастлабки соатларида муносиб тарзда ёрдам кўрсатилмаганлигидан далолат беради. 78% ҳолатларда ЦҚХни қон препаратлари билан тулгазиш вақтига ва ҳажмига кўра, шунингдек гемоглобин кўрсаткичлари ниҳоятда паст (30-50 г/л) бўлганида, номутаносиб тарзда тўлдирилганлиги аниқланган. Стационардаги беморнинг тиббий ҳужжатларини таҳлил қилиш тиббий ёрдам кўрсатишда 3 хил турдаги хатоликлар мавжуд эканлигини ажратиш имконини берди: даволашдаги нуқсонлар – даволаш стандартларидан четга чиқишлар – 78%, номутаносиб даво ўтказиш – 70%, даволаш баённомасининг (стандартининг) хирургик сегментини бажармаслик – 60%.

Тиббий ёрдамни ташкиллаштиришдаги нуқсонлар тўлақонли ёрдам кўрсата олувчи ходимларнинг йўқлигида ўз аксини топган, бунинг учун 34% ҳолларда бошқа малакали мутахассислар уйдан чақиртирилган, ва натижада, ёрдам кечикиб кўрсатилган. Шундай қилиб, акушерлик қон кетишларида тиббий ёрдам кўрсатишдаги нуқсонларнинг сабабларини суд-тиббий экспертизаси маълумотлари бўйича текширилганда шошилишч ургент хирургик ёрдам кўрсатувчи врачларнинг малакасини ошириш зарурлиги аниқланган.

Биобарин, олиб борилган ретроспектив текширувларнинг натижалари қуйидагидан дарак беради – преэклампсия замирида нормал ёки пастда жойлашган йулдошнинг барвақт кўчиши кўринишидаги ҳамда ҳомиланинг антенатал ўлими билан кечувчи йулдош патологияси (35,0%) танатогенезда КМАҚКлари ривожланишининг асосий триггери ҳисобланади. НЖЙБКда туғруқ қабул қилишда коагулопатиянинг ривожланиши НЖЙБКнинг оқибатигина эмас, балки унинг сабабчиси ҳамдир. Айни вақтда 12% ҳомилдорларда хатар мавжуд бўлмаганида содир бўлган ОЎ ҳар қандай ҳомилдорда КМҚК ривожланиши мумкин эканлигидан гувоҳлик беради. Хирургик гемостазга тааллуқли сегмент стандартларига риоя қилмаслик гемостазнинг кечикиб ҳамда ноадекват ўтказилишига, акушерлик ёрдамнинг босқичма-боқичлиги бузилишига олиб келади. КЧ қўллаб ўтказилувчи хирургик гемостаз - қон кетишини даволашдаги муваффақиятнинг асосий омилидир. Шундай қилиб, исталган гуруҳда КМҚКнинг ривожланиш хавфи қон кетишнинг дастлабки соатларида самарали, ҳаммабоп ва камхарж қонни асраш технологияларини яратиш заруратини тақозо этади. Технологиялар ҳар хил даражадаги туғруққа ёрдам муассасаси ҳамда ҳар қандай тоифадаги шифокор учун мослаштирилган бўлмоғи лозим.

Диссертациянинг «Ишлаб чиқилган қонни асровчи усулларни қўллаш натижалари» деб номланган тўртинчи бобнинг биринчи қисмида «Қон кетишини клиник-анатомик тақсимланишини қўлланилишини баҳолаш» да кесарча кесиш йўли билан туғдириш вақтида кўп қон кетган 120 нафар ҳомиладорларни текшириш натижалари келтирилган, буларда қон кетишини тақсимланишининг ишлаб чиқилган усули ҳамда “Бачадон артерияларида қон оқимини вақтинчалик тухтатиш” Ўзбекистон Республика интеллектуал мулк агентлиги патенти олинган (IAP 2012 0058) ва “Типотоник қон кетишини операция вақтида даволаш усули” Ўзбекистон Республика интеллектуал мулк агентлиги патенти (IAP 2014 0364) қўллаган ҳолда даволаш усулидан фойдаланилган. Муаллифнинг таъкидлашича, йўқотилган қон ҳажмини аниқлаш даволаш ва хирургик гемостаз тактикасини ишлаб чиқишда катта аҳамиятга эга бўлиб, унга доимо кам аҳамият берилади. Ишлаб чиқилган акушерлик қон кетишини тақсимланиш усули акушер-гинекологни кутилаётган қон кетишига ҳозирлайди ва шунга мос ҳолда даволаш тактикаси ишлаб чиқилади.

Мазкур тақсимланишга мувофиқ қон кетишнинг 1-тури – қон кетиш манбаи бачадон атониясида бачадон танаси соҳасида, ички ёнбош артерияси хавзасидан қон билан таъминланади. Қон кетишининг 2-тури пастки сегментдан қон кетиши – бачадон бўғзи, бачадоннинг пастки сегменти, йўлдашнинг пастда жойлашувида ҳамда йўлдашнинг қисман олинда келишида; ички ёнбош ва қисман ташқи ёнбош артерия анастомозлари ҳисобига қон билан таъминланади. Қон кетишининг 3-тури – қон кетиш ўчоғи жойлашган ўрни: бачадон бўйни, қиннинг юқори қисми (1/3) қисми, параметрий ва қорин парда орти соҳаси; бачадон ёрилганида ва бачадон томирларининг жараҳатланишида қоринпарда ортида гематома ҳосил бўлганида. Бунда ташқи ва ички ёнбош артериялар хавзасидан қон билан таъминланади. Шунингдек 4 «Т» га кўра қон кетишининг етакчи манбаи сифатида «Тўқима», «Тонус», «Тромбин» йулдош жойлашган соҳадан қон кетишига киритилди. Юқорида баён этилган ҳолатларда қон кетаётган манба сифатида йулдош ўрнини блокадалашга тўғри келади ва бунда кўпинча веноз қон кетиши кузатилади, шу сабабли ҳам йулдош жойлашган соҳадан қон кетиши алоҳида ажратилган. «Травма (шикаст)» шикастланиш туфайли қон кетишига киритилиб, бунда кўпинча артериал ёки аралаш веноз-артериал қон кетиши кузатилади; асосий гемостаз усулларига чоклаш ва тампонлаб бекитиш киради.

Ҳомиладорлик ва туғруқлар вақтида келиб чиққан турли акушерлик қон кетишлари абдоминал туғдириш учун кўрсатма бўлиб хизмат қилган. НЖЙБК 30,8% ҳолларда, марказий олд келиши 16,6%, ҳомиланинг нотўғри жойлашуви 12,5%, чаноқ-бош диспропорцияси 9,1%, эгиз ҳомиладорлик 9,1%, оғир преэклампсия 5,8%, оғир соматик патология 5,0% ҳолларда кўрсатма бўлган. Қўшма кўрсатмалар 15,0% ҳолларда учраган. Олинган натижалар: 1 тур қон кетиши 69,1% (1 гуруҳ, n=83) ҳолларда ташхисланган. Асосан НЖЙБК ва оғир преэклампсия операцияга кўрсатма бўлган. Ушбу гуруҳда операциянинг давомийлиги  $57,8 \pm 6,3$  минутни ташкил этган. Интраоперацион аралашувлар бачадон артериясини окклюзиялаш (24,0%), компрессион чокларни қўйишдан (12,0%) иборат бўлган. Йўқотилган қон ҳажми  $1054,8 \pm 50,2$  мл га тенг бўлган. 1

синф қон йўқотиш 71,0% ҳолларда, 2 синф қон йўқотишлар 21,6% ҳолларда, 3 ва 4 синфлар - 3,6% ҳолларда кузатилган. Бачадон атонияси билан боғлиқ 1 тур қон кетишларида консервативдори-дармон билан даволаш 64,4% ҳолларда самара берган, 36,6% ҳолатларда гемостазнинг хирургик усуллари: бачадон томирларини окклюзиялаш ва бачадонга компрессион чокларни қўйиш, гистерэктомия қўлланган. 9,65% ҳолларда қон препаратларини қўллаш қайд этилган.

Йўқотилган қон ҳажми  $1014,73 \pm 106,8$  мл бўлган 2 тур қон кетиши беморларнинг 9,1% ида (2 гуруҳ, n-11) ташхисланиб, операциянинг давомийлиги  $52,7 \pm 7,8$  минутни ташкил қилган, 1 синф қон йўқотиш 63,6% ҳолатларда, 2 ва 3 синф қон йўқотишлар 18,1% дан ташхисланган. Интраоперацион аралашувлар, 3-жадвалда кўриниб турганидек, кўпроқ КЧ -45,0% да қўлланган. 2 тур қон кетишида иккинчи гуруҳда консерватив даволашнинг самарадорлиги 46% ни ташкил қилган, қолган 54% ҳолларда, консерватив даволашнинг нафи бўлмаганида, бачадон магистрал қон томирларини окклюзиялаш билан бирга бачадонга компрессион чокларни қўйиш орқали гемостазга эришилган.

Қон кетишининг 3 турига асосан КМҚК ҳамда геморрагик шокнинг турли даражаси бўлган 21,6% (n-26) беморлар киритилган, йўқотилган қон ҳажми  $1540,1 \pm 28,2$  мл га етган. 1 синф қон йўқотиш 26,9% ҳолатларда, 2 синф қон йўқотиш 23,0%, 3 - 15,3% ва 4 синфлар 34,6% ҳолатларда ташхисланган. Инфузион-трансфузион терапия 26,4% ҳолатларда қон препаратларини ўз ичига олган. 3 гуруҳда операциянинг давомийлиги  $96 \pm 6,8$  минутни ташкил қилган. КМҚК ва геморрагик шок билан кечувчи 3 турдаги қон кетишида консерватив даволашнинг самарадорлиги 8,0% га етган, қолган 24,0% ҳолларда бачадон магистрал қон томирларини окклюзиялаш билан компрессион чокларни қўйиш орқали, 16,0% ҳолларда ички ёнбош артерияни боғлаб қўйиш ва гистерэктомия ўтказиш орқали гемостазга эришилган, 11,5% ҳолларда фақат гистерэктомия ўтказилган. 3-гуруҳда ички ёнбош артерияларни боғлаб қўйишдаги қон йўқотиш фақат гистерэктомия ўтказилгандагига қараганда ( $1800,7 \pm 160,2$  мл) ҳаққоний равишда камроқ ( $1400,6 \pm 180,2$  мл) бўлиб чиққан,  $P < 0,05$ .

Олинган маълумотлар асосида муаллиф қуйидаги хулосаларга келган. Йўлдош жойлашган сохадан қон кетишининг 1 турида БТВОУини қўллаш самарали бўлади (25%). Қон кетишининг 2 турида КЧни қўллаш самаралидир (45%). Шок билан 49,0% ҳолларда кечувчи шикаст натижасидаги 3 тур қон кетишида консерватив даволаш фақат 8,0% ҳоллардагина самара беради. 3 тур қон кетиши оналар ўлимига хавф туғдирувчи хатарли ҳолат ҳисобланади. Олинган маълумотлар 3 тур қон кетишида гистерэктомиялар хавфи (ДИ 95% бўлганида НХП=206,1, ХН=7,44) ва қон препаратларини қўлланиши назорат гуруҳидагига нисбатан ошганлигини (ДИ 95% бўлганида ХН=2,23, ИН=2,68) кўрсатади. 3 турда устувор ёрдам кўрсатиш тадбири чанок аъзолари томирларини ички ёнбош ва ташқи ёнбош артериялар томонидан исталган усулда деваскуляризациялашдир, бу қон йўқотишни 1800 мл дан 1400 мл гача, яъни 22,2% га камайтириш имконини беради.

**Диссертациянинг «Патологик қон йўқотишда кесарча кесиш алгоритмини ва компрессион чоклаш технологияларни қўллаш натижалари» деб номланган 4 бобнинг иккинчи қисмида тадқиқотнинг учинчи**

босқичи натижалари баён этилган бўлиб, бунда КК операция вақтидаги КМҚКЗ-гуруҳда (n-177) патологик қон йўқотиш ёки унинг келиб чиқиш хавфи бўлганида ишлаб чиқилган ККни ўтказиш алгоритмининг (бу алгоритм компрессион чоклаш технологияларини, шу жумладан текширувлар чоғида ишлаб чиқилган БТВОУ ва гипотоник қон кетишини даволашнинг КЧ шаклидаги модификациялаштирилган усулини ўз ичига олади) самарадорлиги баҳоланган. Алгоритмнинг ўзига хос жиҳатлари қуйидагилар: операция олдидан тайёргарлик анамнезни ва коагулопатияга текширувни, четга оғишлар аниқланганида эса, уларни коррекциялашни, интраоперацион қон кетишида бачадонни босқичма-босқич деваскуляризациялаш, шу жумладан БТВОУ ҳамда КЧни қўллашни ўз ичига олади. Бачадоннинг қисқариш хусусиятлари қониқтирмаганида ва ҚИВ бузилишларида интраоперацион тўхталиш қилиб, бачадоннинг тонус-мотор хусусиятлари тиклангач ҳамда қоннинг ивиш тизими коррекцияланганидан кейин қорин бўшлиғини ёпиб бекитилган. Қон кетишини даволашга кўра аёллар икки гуруҳга ажратилган. I гуруҳда алгоритмни қўллаб абдоминал туғдирилган (n-70), II назорат гуруҳини қон кетишини даволашга анъанавий ёндашган ҳолда абдоминал туғдирилган 107 нафар аёллар ташкил этган. Ҳар бир гуруҳда операция вақтидаги ва ундан кейинги геморрагик асоратлар ўрганилган. Ҳар иккала гуруҳдаги ўртача ёш  $26,4 \pm 0,57$ ни ташкил қилган. Биринчи бор ҳомиладор бўлганлар устунлик қилишган  $-41,4\%$ . 2 ва 3 марта ҳомиладор бўлганлар  $22,8\%$  дан, кўп туққанлар  $12,8\%$ ни ташкил этган. Биринчи гуруҳда операцияга кўрсатмалар: оғир преэклампсия  $36,0\%$  ҳолатларда, НЖЙБК -  $29,0\%$ , ҳомиланинг чанок билан келиши ва нотўғри жойлашуви  $14,0\%$ , марказий олд келиши  $7,0\%$ , кўшма акушерлик кўрсатмалари -  $8,0\%$  ҳолларда учраган,  $6,0\%$  ҳолларда юрак қон томир патологияси (ЮҚТП) билан кечувчи ҳомиладорлик асоратлари кўрсатма бўлган. Иккинчи гуруҳда биринчи ўринни операция қилинган бачадон касаллиги эгаллаган  $-33,6\%$ , преэклампсиянинг оғир шакллари ККга кўрсатма сифатида мос равишда  $22,4\%$ , НЖЙБК  $10,2\%$ ни ташкил этган. Туғруқ пайтида юзага келган ҳомила бошчаси билан чанокнинг номутаносиблиги  $8,4\%$  ҳолларда абдоминал туғдириш учун кўрсатма бўлиб хизмат қилган. Ҳар бир гуруҳда операция вақтидаги ва ундан кейинги геморрагик асоратлар ўрганилган. Олинган натижалар I гуруҳда амалиётнинг вақти ҳаққоний тарзда узайганлигини кўрсатди, чунки интраоперацион тўхталиш гемостаз қарор топгунича 30 дақиқа атрофида бўлган. I-гуруҳда операция вақтида  $46,0\%$  ҳолларда БТВОУ ва  $54,0\%$  - КЧ,  $27,1\%$  ҳолларда булар биргаликда қўлланган. I-гуруҳда операция вақтида йўқотилган қон ҳажми  $1069,2 \pm 60,5$  мл ни ташкил этган. I синф қон йўқотиш (туғруқдан кейинги қон кетишини даволаш бўйича миллий стандартлар) I-гуруҳда  $62,8\%$ , иккинчисидан  $51,4\%$  ташхисланган, 2 синф қон йўқотиш  $18,5\%$ , иккинчиси  $19,6\%$ , 3 синф қон йўқотиш  $12,8\%$ , иккинчисидан  $-9,6\%$ , 4 синф I гуруҳда  $5,7\%$  ва иккинчисидан  $8,4\%$  ҳолларда ташхисланган. Гистерэктомиялар I-гуруҳда  $4,2\%$  ҳолларда, асосан 3 ва 4 синф қон йўқотишда, БТВОУ ва КЧ самара бермаганида амалга оширилган.  $13,0\%$  ҳолларда қон препаратлари қўллаш қайд этилган. Иккинчи гуруҳда гистерэктомия  $7,4\%$  ҳолларда ўтказилган, йўқотилган қон ҳажми  $1402,0 \pm 32,5$  мл ни ташкил этган, қон препаратлари  $19\%$  ҳолларда қўлланган. Операциядан кейинги даврда биринчи

гуруҳда бачадон субинволюцияси ҳамда тана ҳароратининг кўтарилиши кўринишидаги асоратлар 7,1%, иккинчи гуруҳда эса 2,8% ҳолларда учраган. Иккинчи гуруҳда бирламчи қон кетиши 2,8% ҳолларда кузатилиб, бу 0,9% ҳолатларда реллапаротомияга сабаб бўлган. Текширилган гуруҳда йўлдошнинг ҳаққоний битишиб кетиши (percreta) 5,7% да ташхисланган. Ўртача қон йўқотиш  $2300 \pm 245,23$  мл ни ташкил қилган. Барча ҳолатларда босқичма-босқич даволаш қўлланган: интраоперацион ташхислашда муассасанинг захирасини максимал даражада ишлатиш учун операцияни тўхтатиб туриш, йўлдошдан ташқарида кесим ўтказиш, йўлдошга тегмасдан ИЁАБни қўллаган ҳолда бачадонни босқичма-босқич деваскуляризация қилиш, думғаза-бачадон бойлами томирларига лигатура қўйиш (ташқи ёнбош артерия), шундан кейингина - мультидисциплинар ёндашувда гистерэктомия бажариш. Бундай ёндашувнинг қўлланиши интра-постоперацион асоратларнинг (реллапаротомия, полиорган етишмовчилиги - ПОЕ, ОЎ) олдини олиш имконини берган.

Операциядан олдин қон ивиш тизими ўрганилганда қоннинг коагуляцион хусусиятлари бузилганлиги аниқланиб, ПТВ ва АЧТВнинг узайиши билан намоён бўлган, бу КК вақтида кўп қон йўқотиш хавфини келитириб чиқариши мумкин. Биринчи гуруҳда операциядан кейинги даврда гемостаз тизимини текширишда ҳам прокоагулянт, ҳам томир-тромбоцит бўғинлари бўйича гиперкоагуляцияга умумий мойиллик мавжудлиги аниқланган. Биринчи гуруҳда гемостазиограмма параметрларининг ўртача қийматлари: фибриноген  $4,5 \pm 0,6$  г/л, протромбин вақти  $14,2 \pm 0,8$  сек, АЧТВ кўрсаткичи  $29,9 \pm 3,6$  сек гача қисқарган. Бундан ташқари, қон ивишининг томир ичида фаоллашуви белгилари тромбофилияга мойилликнинг муҳим аломатлари ҳисобланган - РФМК қонцентрацияси 6,5 дан 10,0 гача ораликда бўлган. Иккинчи гуруҳда мос равишда фибриноген  $4,0 \pm 0,6$  г/л (1-гуруҳга қиёсланганда  $p < 0,05$ ), протромбин вақти  $16,2 \pm 0,8$  сек, АЧТВ кўрсаткичи  $32,2 \pm 3,6$  сек, РФМК  $3,5 \pm 0,3\%$  ни ташкил қилган ( $p < 0,001$ ). Шундай қилиб, юқори хатар гуруҳига мансуб аёлларда кесарча кесиш операцияси вақтида КЧ усулини қўллаш интра- ва постоперацион даврда қон йўқотилишини камайтиришга ёрдам беради, қон компонентларининг қўлланиши камайдиган (ИН=0,74 бўлганида НХП=3,4, ДИ 95% бўлганида ХН=0,79), гистерэктомиялар 1,7 баробар (ИН=0,55 да ХНП =7,6, ДИ 95% да ХН=0,57), туғуруқдан кейинги қон кетиш (ТКҚК) лар ва реллапаротомия кўринишидаги асоратлар камайдиган. 3-4 дажарали қон кетиши вақтида КЧ қўлланилганида уларнинг самарадорлиги пасаяди, бундай ҳолларда уларни қўлламаслик тавсия этилади. Операциядан кейинги давр ҚИВнинг гиперкоагуляция ҳолатини, ҳамда септик асоратлар хавфини ҳисобга олган ҳолда олиб борилиши лозим.

Диссертациянинг «**Ҳамроҳ юрак-қон томир патологияси бўлган ҳомиладорларни туғдиришда қонни асровчи технологиялар**» 4.бобнинг учинчи қисмида ЮҚТП бўлган ҳомиладорларни туғдиришда қонни асровчи технологияларни қўллаш натижалари баён қилинган. Маълумки ЮҚТП операция билан туғдиришга етакчи кўрсатмалардан биридир. Айниқса ЮҚТП ва қон айланишининг етишмовчилиги (ҚАЕ) ҳолларида ҳомиладорларни абдоминал туғдириш мақсадга мувофиқдир, бунда инфузион терапия ва

утеротоникларнинг қўлланилиши юрак-қон томир тизимининг бузилишига олиб келиши мумкин ва ўткир юрак етишмовчилиги ва ўпкалар шиши ривожланишигача бўлган ҳолатнинг ёмонлашувини келтириб чиқаради. ҚАЕ билан асоратланган соматик патологияли ҳомиладорларни абдоминал йўл билан туғдиришда ишлаб чиқилган қонни асровчи технологияларнинг самарадорлиги тадқиқ этилган. Қон кетишини даволашга кўра беморлар 2 гуруҳга ажратилган, 1-гуруҳ КЧ қўлланилган (n-74) ва 2-гуруҳ – КЧ қўлланилмаганлар (n-60). II-III даражали қон айланиши бузилишлари ҳамда уларнинг акушерлик патологияси билан қўшилиб келиши КЧга кўрсатма бўлиб хизмат қилган.

Операциянинг давомийлиги асосий гуруҳда ва таққослов гуруҳида мос равишда  $34,3 \pm 2,3$  минут ва  $37,6 \pm 3,3$  минутни ташкил этган. Интраоперацион қон йўқотилиши 400 мл дан 2500 мл гача, ўртача I гуруҳда  $573,6 \pm 34,9$  мл, иккинчи гуруҳда -  $670,8 \pm 47,8$  мл бўлган. Биринчи гуруҳда 3,9% ва иккинчи гуруҳда 5,5% ҳолатларда қўшимча равишда аралашувни талаб этувчи қон кетиши ташхисланган. I-гуруҳда БТВОУ усуллари 8,1% ҳолатда, КЧ - 4,0%, гистерэктомия 1,3% ҳолатларда қўлланган. Иккинчи гуруҳда қон кетиши ТКҚҚни даволаш баённомасига биноан тўхтатилган, 3,3% ҳолларда операциядан кейин бачадон гипотонияси кузатилиб, уни анъанавий қонсерватив усулларда бартараф этилган (гемо-плазмотрансфузия, утеротониклар, бачадонни уқалаш). Шунингдек, окситоцинни қўллаш ва инфузия ҳажмини кўпайтириб юбориш оқибатида 3,3% ҳолларда ҳолатнинг ёмонлашуви қайд этилган, 1-гуруҳда бундай ҳолат кузатилмаган (ДИ 95% бўлганида МХП=0,03). Ўтказилган тадқиқот абдоминал туғдиришда атонияни даволаш мақсадида компрессион чокларнинг самарадорлигини тасдиқлайди, булар ЮҚТПда туғдириш пайтидаги асоратларни камайтиришга имкон беради. Муаллиф хулосасига кўра, компрессион чокларнинг афзаллиги ЦҚХни ошириш, ҳамда ЮҚТТга салбий таъсир этувчи препаратларни қўллашни камайтиришдан иборат.

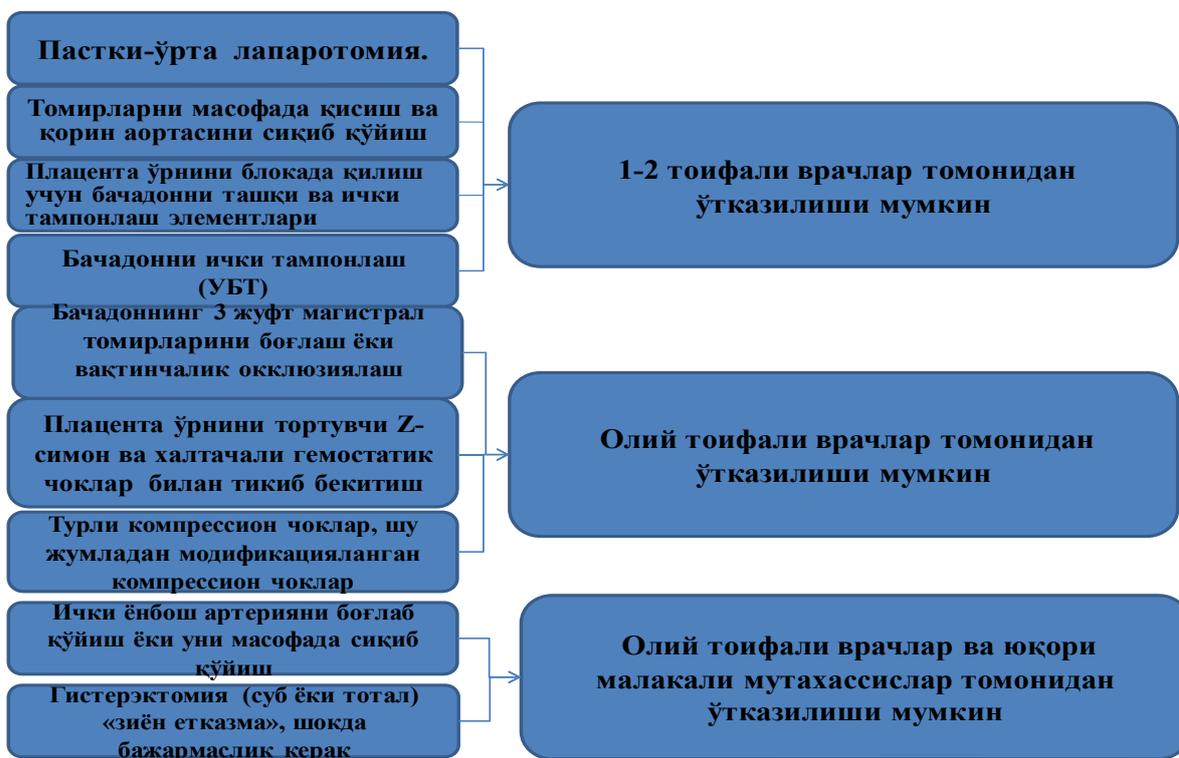
Диссертацияни «**Қон кетишини босқичма-босқич назорат қилиш ва даволашнинг комплекс усулини қўллаш натижалари (ҚКББНҚДУ)**» деб номланган бешинчи бобида, ишнинг асосий мақсади қон кетишини босқичли назорат қилиш ва даволаш тактикаси (ҚКББНҚДУ) ёки damage control surgery технологиясини акушерлик амалиётига жорий этилган. Бундай боқичма-босқич даволаш технологиялари тиббиётнинг шок ҳолатларини даволаш билан боғлиқ бўлган соҳалари – ҳалокатлар тиббиёти, ҳарбий-дала хирургиясида қўлланилади, буни ходимлар ва препаратлар имкониятлари чекланган шароитларда, шунингдек беморнинг аҳволи барча шикастларни бирваракайига бартараф этишни кўтара олмайдиган оғир политравмаларда қўллаш леталликни салмоқли пасайтиришга имкон берди. Бунда босқичма-босқич ёрдам кўрсатиш беморнинг омон қолишига ёрдам беради. Тадқиқотнинг сўнгги босқичида акушерлик амалиётида қон кетишини босқичма-босқич назорат қилиш ва даволаш тактикасининг асосий ҳолатлари баён қилиниб, булар кўп қон йўқотганларнинг турли когортасида апробациядан ўтказилган, биз ишлаб чиққан қонни асровчи технологиялар ва алгоритмларни ўз ичига олган. Қон кетишини босқичли назорат қилиш ва даволаш усули 3 босқичдан иборат. 1-босқич – қон кетишини даволашнинг миллий стандартига мувофиқ бирламчи ёрдам, қон кетиш

сабаблари ва манбаини излаш, лапаротомия ва вақтинчалик ёки доимий гемостаз, бу клиник вазиятдан ҳамда шифокорнинг тажрибасидан келиб чиқади. Қон кетиш турига кўра (тасимланиш усули) ва «оддийдан мураккабга» ҳамда «зиён келтирма» тамойилига кўра жарроҳнинг тайёргарлик даражаси ва услубни ўзлаштирганлик даражасидан келиб чиқиб хирургик гемостаз ўтказиш. Параллел равишда ГШнинг олдини олиш ва уни даволаш учун юрак фаолиятини гемодинамик қувватлаб бориш. 2-босқич: бемор ҳолатини барқарорлаштириш ва уни шок ҳолатидан олиб чиқиш, ЦҚХни, қон ивиш потенциалини тўлдириш, заруратга кўра юқори малакали врачларни чақириш. Охириги 3-босқич бемор ҳолатини батамом барқарорлаштириш шароитида тўлиқ гемостаз ўтказишга, ҳамда мультидисциплинар бригада ёрдамига йўналтирилган.

Тадқиқот маълумотларига кўра қон кетишини босқичма-босқич назорат қилиш ва даволаш тактикасига кўрсатмалар КМКҚ ва ОЎга олиб келувчи ва босқичли ёрдамни талаб қилувчи исталган вазиятлар бўлиши мумкин. 1. Қон кетиш тасимланишининг ишлаб чиқилган усулига мувофиқ 3 тур қон кетиши. 2. Йулдошнинг бачадон деворига ва бачадон ташқарисигача ўсиб кириши ёки битишиб кетиши. 3. Бир вақтнинг ўзида 1500-2000 мл ёки ЦҚХнинг 25-35% ҳажмида қон йўқотилиши. 4. Геморрагик шок ва 1500 мл дан зиёд давом этаётган қон кетиши, беқарор гемодинамика. 5. Бачадоннинг пастки сегментида ёрилиши ва қоринпарда орти бўшлиғи ҳамда бачадон сербар бойлами гематомаси, шок билан бирга қўшилиб келиши. 6. Давом этаётган қон кетиши замирида релапаратомия. 7. Юқорида қайд этилган ҳолатларда тотал гистерэктомия ва ички ёнбош артерияни боғлаб қўйиш операциясини сифатли бажара олувчи тажрибали мутахассиснинг йўқлиги. 8. Асоратлар келиб чиққанида кўшимча мутахассислар – жарроҳлар, урологлар, гематологлар ва бошқаларни жалб этиш зарурати. Шунингдек мазкур технологияга кўрсатмалар акушерлик қон кетишини даволаш баённомасига (стандартига) риоя қилиш имкони бўлмаганида, яъни турли сабабларга кўра диссеминацияланган томир ичида қон ивишини коррекциялаш учун препаратлар, акушерлик қон кетишини даволаш баённомасининг (стандартининг) негизида ётувчи ички ёнбош артерияларини боғлаш билан ўтказилувчи тотал гистерэктомиyani амалга ошира олувчи тажрибали мутахассислар, томир жарроҳлари бўлмаганида юзага келади. Қон кетиши градациясига кўра ҚКББНКДУ 2 та алгоритмни ўз ичига олади ва йулдош жойлашган сохадан қон кетишида 9 та босқичдан ташкил топади (2-расм).

Бир нечта усулларни биргаликда қўллаш мумкин, бу қон кетишини тўхтатиш имконини оширади. Исталган банднинг бажарилиши қон кетишининг тўхташига олиб келиши мумкин. Алгоритмнинг дастлабки 4 босқичи оддий усуллар бўлиб, уларнинг негизида йулдош ўриндиғини муваққат блокада қилишга (веноз қон кетиши) йўналтирилган бачадонни қисиш ва ташқи-ички тампонлаш ётади. Муаллифнинг фикрича улар фақат лапаратомия қила олувчи врачлар томонидан амалга оширилиши мумкин. Алгоритмнинг навбатдаги 3 банди КЧТни ўз ичига олади ва кесарча кесиш операциясини ўтказа олувчи ҳамда субтотал гистерэктомия тажрибасига эга врачлар томонидан ўтказилиши мумкин. 8-9 бандлар фақат тайёргарликдан ўтган юқори малакали врачлар

томонидан бажарилиши мумкин. Алгоритмнинг ўзига хос жиҳати шундаки, ҳар бир босқичда қон кетишини тўхтатишнинг имкони бор.



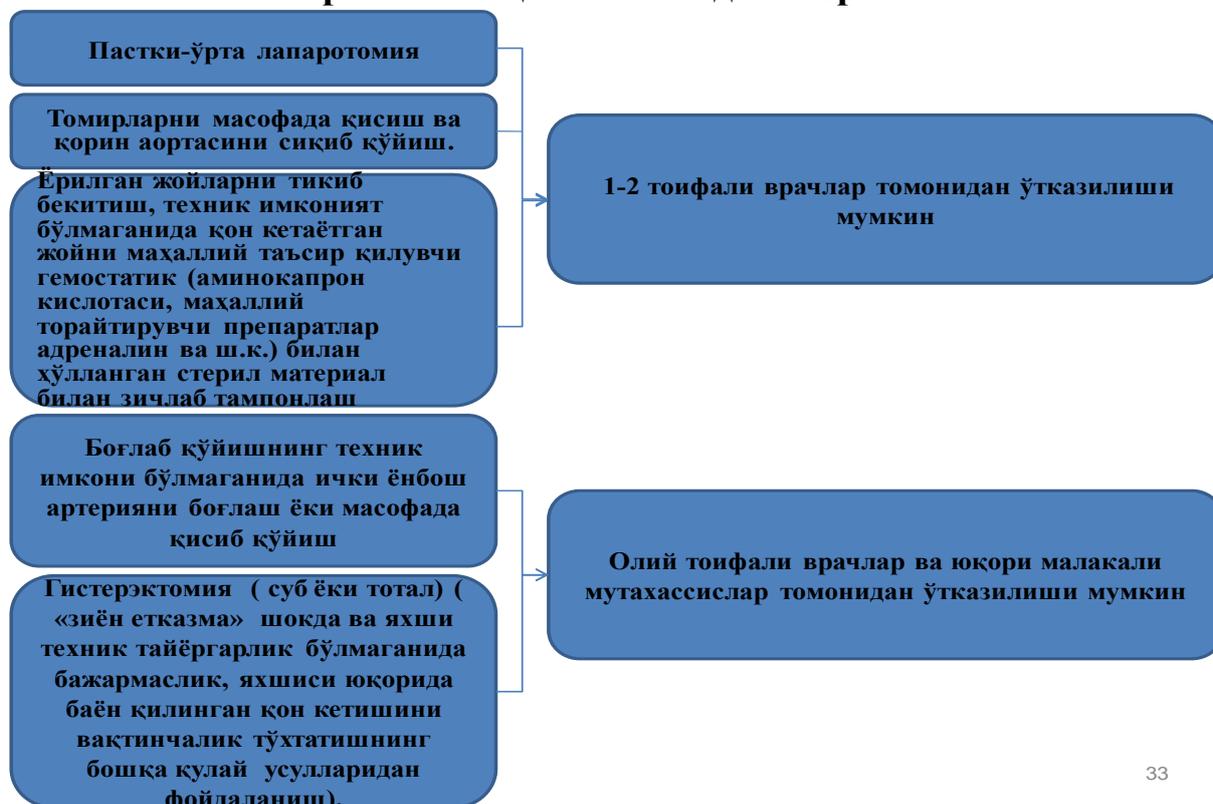
2-расм. Йулдош жойлашган сохадан қон кетишида кичик чанок аъзоларини деваскуляризациялаш алгоритми

Шикаст оқибатида қон кетиши бошқарилиши энг қийин бўлгани саналади, чунки қон кетиши кўпинча артериал бўлиб, кўплаб асоратларга эга, Оўнинг энг кўп учровчи сабабчисидир. Ёрдам кўрсатиш усули 5 босқичга ажратилган бўлиб, дастлабки учтасини ҳар қандай тайёргарликка эга врачлар, асосан босиш ва тампонлаш усуллари ёрдамида ўтказишлари мумкин, қолган 2 босқич малакали мутахассисларга мўлжалланган. Юқорида баён этилган тактикани баҳолаш учун сўнгги босқичда КК йўли билан операция қилиб туғдиришда ва КК вақтида ҳаддан зиёд қон йўқотишда босқичма-босқич назорат қилиш ва даволаш тактикасига кўрсатмалар салмоқли қон кетиши гуруҳида 10,5% ҳолатларда бўлган (4-гуруҳ, n-38). Тадқиқотнинг ретроспектив фазасида олинган натижаларни Оў билан таққосланган (1-гуруҳ). Ўртача ёш  $28,0 \pm 0,4$  ни ташкил этган. Паритетга кўра биринчи бор ҳомиладорлар 26,3%, такрор ҳомиладорлар ва такрор тукқанлар 31,5% бўлган. 3 ва 4 ҳомиладорликлар ва туғруқлар мос равишда 26,3% ва 15,7% ни ташкил этган. Операциялар асосан шошилинч ўтказилган (86,8%). ККга кўрсатмалар орасида кўпроқ НЖЙБК 28,9%, йулдошнинг марказий олдин келиши - 26,3% ҳолларда, кўп ҳомидали ҳомиладорлик 10,5% ҳолларда, қон кетиши ва шок замиридаги релапаротомиялар кўринишидаги шошилинч вазиятлар 10,5%, бачадон ёрилишлари 5,2% ҳолларда учраган.

Қон кетиши тақсимланишига кўра йулдош жойлашган сохадан қон кетиши 86,8% ва травматик қон кетиши 13,1% кузатилган. Қон

кетишитақсимланишининг таклиф этилган усулига кўра биринчи тур қон кетиши 31,5%, 2 тур 13,1%, 3 тур 52,6% ҳолларда ташхисланган. 1 синф қон кетиши 26,3% ҳолларда, 2 синф – 28,9%, 3 синф – 23,6% ва 4 синф – 18,4% ҳолларда ташхисланган. 3 тип қон кетиши 52,6% ҳолларда 3-4 даражали кенг кўламли қон кетиши кўринишида содир бўлган, бу ҳам текширилаётган гуруҳдаги критик вазиятдан гувоҳлик беради.

### Травматик қон кетишида алгоритм



33

3-расм. Шикаст оқибатида қон кетишида ҳаракатлар алгоритми

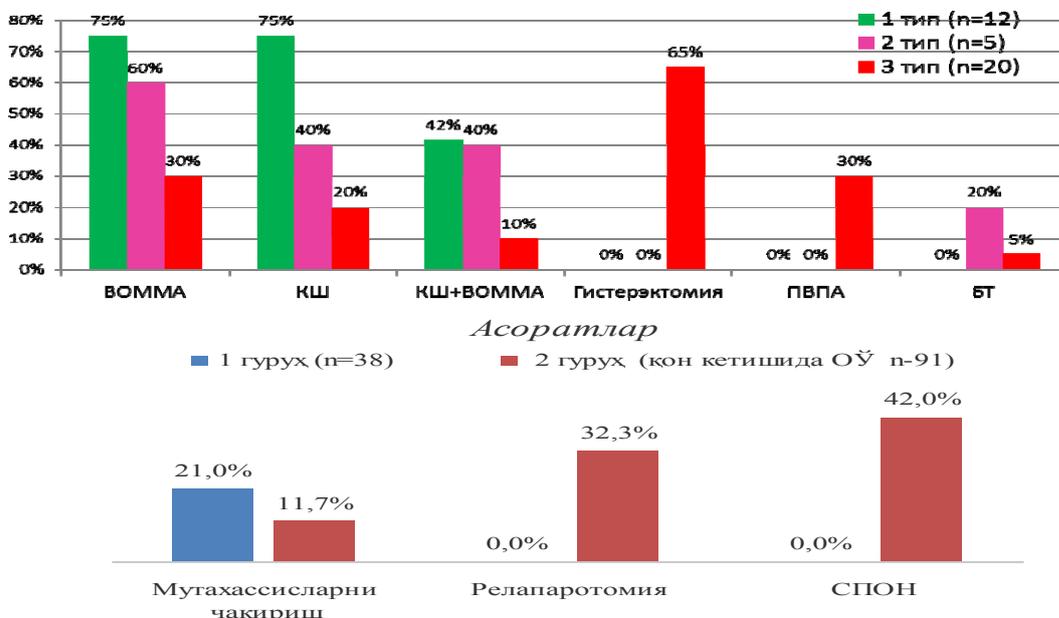
Ҳомила чиқариб олингандан кейинги интраоперацион аралашувлар қон кетишини босқичма-босқич назорат қилишнинг 1-босқичи сифатида 47,3% БТВОУини ўз ичига олган, компрессион чоклар 39,4% ҳолларда, гистерэктомия 23,6%, ички ёнбош артериясини боғлаб қўйиш 15,7% ҳолларда, асосан 3 тур қон кетиши кузатилган аёлларда қўлланилган. Шунингдек аортани сиқиб қўйиш 10,5%, томир тутамига қисқич қўйиш (15,7%), бачадонни икки қўллаб сиқиб қўйиш (10,5%) каби қон кетишини вақтинчалик тўхтатиш тадбирлари интраоперацион қўлланилган. Операция давомийлиги, интраоперацион тўхталишни ҳисобга олган ҳолда  $68,0 \pm 18,08$  минутни ташкил қилган. Интраоперацион тўхталиш ўртача  $34 \pm 1,2$  минутга етган. Тўхталиш 21,9% ҳолларда ИЁАБ ва тотал гистерэктомия кўринишидаги қўшимча аралашувлар учун мутахассислар ёрдамидан, қорин бўшлиғини тафтиш қилиш учун жарроҳлардан фойдаланиш имконини берган. Операция вақтида йўқотилган қон ҳажми  $1637,6 \pm 108,97$  млни ташкил этган. 86,8% ҳолларда қорин бўшлиғини асосан қин орқа гумбази орқали дренажланган. Чилла даврида тампонада элементлари 10,5% ҳолларда қўлланилган. Операциядан кейингидавр турли даражадаги анемия замирида кечган, бироқ септик ва релапаротомия ва ПОЕС кўринишидаги бошқа асоратлар бўлмаган.

ҚКББНҚДУини интраоперацион тўхталиш билан бирга қўллаш куйидаги афзалликларга эга:

Алгоритмга кўра нтраоперацион тўхталиш куйидагиларга имкон берган:

- тажрибалироқ мутахассисларни чақириш учун вақтдан ютиш;
- бачадоннинг қисқариш хусусиятларининг барқарорлигига ишонч ҳосил қилиш ва имкон қадар гемостазнинг кўшимча хирургик чораларини кўриш, релапаротомия вақтидаги Оўнинг хавф омилини камайтириш;
- шок ҳолатидаги беморнинг аҳволини барқарорлаштириш, ҚИВ ва ЦҚХни тиклаш.Шуниси ўта муҳимки, технологиянинг қўлланиши гемоглобиннинг ўта паст даражаси ва шок вазиятида (бу омиллар КМҚК омон қолгандан кейин 58% ҳолларда ўлим билан якун топишнинг асосий сабаби бўлган) гистерэктомия утказиш замиридаги Оўнинг муҳим омилларидан бирини чиқариб ташлаш имконини берган.

### Қон кетиш типларида қўлланилган хирургик гемостаз усуллари (градация бўйича)



#### 4-расм.ҚКББНҚДУда оператив аралашув кўрсаткичлари

Шундай қилиб, КМҚКга карамай 49% ҳолларда ҚКББНҚДУнинг қўлланилиши ҳаёт учун хавфли геморрагик асоратларни камайтиришга, оналар ўлими ҳолатларига йўл қўймасликка имкон берган.

Диссертациянинг **“Ишлаб чиқилган усулнинг иқтисодий самарадорлиги”**деб номланган олтинчи бобида тиббий технологиянинг иқтисодий ва ижтимоий самарадорлиги баён этилган. Таклиф этилган технологияда аъзони сақлаб қолувчи технологиялар самарадорлиги кўрсаткичи сифатида гистерэктомиялар сонининг мавжудларига қараганда 2 баробар пасайиши қайд этилади. Даволаш ҳаражатларини пасайтиришдан олинган иқтисодий самара куйидаги формула бўйича ҳисобланади:  $E = [(M1 - M2) + (C1 - C2) + (V + E) \times 0,6] \times N - 0,15 \times K$ . Бу ерда M1-M2 даволаш учун препарат нархини камайиши; M1 биринчи гуруҳда қон компонентларига 444700 сўм.

Иккинчи гуруҳда қон препаратлари учун жами  $M_2=1078800$  сўм сарфланган.  $C_1$ - $C_2$  – беморнинг стационарда ётиш давомийлигини қисқартириш.  $C_1$  биринчи гуруҳдаги ўртача 6 кун,  $C_2$  – иккинчи гуруҳдаги ўртача 6 кун.  $B$  – ТТБнинг аниқ муассасаси учун бир ётоқ кун нархи (20000 сўм/кунига);  $E$  – вақтинча меҳнатга лаёқатсизлик варақаси бўйича ўртача нафақа қиймати (сўм/кун) – кунига 6500 сўм; 89%и уй бекалари эканлигини инобатга олган ҳолда 2015 й сентябридан бошлаб ўртача нафақа бўйича 156.310 сўм ҳисобланган, 0,6 – ишловчилар коэффициентлари (вояга етмаганлар, пенсионерлар ва уй бекаларини ҳисобга олмаганда);  $H$  – жорий этиш кўлами; Ўзбекистон бўйича 2014 йилда 658000 та туғруқ, улардан акушерлик қон кетиши оғирлигига кўра ўртача 0,2%дан 2,9%гача ташкил қилади. Эвр =  $[(M_1 - M_2) + (C_1 - C_2) + (B + E) \times 0,6] \times H - 0,15 \times K$   
 $K = [(1\ 078\ 800 - 444\ 700 \text{сум}) + (6 - 6) + (20\ 000 + 6\ 500) \times 0,6] \times 13\ 160 - 0,15 \times 242\ 405\ 910$  сўм = 5179736714 сўм, формулага кўра 1 йил мобайнида акушерлик қон кетишларини даволаш ва назорат қилишнинг босқичли технологиясини қўллаш туфайли даволаш харажатларини камайтиришдан олинган иқтисодий самараси қиймати шундай.

## ХУЛОСА

1. Оўда КМКҚ асосий триггери (35%) гипертензия ҳолатлари ҳамда қон ивишининг бузилишлари билан бирга кечувчи йулдош патологиясидир (НЖЙБК, ЙПЖ, йулдошнинг олдинда келиши). Қон кетишини мониторинглашнинг ишлаб чиқилган харитасининг қўлланилиши даволаш стандартидан оғишларни аниқлашга ёрдам берди ҳамда бой берилган имкониятларни аниқлаб берди. Кузатувларнинг 78% фоизда даволаш стандартларига амал қилмаслик, айниқса компрессион-чоклаш технологияларини етарлича қўлламастан олиб борилувчи хирургик гемостазнинг қўлланганлиги аниқланган. Танатогенезнинг ўзига хос хусусиятлари туғруққа ёрдам, ҳамда ҳар қандай тажрибага эга мутахассислар учун мос технологияларни яратиш зарурлигини тақозо этади.

2. СТЭБ орқали ўтган Оў хужжатларини таҳлил этиш қуйидагиларни кўрсатди:

- даволашда камчиликлар мавжудлиги – операция амалиётининг кеч амалга оширилиши ва стандартнинг хирургик сегментига риоя қилмаслик (60%);

- ташхислашдаги камчиликлар: қон йўқотиш ҳажмига етарлича баҳо бермаслик (78%)ёки қорин ичига қон кетишини кеч ташхислаш (12%);

- ташкилий камчиликлар: хирургик деваскуляризацияни ўтказувчи ходимларнинг йўқлиги, натижада бошқа мутахассисларни уйдан чақирилган, бунинг оқибатида 34% ҳолларда ёрдам кечикиб берилган. Демак, инсон омили ҳамда вақт омили ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлган.

3. Ишлаб чиқилган қон кетиши ақсимланиши ички ва ташқи ёнбош артериялари томонидан қон билан таъминланиш хусусиятларини инобатга олади ва қон йўқотиш ҳажмига кам боғлиқ эканлигини кўрсатади, чаноқ аъзоларини босқичма-босқич дифференциал деваскуляризациялашга имкон беради: 1 турда (бачадон танасидан қон кетишида) магистрал бачадон томирларини боғлаб қўйиш энг самаралидир (66,6%). 2 турда (бачадон бўғиз қисми, пастки сегментидан қон кетиши) компрессион чоклар энг самарали (83,3%)

ҳисобланади. Қон кетишининг 3 тури (бачадон бўйни, қиннинг юкори учдан бир қисми, параметрий ва қоринпарда орти бўшлиғи соҳаси) 49% ҳолларда КМҚКга олиб келади (сезгирлиги 0,68, спецификлиги 0,85), ички ёнбош артериясини боғлаб қўйиш ва тотал гистерэктомия (30,4%) устувор ҳисобланади (1 типга нисбатан ДИ 95% бўлганида НХП=206,1 ХР=7,44).

4. Қон кетиши ва (ёки) КМҚЙ хавфи бўлган ҳоллардаги (PROG 2009) КК алгоритми қуйидаги қон кетиш кўрсаткичларнинг камайишига олиб келади:

- қон йўқотиш ҳажми (1354,1±60,1 мл дан 1104,8±81,7 мл, P<0,05);
- қон компонентларининг қўлланиши (НХП =3.4, при ИН=0,74, ХР=0,79 ДИ 95% да);

- гистерэктомиялар қилинишининг 1,7 баробарга (ИН=0,65, ХН=0,57 бўлганида НХП =7,6, ДИ 95% да);

- релапаротомиялар ва ТКҚК камайиши.

Йулдош битишиб кетганида бачадонни, ички ёнбош артериясини боғлашдан бошлаб, босқичма-босқич деваскуляризация қилиш зарур, бу қон йўқотиш ҳажмини 22,2%га қисқартиради. Шокнинг 3-4 даражасида КЧ қўлланилганда унинг самарадорлиги пасаяди, бундай ҳолларда уларнинг қўлланилиши чекланиши лозим. КЧдан кейин операциядан кейинги давр яққол гиперкоагуляциясини ҳамда бачадон инволюциясининг секинлашиш хавфини инобатга олган ҳолда олиб борилиши даркор.

5. ҚАЕ билан асоратланган ЮҚТП бўлган аёлларда ККда алгоритмнинг қўлланиши геморрагик асоратларнинг камайишига, ЦҚХни 1255,26±93,9 мл дан 890,48±73,9 мл гача (P<0,05) оширувчи инфузиянинг пасайишига, утеротоникларни қўллашнинг камайишига ва мос равишда уларнинг юрак-қон томир тизимига салбий таъсирининг камайишига олиб келади (МХП=0,03, ДЛБС=30, ДИ 95% бўлганида).

6. Ресурслар чекланган шароитларда ҳамда ТКҚК ва ГШни даволаш стандартларига вақт бўйича риоя қилиш имкони бўлмаганида ҳамда бошқа ностандарт вазиятларда КМҚК ривожланганида қуйидаги вазифаларни ҳал этиш учун қон кетишини босқичма-босқич назорат қилиш ва даволашнинг ишлаб чиқилган тактикасини (damage control surgery) қўллаш зарур:

- тажрибалироқ мутахассисларни чақириш учун вақтдан ютиш ва шунинг билан техник хатоликларни ва ятрогенияни камайтириш;

- операция вақтида бачадоннинг қисқарувчанлик хусусиятига ишонч ҳосил қилиш ва заруратга кўра гемостазнинг қўшимча хирургик чора-тадбирларини кўриш, бу Оўнинг навбатдаги омили – релапаротомияни камайтириш (29,4%) имконини беради;

- шокда бемор ҳолатини барқарорлаштириш, ЦҚХни тиклаш, ДВСнинг олдини олиш мақсадида (Оўда 46%) ҚИТни коррекциялаш учун қон ивиш омилларини тўлдириш.

Технологиянинг қўлланиши гемоглобин кўрсаткичининг ўта паст даражасида ва шок заминида КМҚК ишидаги Оўнинг асосий сабабларидан бири гистерэктомиянинг камайишига (82,3% дан 65,0%гача), ГШ замиридаги гистерэктомия операциясидан кейинги даврда такдиқикотимиза кура 58% КМҚК кейин тирик қолган аёллардаги Оўнинг асосий сабаби булмиш ПОЕ камайишига олиб келди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.27.06.2017.Tib.29.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ  
ПЕДИАТРИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

---

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА И  
ГИНЕКОЛОГИИ**

**ЮСУПБАЕВ РУСТЕМ БАЗАРБАЕВИЧ**

**ПУТИ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ  
ОПЕРАТИВНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ**

**14.00.01 - Акушерство и гинекология**

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

**ТАШКЕНТ – 2018**

**Тема докторской диссертации (DSc) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2017.2.DSc/Tib148**

Докторская диссертация выполнена в «Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре акушерства и гинекологии».

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице по адресу [www.tashpmi.uz](http://www.tashpmi.uz) на Информационно-образовательном портале “ZiyoNet” по адресу [www.ziyo.net.uz](http://www.ziyo.net.uz).

**Официальные оппоненты:**

**Аюпова Фарида Мирзаевна**  
доктор медицинских наук, профессор

**Каттаходжаева Махмуда Хамдановна**  
доктор медицинских наук, профессор

**Негматжанов Боходур Болтаевич**  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:** **Днепропетровская медицинская академия МЗ**  
**Украина**

Защита состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного совета DSc.27.06.2017.Tib.29.01 при Ташкентском педиатрическом медицинском институте. По адресу: 100140, г.Ташкент, Юнусабадский район, улица Богишамол, дом 223. Малый зал Ташкентского педиатрического медицинского института (Тел./факс: (+99871) 2623314; e-mail: [mail@tashpmi.uz](mailto:mail@tashpmi.uz))

С докторской диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского педиатрического медицинского института (зарегистрирован за №\_\_), по адресу: 100140, г.Ташкент, Юнусабадский район, улица Богишамол, дом 223.Тел./факс: (+99871) 2623314.

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 года.  
(Реестр протокола рассылки №\_\_ от \_\_\_\_\_ 2018 года).

**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.** По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более 99% случаев смерти матерей (МС) приходится на развивающиеся страны, а более половины из них – на государства Азии<sup>1</sup>. Анализ материнской заболеваемости и смертности за последние 10 лет показал, что при оперативном родоразрешении идентичные проблемы повторяются из года в год. Основной причиной материнской смертности остается кровотечение во время беременности и родоразрешения, особенно при кесаревом сечении (КС). В связи с чем, что большое количество осложнений связано с продолжающимся кровотечением, это ставит проблему интраоперационного гемостаза на первое место. Снижение количества интра- и послеоперационных осложнений зависит от разработки новых и совершенствования существующих методов и является важной задачей практического акушерства.

Для повышения эффективности мероприятий по снижению материнской заболеваемости и смертности в мире ведется внедрение в клиническую практику высокоэффективных технологий и подходов, рекомендованных доказательной базой многоцентровых рандомизированных исследований, разработка и усовершенствование методов ранней диагностики и лечения больных с акушерскими кровотечениями, выявление и снижение вероятности воздействия факторов риска. Разработка комплекса диагностических алгоритмов и обоснование новых кровосберегающих технологий, направленных на снижение материнской заболеваемости и смертности, связанных с акушерскими кровотечениями при оперативном родоразрешении остается одним из приоритетных направлений в акушерстве.

Согласно стратегии Действий развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы были определены следующие задачи - «укрепление здоровья семьи, охрана материнства и детства, расширение услуг медицинской помощи детям и матерям, оказания им специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, предпринять в широком масштабе меры по снижению младенческой и детской смертности»<sup>2</sup>. В связи с этим необходимо поднять на новый уровень оказание медицинской помощи населению, в том числе исследований по разработке и обоснованию новых кровосберегающих технологий, направленных на снижение материнской заболеваемости и смертности, связанных с акушерскими кровотечениями при оперативном родоразрешении.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан № УП-4947 «О Стратегии действий по пяти приоритетным

---

<sup>1</sup> Trends in maternal mortality 1990–2013. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/>).

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон Фармони билан тасдиқланган «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Харакатлар стратегияси».

направлениям развития Республики Узбекистан в 2017–2021 годы» от 7 февраля 2017 года и в Постановлении Президента Республики Узбекистан № ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан» от 20 июня 2017 года, а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии республики V. «Медицина и фармакология».

### **Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации<sup>3</sup>.**

Научно-исследовательские работы, направленные на снижение материнской смертности и заболеваемости от кровотечений осуществляются в ведущих научных центрах и в высших образовательных учреждениях мира, в том числе American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American Academy of Family Physicians, School of Public Health, and Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, NC (США), Department of Obstetrics and Gynecology, International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Pushpagiri Medical College (Индия), ФГБУ "Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова, Сибирский Государственный Университет (Россия), Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии (Узбекистан).

В научно-исследовательских работах, которые проводятся в мире в сфере акушерства, одним из приоритетным направлением является усовершенствования мероприятий по лечению чрезмерной кровопотери при выполнении операции кесарево сечения, разработка и обоснование новых кровосберегающих технологий. К настоящему времени получены следующие данные: выработаны основные факторы риска чрезмерной кровопотери (American Academy College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)); выявлены маркеры генетического риска при акушерской чрезмерной кровопотери при КС (American Academy of Family Physicians, School of Public Health, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill (АКШ)). Установлено, эффективность и недостатки компрессионных швов при чрезмерной кровопотере (Department of Obstetrics and Gynecology, International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO)); установлено, что в последнее время наблюдается тенденция к увеличению частоты чрезмерной кровопотери с нарушением системы свертывания крови (Pushpagiri Medical College); определена значимость операции по В-Lynch для акушерских кровотечений (University of Oldenburg, Германия; University of Bern, Швейцария); в исследованиях показано что для акушерских кровотечений характерны внезапность и высокая скорость кровопотери, что при сниженных

---

<sup>3</sup>www. Pubmed; www. Hindawi; www. BMJ Open; www.guideline.gov; <http://elibrary.ru> Maternal mortality factsheet No. 348. Geneva: World Health Organization 2014 ; Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global causes of maternal death: WHO systematic analysis. Lancet Glob Health 2014; Trends in maternal mortality 1990–2013. Geneva:World Health Organization, 2014 (<http://apps.who.int/>).

адаптивных возможностях организма роженицы на фоне соматических заболеваний и патологии беременности способствует быстрому развитию коагулопатии, явлений шока и полиорганной недостаточности (Department of public health Sciences (США); увеличение частоты приращения плаценты во время КС, которое почти всегда требует применения перевязки внутренней подвздошной артерии (ПВПА), что иногда для акушера, осуществляющего операцию, становится невыполнимой задачей (ФГБУ "Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Минздрава Россия); авторы подчеркивают, что в последнее время наблюдается тенденция к увеличению частоты массивных кровотечений при КС с нарушением системы свертывания крови и приращением плаценты (Сибирский Государственный Университет).

На сегодняшний день в мире разработка новых и совершенствование существующих методов кровосбережения при операции КС которые включают в себя: изучение причины массивных акушерских кровотечений при оперативном родоразрешении, приведших к материнской смертности; выявление критериев риска на чрезмерную кровопотерю при патологическом течении беременности и разработка профилактических мер в группе высокого риска на акушерские кровотечения; разработка дифференцированного комплексного подходов к хирургическому гемостазу с применением компрессионно-сшивных технологий при родоразрешении с риском и развитием кровотечения; при проведении абдоминального родоразрешения оптимизация компрессионно-сшивных технологий при атонических акушерских кровотечениях; внедрение новых инновационных технологий в акушерской практике как резерва снижения материнской смертности при оперативном родоразрешении; изучение системы гемостаза для профилактики массивных акушерских кровотечений и разработка дифференцированных методов лечения коагулопатий, а также совершенствование экстренной помощи при акушерских критических состояниях является одной из приоритетных задач практического акушерства.

**Степень изученности проблемы.** Как показали многочисленные исследования, тенденция к снижению материнской заболеваемости и смертности в мире является результатом внедрения в клиническую практику высокоэффективных технологий и подходов, рекомендованных доказательной базой рандомизированных исследований (Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, 2014). Большое количество работ посвящено анализу характера осложнений при операции кесарева сечения. Авторы подчеркивают, что в последнее время наблюдается тенденция к увеличению частоты массивных кровотечений с нарушением системы свертывания крови (Цхай В.В., 2015). Остается открытым вопрос ведения беременных и методов родоразрешения с вращением плаценты (Palacios-Jaraquemada J.M., 2009). Частота этой грозной патологии в последнее время имеет тенденцию к увеличению в связи с ростом количества кесаревых сечений и почти всегда требует применения перевязки внутренней подвздошной артерии, что иногда для акушера, осуществляющего операцию, становится невыполнимой задачей (O'Leary J.A. 1998, Ohkuchi A. 2003, Бреслав И. Ю. 2009, Макенжан уулу А. 2014). В последние годы жизненно

важной в акушерской практике стала операция по B-Lynch (Lynch В.С., Coser А., Lawal А.Н., Abu J., Cowen M.J., 2014). Эффект операции – немедленный и надежный гемостаз, однако в последнее время появились данные о негативных последствиях этих швов, что требует модификации технологии (Курцер М.А., 2013). По данным В.В. Серова (2011), причиной 25% случаев МС являются ошибки диагностики и акушерской тактики и интенсивной терапии.

По данным отчета Конфеденциального Разбора Материнской Смертности за 5 лет (Любич А.С., Бабажанова Ш.Д., 2015) в Узбекистане отмечено, что 91% женщин имели факторы риска кровотечения (у 48% – преэклампсия) в 62% МС произошла на уровне РМО, в 76% случаях - оказана субстандартная помощь. Выявленная в 63% случаях проблема в недоступности в ночное время квалифицированного персонала, владеющего навыками неотложной акушерской помощи (НАП) оперативного вмешательства, хирургического гемостаза при кровотечениях, что приводит к потере времени для вызова и приезда ответственного врача акушера-гинеколога из дома. Несвоевременное обеспечение компонентами крови выявлена в 54% случаях. 57% родильниц с отягощенным анамнезом подлежали 3 уровню помощи, но роды произошли на уровне РМО. По данным МЗ РУз имеется много учреждений, где происходит более 2500 родов в год, а дежурит 1 врач акушер-гинеколог. Высокое количество релапаротомий при МС (63%) также косвенно свидетельствует о плохой хирургической и тактической подготовке акушеров-гинекологов (Нажмутдинова Д.К., 2016).

Отсутствие рандомизированных многоцентровых клинических исследований уровня «А» и рекомендаций мета-анализа, а также значительное количество неблагоприятных исходов беременности и родов при массивном акушерском кровотечении указывают на необходимость разработки оптимальной тактики ведения пациенток с этой патологией. Критические состояния в акушерстве оставляют большое поле деятельности для исследователей ввиду того, что некоторые методы проспективного исследования сопряжены с определенными трудностями. Для анализа в основном доступны только данные ретроспективного анализа, что значительно снижает валидность исследований. Анализ материнской заболеваемости и смертности в Республике за последние 10 лет показал, что при оперативном родоразрешении идентичные проблемы повторяются из года в год (Асадов Д.А., 2003; Султанов С.Н., 2012; Нажмутдинова Д.К., 2014). Очень мало работ, в которых затрагивается судебно-юридическая сторона осложнений при оперативном вмешательстве в акушерстве.

Исходя из выше изложенного, важная роль дальнейших исследований в этом направлении очевидна. Полученные результаты позволят разработать для практического здравоохранения безопасные методы родоразрешения, направленные на снижение материнской заболеваемости и смертности от акушерских кровотечений.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Работа выполнена в рамках прикладного исследовательского проекта АДСС 2.3 «Разработка новой методики диагностики,

лечения и профилактики осложнений беременных с заболеваниями сердца воспалительного и клапанного генеза» (2012-2014 гг.) и прикладного гранта № АДСС-15.2.2 «Разработка новой поэтапной технологии лечения и контроля акушерских кровотечений с учетом основных патологических детерминант кровотечения» (2015-2017 гг.).

**Целью исследования** разработка и обоснование новых кровосберегающих технологий, направленных на снижение материнской заболеваемости и смертности, связанных с акушерскими кровотечениями при оперативном родоразрешении.

**Задачи исследования:**

изучить причины акушерских кровотечений при оперативном родоразрешении, приведших к материнской смертности, в Республике Узбекистан;

выявить основные дефекты оказания медицинской помощи при акушерских кровотечениях по данным бюро судебно-медицинской экспертизы;

разработать и внедрить дифференцированный комплексный подход к хирургическому гемостазу с применением компрессионно-сшивных технологий при родоразрешении с риском и развитием кровотечения;

обосновать эффективность компрессионно-сшивных технологий при родоразрешении беременных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией;

разработать и внедрить основные положения тактики поэтапного контроля и лечения кровотечения (damage control surgery) в акушерской практике как резерва снижения материнской смертности при оперативном родоразрешении.

**Объектом исследования.** Работа основана на результатах ретроспективного и проспективного исследования и комплексного лечения 417 беременных, родоразрешенных путем кесарева сечения в период с 2009 по 2015 гг. с различными факторами риска развития кровотечения во время родоразрешения.

**Предмет исследования:** общие показатели крови и свертывающей системы, объем кровопотери, метод временной окклюзии маточных сосудов, компрессионно-сшивные кровосберегающие технологии.

**Методы исследований.** В диссертации применены клиничко-анамнестические, общеклинические и лабораторные методы. Статистическая обработка клинических параметров с применением методов доказательной медицины.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

разработан метод временной окклюзии маточных сосудов (IAP 2012 0058) при родоразрешении беременных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией осложненной недостаточностью кровообращения и обоснована эффективность данного метода;

модифицирован компрессионный швов для интраоперационного лечения атонического кровотечения и получен IAP 2014 0364 на данный метод, с применением метода разработаны оптимальные методы снижения чрезмерной кровопотери и релапаратомий при проведении КС;

установлены триггерные механизмы кровотечений развития при абдоминальном родоразрешении при МС;

научно обоснована эффективность применения комплексного подхода к оценке тяжести и выбору тактики лечения кровотечения, определения приоритетов хирургического гемостаза в условиях ограниченного времени;

впервые разработаны алгоритмы деваскуляризации сосудов органов малого таза, дифференцированно источника кровотечения;

впервые определены относительные противопоказания к компрессионно-сшивным технологиям (КСТ), выделены особенности ведения послеоперационного периода при применении КСТ;

разработан метод подготовки и проведения КС при чрезмерной кровопотери;

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

разработана карта мониторинга кровотечения, способствующая выявлению упущенных возможностей;

разработан алгоритм абдоминального родоразрешения беременных с риском массивной кровопотери во время операции кесарева сечения;

разработаны показания к КСТ в зависимости от особенностей кровоснабжения, акушерской патологии и тяжести кровотечения;

внедрены методы временной окклюзии маточных сосудов, а также модифицированного способа компрессионных швов для интраоперационного лечения атонического кровотечения;

разработана тактика поэтапного контроля и лечения кровотечения, или damage control surgery, определены показания и методы гемостаза в зависимости от клинической ситуации, возможностей персонала и учреждения.

**Достоверность результатов исследования** подтверждена примененными в исследованиях современными, взаимодополняющими клиническими, инструментальными, статистическими методами. Использование разных методов позволило установить наиболее характерные закономерности акушерских кровотечений. Кроме того, все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования определяется патогенетическим обоснованием тяжести акушерского кровотечения, в основу которого положена клинико-анатомическая градация кровотечения в зависимости от кровоснабжения внутренней и наружной подвздошной артерий. На основании этой градации обоснованы тактика и методы хирургического гемостаза при преждевременной отслойке нормально и низкорасположенной плаценты, центральном предлежании, приращении и врастании плаценты.

Практическая значимость результатов исследования заключается в разработке и внедрении протоколов и алгоритмов тактики ведения оперативных вмешательств при чрезмерной кровопотере в зависимости от клинического состояния больной, акушерской ситуации и сопутствующей патологии.

**Внедрение результатов исследования.** На основе полученных научных результатов:

внедрены методы временной окклюзии маточных сосудов, (патент агентства по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан IAP 2012 0058), при КС у беременных с ССП осложненной НК, которая способствовала уменьшению частоты геморрагических осложнений, снижению инфузий, повышающих ОЦК уменьшению применения утеротоников и соответственно их отрицательного действия на сердечно-сосудистую систему;

внедрение модифицированного способа интраоперационного лечения гипонического кровотечения (патент агентства по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан IAP 2014 0364), что позволило снизить релапаротомию после операции КС (29,4%);

внедрены методические рекомендации «Тактика поэтапного контроля и лечения кровотечения в акушерстве, 2015» (заключение Министерства здравоохранения РУз от 24 ноября 2015 года № 8 н-р/617), «Особенности хирургической тактики при акушерских кровотечениях с учетом кровоснабжения органов малого таза, 2018» (заключение Министерства здравоохранения РУз от 30 апреля 2018 года № 8 н-р/231). Методические пособия «Ведение беременности и родов при заболеваниях сердца, 2013» (заключение Министерства здравоохранения РУз от 23 октября 2013 года №8н-р/24), «Кровосберегающие технологии при абдоминальном родоразрешении, 2013» (заключение Министерства здравоохранения РУз от 23 октября 2013 года № 8н-р/3244). Также результаты исследований использованы при составлении «Национальных стандартов по повышению качества оказания перинатальной помощи в родовспомогательных учреждениях системы здравоохранения Республики Узбекистан, 2015» в разделе «послеродовое кровотечение». Выше перечисленные методические рекомендации и пособия, позволили специалистам и врачам первичного звена улучшить оказание медицинской помощи при абдоминальном родоразрешении, снижению осложнений при лечении акушерских кровотечений. Результаты исследований внедрены в РСНПМЦАиГ и его филиалах, а также в Андижанском, Ферганском, Ташкенском областных перинатальных центрах (заключение Министерства здравоохранения РУз №8Д-3/8 от 22.01.2018). Внедрение результатов исследования позволило снизить частоту геморрагических осложнений, в том числе гистерэктомий и других послеоперационных осложнений с 22 до 12,2%, сумма экономического эффекта от снижения стоимости лечения при применении поэтапной технологии лечения и контроля акушерских кровотечений в течение одного года составила 5179736714 сум.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 17 научно-практических конференциях, в том числе, 2 международных и 14 республиканских научно-практических конференциях.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 54 научных работ, получены 2 патента на изобретение (IAP 2012 0058, IAP 2014 0364), издана 1 монография из них: 21 журнальных статей, в том числе 6 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной

комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, бти глав, заключения, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 191 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе **«Материнская смертность от кровотечения и пути её снижения»** проанализирована специальная литература последних лет, посвященная диагностике и лечению кровотечений, приводящих к материнской заболеваемости и смертности. Описаны причины материнской смертности при оперативном родоразрешении в Узбекистане, операция кесарева сечения и ее роль в МС. Анализ литературы, опубликованной в последние годы, выявил тенденцию к увеличению частоты оперативного родоразрешения во многих странах, в том числе и в Узбекистане. Проанализированы особенности хирургической тактики *damage control surgery*, или тактики контроля повреждений. Особое внимание уделено современным методам профилактики и остановки кровотечения в виде различных хирургических способов компрессионных швов, баллонной тампонады и других кровосберегающих технологий. В заключение подчеркивается, что, несмотря на эффективность традиционных мероприятий по остановке кровотечений, последние остаются основной причиной МС в Узбекистане, что требует выявления факторов, приводящих к МС, оптимизации имеющихся и разработок новых технологий кровосбережения.

Во второй главе диссертации **«Общая характеристика пациенток с развитием чрезмерной кровопотери во время оперативного вмешательства и методов исследования»** описаны материал и методы исследования. Работа основана на результатах ретроспективного и проспективного исследования и комплексного лечения женщин, родоразрешенных путем кесарева сечения в период с 2009 по 2015 гг. Всего под наблюдением были 417 беременных с различными факторами риска развития кровотечения во время родоразрешения. Исследования проводились в клинике РСНПМЦАиГ МЗ РУз и его филиалах. Дизайн исследования включал 3 фазы. В ретроспективной фазе, на 1-м этапе проведен анализ МС для выявления ее причин при кровотечениях. Для этого в 1-й группе осуществлен ретроспективный анализ МС за последние 5 лет (n=149). Дополнительно проанализированы истории болезни по материалам судебно-

медицинской экспертизы (БСМЭ) 2-я группа n=25, связанные с акушерскими кровотечениям при МС.

В проспективной фазе проведена поэтапная оценка разработанных кровосберегающих технологий в различных когортах женщин с риском или реализацией кровотечения при КС. На 1-м этапе в соответствии с поставленными задачами в 1-й группе (n -120) при проведении КС оценивали эффективность и обоснованность методик градации кровотечения. На 2-м этапе у 177 пациенток 2-й группы с чрезмерной кровопотерей во время операции КС проводили оценку эффективности разработанного алгоритма КС при чрезмерной кровопотере или риске её с применением компрессионно-сшивных технологий, в том числе временной окклюзии магистральных маточных артерий (ВОММА) и компрессионных швов (КШ). При этом использовали запатентованные методы временной окклюзии магистральных маточных артерий (Патент IAP 2012 0058), а также модифицированный способ КШ для интраоперационного лечения атонического кровотечения.

На следующем этапе изучена эффективность разработанных кровосберегающих технологий при абдоминальном родоразрешении 134 пациенток 3-й группы с сердечно-сосудистой патологией (ССП), осложненной недостаточностью кровообращения (НК).

На заключительном этапе сформулированы основные положения тактики поэтапного контроля и лечения кровотечения, или damage control surgery в акушерской практике, включающие разработанные кровосберегающие технологии и алгоритмы, примененные в различных когортах, проведена оценка эффективности и ее сравнение с результатами ретроспективного этапа.

В этой главе описаны также методы исследования, которые включали общеклинические и собственные методики. При определении кровопотери использовали визуальный, гравиметрический метод и ориентировочную таблицу определения степени кровотечения, рекомендованную Национальным стандартом по ведению больных с кровотечением. При обосновании разработанного метода градации кровотечения отмечено, что большую роль в выборе тактики лечения и хирургического гемостаза играет определение объема потерянной крови. Анализ МС показал, что всегда происходит недооценка кровопотери. Учитывая это, нами систематизированы методы хирургического вмешательства и их исходы, анатомический источник кровотечения (в зависимости от кровоснабжения бассейна внутренней и наружной подвздошной артерии), объемы кровопотери по данным литературы и результатам собственного исследования и предложена клинко-анатомическая градация акушерского кровотечения, условно разделенная на три типа, которая ориентирует акушера-гинеколога на ожидаемую кровопотерю и определение методики хирургического гемостаза, малозависящей от объема кровопотери, в условиях ограниченного времени.

В 2-й главе описана основная разработка диссертационной работы – метод поэтапного контроля и лечения кровотечения, который включает три этапа. 1-й этап – первичная помощь согласно Национальному стандарту лечения кровотечения, поиск причин и источника кровотечения, нижнесрединная

лапаротомия и гемостаз, временный или постоянный, в зависимости от клинической ситуации и опыта врача. 2-й этап – остановка операции после достижения гемостаза для проведения мероприятий, направленных на восстановление гомеостаза. 3-й этап – продолжение операции и окончательный гемостаз.

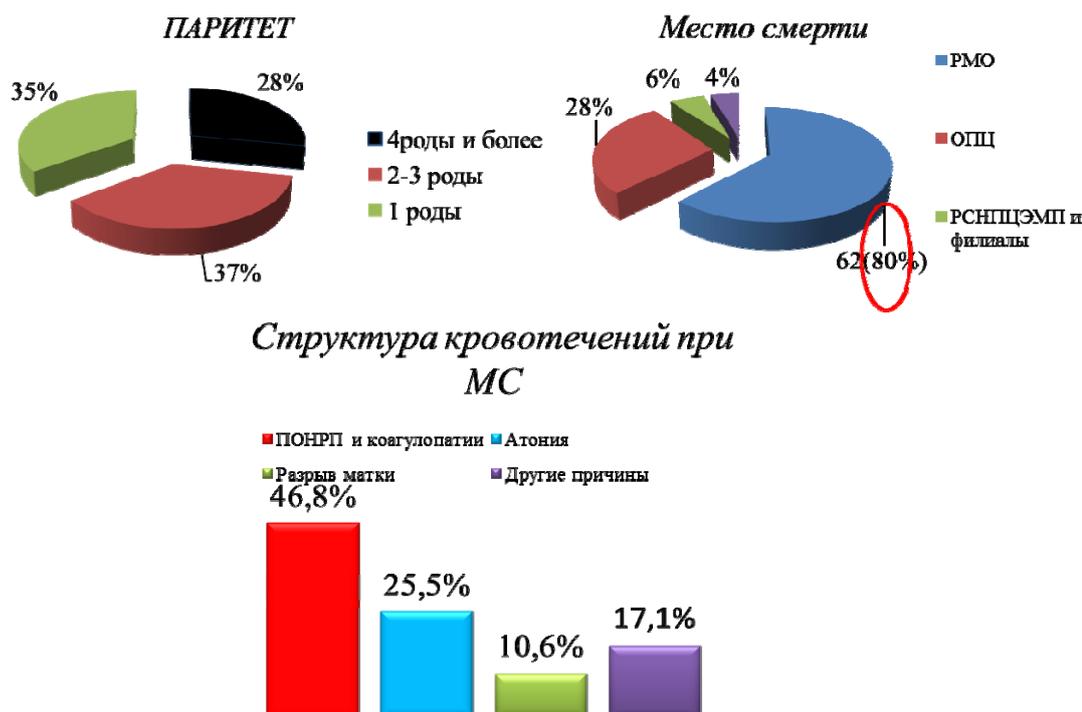
Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием Excel for Windows XP. Вычислялась средняя арифметическая (M), её ошибка (m), достоверность различий устанавливалась с помощью критерия Стьюдента (t). Применялись методы доказательной медицины с вычислением основных параметров: 1) относительное снижение частоты неблагоприятных исходов (снижение относительного риска – СОР); 2) абсолютное снижение частоты неблагоприятных исходов (снижение абсолютного риска САР); 3) отношение рисков ОР; 4) число больных, которых нужно лечить в течение определенного времени, чтобы предотвратить один неблагоприятный исход или достичь благоприятного эффекта у одного больного; 5) отношение шансов ОШ.

В третьей главе диссертации **«Результаты выявления основных детерминат материнской смертности»** представлены результаты ретроспективного анализа материнской смертности за последние годы, который позволил выявить основные детерминанты кровотечений, приведших к смерти женщины. За период 2009-2014 гг. ретроспективно изучено 149 историй родов женщин, умерших от кровотечений при оперативном родоразрешении. Для анализа причин МС использовали материалы традиционного разбора материнской смертности, карту экспертной оценки случаев материнской смерти (Приложение к приказу МЗ РУз №283 от 3 октября 2012 г.), а также разработанную карту мониторинга кровотечения, состоящую из 7 блоков информации во временном континиуме, что позволило получить информацию о соответствии действия во времени, графике кровотечения, адекватности инфузионной терапии, провести сравнение клинических симптомов с результатами лабораторных исследований, а также выявить упущенные возможности. В карте по вертикальной оси расположены клинические параметры, разделенные на семь блоков: 1) паспортная часть, 2) данные гемодинамики: пульс, АД, индекс Альговера, 3) анализы крови, Нв, Нт, время свертывания крови, 4) объём кровопотери и инфузионная программа, 5) данные о применении утеротонических и гемостатических препаратов, 6) манипуляции по лечению кровотечения, 7) возникшие осложнения. С использованием карты мониторинга изучены случаи МС в первые 24 часа от начала кровотечения, т.к. именно первые часы определяют исход лечения.

Средний возраст пациенток составил  $28,7 \pm 0,5$  года. Основные данные ретроспективного анализа представлены на рис. 1.

При анализе характера хирургических вмешательств в исследуемой группе пациенток выявлено значительное количество гистерэктомий (81,8%) и редкое применение органосохраняющих КСТ, что также свидетельствует о запоздалом хирургическом гемостазе. Отмечается большое количество релапаротомий (29,5%), ререлапаротомий (6,0%). Согласно результатам

карты мониторинга, уровень гемоглобина до операции составлял  $76,5 \pm 2,3$  г/л, после операции –  $55,3 \pm 3,4$  г/л.



**Рис. 1. Основные результаты ретроспективного анализа МС.**

Средний объем кровопотери по данным историй болезни достигал  $1726,5 \pm 97,12$  мл, шоковый индекс был равен  $1,39 \pm 0,4$ , что соответствует кровопотере более 30% объема циркулирующей крови (ОЦК). В 10% историй объем кровопотери вообще не отражен. Средний объем влитых коллоидов и кристаллоидов составил  $3256 \pm 88,4$  мл. Препараты крови применялись у 63% пациенток. Эти данные говорят о том, что состояние гемодинамики не соответствует объему инфузионной терапии: величина шокового индекса  $1,39$  соответствует объему кровопотере примерно свыше 30% ОЦК, объем инфузии должен составлять около 5-6 л. На деле объем инфузии составлял  $3256,6 \pm 88,4$  мл, что говорит о неправильной инфузионной программе.

Изучение системы свертывания крови у пациенток при поступлении и в динамике отражено только в 34,8%, историй болезни, что свидетельствует об отсутствии настороженности в отношении развития коагулопатического кровотечения. При вычислении графика кровопотери в зависимости от времени в первый час выявлена кровопотеря в объеме в среднем  $1656,25 \pm 61,0$  мл, во второй час –  $1555,55 \pm 58,3$  мл, в третий час –  $1666,66 \pm 26,20$  мл. При применении карты мониторинга кровотечения во многих случаях обнаружено отсутствие соблюдения основных рекомендаций по лечению акушерских кровотечений (70,4%).

Инфузионно-трансфузионная программа как главный фактор реанимации проводилась без учета рекомендаций восполнения ОЦК. Окситоцин и мизопростол не соответствуют дозам, адекватным для лечения атонии матки, отмечается низкая частота применения ингибиторов протез, что могло способствовать развитию ДВС-синдрома. Недостаточно применяются простые способы временной остановки кровотечения, такие как прижатие аорты и

различные методы тампонады. Не проводится мониторинг системы свертывания крови в динамике, что является значительным недостатком при осуществлении лечения кровотечения.

Выявлено, что неадекватная помощь в первые часы МАК приводит к увеличению частоты синдрома полиорганной недостаточности и летальных исходов. Патологоанатомическое вскрытие проведено всего у 10,7%, что не позволило установить истинные причины смерти.

На дальнейшем проанализированы причины релапаротомий (n=34) при кесаревом сечении. В качестве инструмента оценки использовали карту мониторинга кровотечения для выявления основных причин релапаротомий. Среди показаний к операции кесарева сечения преобладали преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) (33,3%) на фоне гипертензивных нарушений, у этих больных чаще наблюдалась коагулопатия. Неправильная тактика, приведшая к атоническому кровотечению (неадекватный выбор утеротоников и их дозы, отсутствие применения КСТ) и наружному кровотечению, послужила показанием к релапаротомии у 35% пациенток. Внутреннее кровотечение чаще было связано с техническими погрешностями и развитием коагулопатии у 47% женщин. У 23,5% беременных показаниями к релапаротомии были другие причины (септические осложнения).

Так же проанализированы основные результаты исследований, проведенных совместно с судебными медиками, для выявления дефектов врачебной помощи при МС, связанной с кровотечениями. В рамках выполнения поставленной задачи проанализированы случаи МС при кровотечениях, послужившие поводом для судебных исков (n=25). Почти в 78% случаев выявлены ошибки заполнения историй болезни и неточные записи. 17 из 25 пациенток были подвергнуты операции гистерэктомии по различным показаниям на фоне глубокого шока, что свидетельствует об отсутствии адекватной помощи в первые часы катастрофы. В 78% случаев выявлено неадекватное восполнение ОЦК по времени и объему, в том числе препаратами крови, при предельно низких показателях гемоглобина (30-50 г/л). Анализ медицинской документации стационарного больного позволил выделить три вида ошибок оказания медицинской помощи: дефекты лечения – отклонения от стандарта лечения (78%), неадекватная терапия (70%), запоздалое оперативное вмешательство в виде невыполнения хирургического сегмента протокола (стандарта) лечения (60%).

Дефекты организации медицинской помощи выражались в отсутствии персонала, оказывающего полноценную помощь. В 34% случаев были вызваны другие специалисты, что привело к запоздалому оказанию помощи. Анализ дефектов оказания медицинской помощи при акушерских кровотечениях по данным судебно-медицинской экспертизы диктует необходимость повышения квалификации врачей, оказывающих неотложную ургентную хирургическую помощь.

Таким образом, результаты ретроспективного исследования говорят о следующем: патология плаценты в виде преждевременной отслойки нормально или низко расположенной плаценты на фоне преэклампсии, сопровождающаяся антенатальной гибелью плода (35,0%), является основным триггером развития массивных акушерских кровотечений при танатогенезе. Развитие коагулопатии при родоразрешении с ПОНРП является не только последствием, но и причиной ПОНРП. В то же время МС при отсутствии рисков у 12% беременных

свидетельствует о том, что развитие МАК возможно у любой беременной. Несоблюдение стандартов, особенно сегмента, касающегося хирургического гемостаза, приводит к запоздалому и неадекватному гемостазу, нарушению этапности акушерской помощи. Низкая частота хирургического гемостаза с применением КСТ – основного элемента успеха лечения кровотечения. Риск развития МАК в любой когорте диктует необходимость создания эффективных, доступных и малозатратных кровосберегающих технологий помощи в первые часы кровотечения. Технологии должны быть адаптированы к учреждению родовспоможения любого уровня и врача любой квалификации.

В четвертой главе **«Результаты применения разработанных кровосберегающих методик»** представлены результаты проспективного исследования у 120 беременных (1 группа), родоразрешенных путем кесарева сечения с чрезмерной кровопотерей во время операции и применением разработанной методики градации кровотечения и КСТ в виде временной окклюзии маточных сосудов (патент IAP 2012 00580) и метода лечения для интраоперационного лечения атонического кровотечения (патент IAP 2014 0364) гипотонического кровотечения с применением КШ в новой модификации.

Большую роль в выработке тактики лечения и хирургического гемостаза играет определение объема потерянной крови, который всегда недооценивается. Разработанная клиничко-анатомическая градация акушерского кровотечения ориентирует акушера-гинеколога на ожидаемую кровопотерю, и в зависимости от этого выстраивается тактика лечения. Согласно этой градации, 1-й тип кровотечения – источник кровотечения из области тела матки при атонии матки; 2-й тип кровотечения, нижнесеgmentарное кровотечение – перешеек матки, нижний сегмент матки, при низкой плацентации и частичном предлежании плаценты; 3-й тип кровотечения – локализация очага кровотечения: шейка матки, верхняя треть влагалища, область параметрия и забрюшинного пространства, кровотечение при ранении магистральных сосудов матки с образованием забрюшинных гематом и при разрывах матки.

Кровоснабжение при этом осуществляется из бассейна внутренней и наружной подвздошной артерии. В зависимости от 4 «Т» как ведущего источника кровотечения «Ткань», «Тонус», «Тромбин» отнесли к плацентарному кровотечению. Выделение кровотечения в плацентарное связано с тем, что при описанных состояниях появляется необходимость блокировать плацентарное ложе как источник кровотечения, при этом наблюдается чаще венозное кровотечение. «Травма» – отнесли к травматическому кровотечению, при котором чаще происходит артериальное или смешанное венозно-артериальное кровотечение, основными методами гемостаза являются ушивание и тампонада. Показаниями к абдоминальному родоразрешению были различные акушерские кровотечения, возникшие во время беременности и родов. ПОНРП служила показанием в 30,8% случаев, центральное предлежание – в 16,6%, неправильное положение плода – в 12,5%, тазовоголовная диспропорция – в 9,1%, двойня – в 9,1%, тяжелая преэклампсия – в 5,8%, тяжелая соматическая патология – в 5,0%, сочетанные показания – в 15,0%.

1-й тип кровотечения был диагностирован у 83 (69,1%) пациенток они отнесены к 1-й подгруппе. Показаниями к операции служили в основном ПОНРП и тяжелая преэклампсия. Длительность операции в этой группе составила

57,8±6,3 минуты. Интраоперационные вмешательства включали окклюзию маточных артерий (24,0%), наложение компрессионных швов (12,0%). Объем кровопотери составил 1054,8±50,2 мл. 1-й класс кровопотери диагностирован в 71,0% случаев, 2-й класс – в 21,6%, 3-й и 4-й классы – в 3,6%. При кровотечении 1-го типа, связанном с атонией матки, консервативное медикаментозное лечение оказалось эффективным в 64,4% случаев. У 36,6% беременных производили хирургические методы гемостаза: окклюзию маточных сосудов матки и компрессионные швы на матку, гистерэктомию в 3,1%. Препараты крови использовались у 9,65% пациенток.

2-й тип кровотечения был диагностирован у 11 (9,1%) больных с объемом кровотечения 1014,73±106,8 мл, они отнесены к 2 подгруппе, составили, длительность операции составила 52,7±7,8 минуты. 1-й класс кровопотери диагностирован в 63,6% случаев, 2-й и 3-й класс кровопотери – по 18,1% случаев. Интраоперационные вмешательства, чаще включали КШ (45,0%). При кровотечении 2-го типа у пациенток 2-й подгруппы эффективность консервативного лечения составила 46%, а у остальных 54% вследствие отсутствия эффекта от консервативного лечения гемостаз был достигнут окклюзией магистральных маточных сосудов матки в сочетании с компрессионными швами на матку.

К 3-му типу кровотечения были отнесены 26 (21,6%) пациенток (3 подгруппа) в основном с массивной кровопотерей и различной степенью геморрагического шока, объем кровопотери составил 1540,1±28,2 мл. 1-й класс кровопотери диагностирован в 26,9% случаев, 2-й класс – в 23,0%, 3-й класс – в 15,3%, 4-й класс – в 34,6%. Инфузионно-трансфузионная терапия включала препараты крови в 26,4% случаев. В 3-й подгруппе длительность операции составила 96±6,8 минуты. При кровотечении 3-го типа, которое сопровождалось массивной кровопотерей и геморрагическим шоком, эффективность консервативного лечения составила 8,0%, в остальных 92,0% случаев гемостаз был достигнут окклюзией магистральных маточных сосудов матки и КШ в 24,0% случаев, в 16,0% применялась перевязка внутренней подвздошной артерии с гистерэктомией, в 11,5% проведена только гистерэктомию. У пациенток 3-й группы кровопотеря при проведении перевязки внутренних подвздошных артерий была достоверно меньше (1400,6±180,2 мл), чем при выполнении только гистерэктомии (1800,7±160,2 мл,  $p < 0,05$ ).

На основании полученных данных можно сделать вывод, что при 1-м типе плацентарного кровотечения эффективна ВОММА (25%). При 2-м типе плацентарного кровотечения хороший результат дает КШ (45%). При кровотечениях 3-го типа и травматического характера, сопровождающихся в 49,0% случаев шоком, консервативное лечение эффективно лишь в 8,0%. 3-й тип кровотечения является состоянием, которое может привести к смерти матери. Данные говорят об увеличении риска гистерэктомии при 3-м типе кровотечения по сравнению с контрольной группой (СОР = 206,1, ОР = 7,44, при ДИ 95%) и применения компонентов крови (ОР = 2,23, ОШ = 2,68 при ДИ 95%). Главным мероприятием при 3-м типе является деваскуляризация сосудов органов таза со стороны внутренней подвздошной и наружной подвздошной артерий любыми методами, что способствует снижению кровопотери с 1800 до 1400 мл, то есть на 22,2%.

В подглаве «**Результаты применения алгоритма проведения кесарева сечения с патологической кровопотерей и применением компрессионно-сшивных технологии**» при анализе результатов 2-го этапа исследования установлено, что у пациенток 2-й группы с чрезмерной кровопотерей во время операции КС (n=177) изучена эффективность разработанного алгоритма проведения КС при патологической кровопотере или риском её с применением компрессионно-сшивных технологий, в том числе разработанного в ходе исследования метода временной окклюзии магистральных маточных сосудов матки и модифицированного способа лечения гипотонического кровотечения в виде компрессионных швов. Особенностью алгоритма является то, что дооперационная подготовка включает анамнез и обследование на коагулопатию, а при выявлении отклонений – их коррекцию, интраоперационно при кровотечении – применение методов поэтапной деваскуляризации матки. При неубедительной сократительной способности матки и нарушениях свертывающей системы крови применяли интраоперационную паузу, и закрытие брюшной полости проводили после восстановления тоно-моторных свойств матки и коррекции свертывающей системы.

В зависимости от метода лечения кровотечения женщины были разделены на 2 подгруппы. Средний возраст пациенток  $26,4 \pm 0,57$  года. Первородных было 41,4%, со 2-й и 3-й беременностями было по 22,8%, многоорожавших 12,8%. У 70 пациенток 1-й подгруппы проводилось абдоминальное родоразрешение с применением разработанного алгоритма. 2-ю подгруппу, которая служила контролем, составили 107 женщин, родоразрешенных абдоминально с применением стандартного подхода к лечению кровотечения. В подгруппах изучали интраоперационные геморрагические осложнения. Показаниями к операции у 36,0% пациенток 1-й подгруппы была тяжелая преэклампсия, у 29,0% – ПОНРП, по 14,0% – тазовое предлежание и неправильное положение плода, у 7,0% – центральное предлежание, у 8,0%, – сочетанные акушерские показания, у 6,0% – осложнения беременности сердечно-сосудистыми заболеваниями. Во 2-й подгруппе болезнь оперированной матки служила показанием к операции у 33,6% беременных, тяжелые формы преэклампсии как показание к КС было у 22,4%, ПОНРП – у 10,2%, несоответствие головки плода и таза, развившееся в родах, – у 8,4%.

Полученные нами результаты свидетельствуют о достоверном увеличении времени вмешательства у пациенток 1-й подгруппы  $55,1 \pm 4,6$  мин. (во второй группе  $38,1 \pm 2,6$  мин при  $P < 0,05$ ) так как интраоперационная пауза до стабилизации гомеостаза была в пределах 30 минут. В 1-й подгруппе во время операции ВОММА была применена в 54,0% случаев, КШ – в 46,0%, их сочетание – в 27,1%. Объем кровопотери во время операции в среднем составил  $1104,8 \pm 81,7$  мл. 1-й класс кровопотери (согласно Национальному стандарту лечения послеродового кровотечения) в 1-й подгруппе диагностирован у 62,8% пациенток, во 2-й – у 51,4%, 2-й класс – соответственно у 18,5 и 19,6%, 3-й класс – у 12,8 и 9,6%, 4-й класс – у 5,7 и 8,4%. Гистерэктомия в 1-й подгруппе проведена у 4,2%, в основном при кровопотере 3-го и 4-го класса при отсутствии эффекта от ВОММА и КШ. Препараты крови использовали у 8,3%. Во 2-й группе гистерэктомия произведена у 7,4% пациенток, объем кровопотери составил  $1354,1 \pm 60,1$  при  $P < 0,05$  препараты крови применялись у 19,4%.

В послеоперационном периоде в 1-й группе осложнения в виде субинволюции матки и повышении температуры тела наблюдались у 7,1% больных, во 2-й группе – у 2,8%. Во 2-й группе у 2,8% женщин возникло первичное кровотечение, которое у 0,9% из них явилось причиной релапаротомии. В исследуемой группе у 5,7% пациенток было диагностировано истинное приращение (percreta) Средняя кровопотеря составила  $1800 \pm 245,23$  мл. Во всех случаях проводилось поэтапное лечение: при интраоперационной диагностике остановка операции для максимальной мобилизации резервов учреждения, разрез вне плаценты, не затрагивая плаценту, проводили поэтапную деваскуляризацию матки с применением ПВПА, лигирование сосудов крестцово-маточной связки (наружная подвздошная артерия) только после этого – гистерэктомию при мультидисциплинарном подходе. Применение такого подхода способствовало предупреждению интраоперационных осложнений (релапаротомия, полиорганная недостаточность, МС).

Изучение свертывающей системы до операции выявило нарушения коагуляционных свойств крови, которое выразилось удлинением протромбинового времени (ПТВ) и активированного частичного тромбинового времени (АЧТВ), что могло обусловить риск повышенной кровопотери во время КС. При исследовании системы гемостаза в послеоперационном периоде у пациенток 1-й группы обнаружена общая тенденция к гиперкоагуляции по данным как прокагулянтного, так и сосудисто-тромбоцитарного звена. Уровень фибриногена у пациенток 1-й групп был равен  $4,5 \pm 0,6$ , ПТВ составляло  $14,2 \pm 0,8$  с, АЧТВ было укорочено до  $29,9 \pm 3,6$  с. Кроме того, важным проявлением тромбофилических тенденций служили признаки внутрисосудистой активации свертывания крови – концентрация растворимых фибринмономерных комплексов (РФМК) варьировала от 6,5 до 10,0.

Во 2-й группе содержание фибриногена составляло  $4,0 \pm 0,6$  г/л ( $p < 0,05$ ), ПТВ  $16,2 \pm 0,8$  сек, АЧТВ  $32,2 \pm 3,6$  сек, уровень РФМК  $3,5 \pm 0,3\%$  ( $p < 0,001$ ). Мы пришли к заключению, что применение метода КСТ у женщин группы высокого риска во время операции кесарева сечения способствует уменьшению кровопотери в интра- и послеоперационном периоде, уменьшается частота использования компонентов крови (СОР = 3,4, при ОШ = 0,74, ОР = 0,79 при ДИ 95%), гистерэктомий в 1,7 раза (СОР = 7,6, при ОШ = 0,55, ОР = 0,57 при ДИ 95%), не наблюдаются осложнения в виде послеродового кровотечения и релапаротомии. При применении КСТ на фоне кровопотери III-IV степени их эффективность снижается, в этих случаях применять их не рекомендуется. Ведение послеоперационного периода должно быть с учетом выраженной гиперкоагуляции свертывающей системы крови.

В подглаве **«Кровосберегающие технологии при родоразрешении беременных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией»** Эффективность разработанных кровосберегающих технологий оценивали при абдоминальном родоразрешении беременных с соматической патологией, осложненной НК (3 группа  $n = 134$ ). В зависимости от схемы лечения кровотечения больные были разделены на 2 подгруппы. 1-ю подгруппу составили 74 женщины с применением КСТ (ВОММА и КШ), 2-ю подгруппу – 60 беременных без применения КСТ. Показаниями к КС были нарушения кровообращения II-III степени и их сочетание с акушерской патологией.

Продолжительность операции в основной подгруппе составила  $34,3 \pm 2,3$  минуты, в группе сравнения –  $37,6 \pm 3,3$  минуты. Объем интраоперационной кровопотери колебался от 400 мл до 2500 мл, в среднем соответственно  $573,6 \pm 34,9$  и  $670,8 \pm 47,8$  мл. Кровотечение, потребовавшее дополнительного вмешательства, отмечалось у 3,9% пациенток 1-й и у 5,5% – 2-й подгруппы. В 1-й группе методы ВОММА применялись у 8,1%, КШ – у 4,0%, гистерэктомия – у 1,3% больных. Во 2-й подгруппе кровотечение купировали согласно протоколу лечения ПРК, гистерэктомия понадобилась 1,6% пациенток, у 3,3% женщин наблюдалась гипотония матки после операции, купированная традиционными консервативными методами (гемоплазмотрансфузия, утеротоники, массаж матки). Во 2-й подгруппе у 3,3% женщин отмечалось также ухудшение состояния вследствие применения окситоцина и перегрузки объемом инфузии, чего не было в 1-й подгруппе.

Полученные нами результаты подтверждают эффективность компрессионных швов с целью лечения атонии при абдоминальном родоразрешении, способствующих снижению осложнений у женщин с ССП, осложненной НК (САР = 0,03 при 95% ДИ, ЧБНЛ=30). Можно сделать вывод, что преимущество компрессионных швов заключается в уменьшении необходимости в применении препаратов, повышающих ОЦК и отрицательно действующих на сердечно-сосудистую систему.

В пятой главе **«Результаты применения комплексной методики поэтапного контроля и лечения кровотечения»** приводятся данные внедрения технологии под названием тактика поэтапного контроля и лечения кровотечения (ТПКЛК), или *damage control surgery* в акушерскую практику. Подобные поэтапные технологии используются в смежных областях медицины, чаще связанных с лечением шоковых состояний, – медицине катастроф, военно-полевой хирургии. Использование этих технологий в условиях ограниченных возможностей персонала и препаратов, а также при тяжелых политравмах, когда пострадавший в силу тяжести своего состояния не сможет перенести одномоментного вмешательства для устранения всех повреждений, способствовало значительному снижению летальности, а поэтапная помощь приводит в лучшей выживаемости.

На заключительном этапе исследования сформулированы основные положения тактики поэтапного контроля и лечения кровотечения в акушерской практике, включающей разработанные кровосберегающие технологии и алгоритмы, апробированные в различных когортах с чрезмерной кровопотерей. Метод поэтапного контроля и лечения кровотечения включает 3 этапа. 1-й этап – первичная помощь и лапаротомия и временный или постоянный гемостаз в зависимости от клинической ситуации и опыта врача. Хирургический гемостаз в зависимости от типа кровотечения (методика градации) и по принципу от «простого к сложному» и «не навреди» в зависимости от владения методикой и уровня подготовки хирурга. 2-й этап: интраоперационная пауза для стабилизации больной и выведения из шока, восполнения ОЦК, потенциала свертывания крови, при необходимости вызов высококвалифицированных специалистов. Завершающий, 3-й этап направлен на окончательный гемостаз в условиях полной стабилизации больной и помощи мультидисциплинарной бригады.

Показаниями к тактике поэтапного контроля и лечения кровотечения являются любые ситуации, которые приводят по данным исследований к МАК и МС и требуют поэтапной помощи: 1) 3-й тип кровотечения согласно разработанной методике градации кровотечения; 2) прорастание или приращение плаценты в стенку матки и за ее пределы; 3) одномоментная кровопотеря более 1500-2000 мл, или 25-35% ОЦК; 4) геморрагический шок и продолжающееся кровотечение свыше 1500 мл и нестабильная гемодинамика; 5) разрыв матки в нижнем сегменте и гематома забрюшинного пространства и широкой связки матки и сочетание шока; 6) релапаротомия на фоне продолжающегося кровотечения; 7) отсутствие опытного специалиста, могущего качественно выполнить тотальную гистерэктомию и перевязку внутренней подвздошной артерии при указанных состояниях; 8) необходимость привлечения смежных специалистов – хирургов, урологов, гематологов и др. при возникновении осложнений.

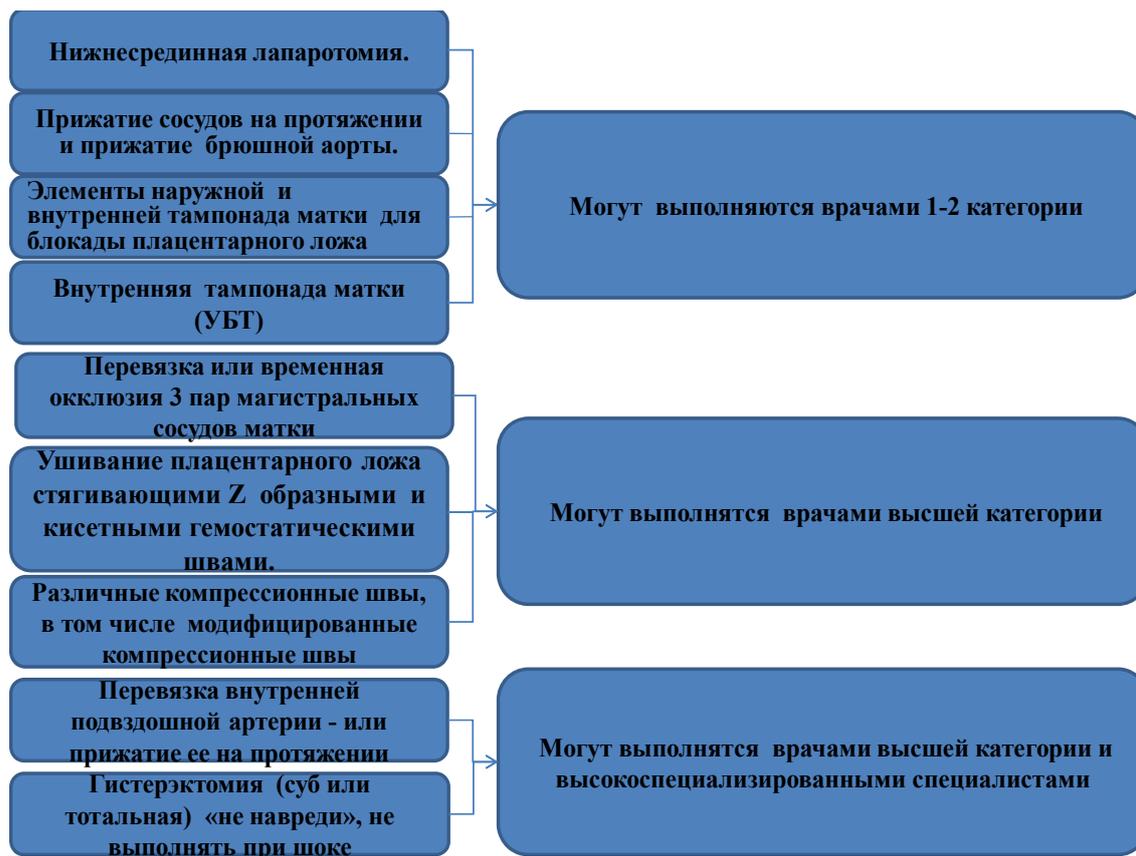
Показания к применению данной технологии возникают также при отсутствии возможности соблюдения протокола (стандарта) лечения акушерского кровотечения, когда по различным причинам отсутствуют препараты для коррекции ДВС (компоненты крови), опытные специалисты, сосудистые хирурги для выполнения основного завершающего фрагмента стандарта – тотальной гистерэктомии с перевязкой ВПА, лежащего в основе любого протокола (стандарта) лечения акушерского кровотечения. ТПКЛК включает в себя 2 алгоритма в зависимости от градации кровотечения и при плацентарном кровотечении состоит из 9 этапов (рис. 2).

Сочетание несколько методов значительно увеличивает шансы на остановку кровотечения. Выполнение любого пункта может привести к остановке кровотечения. Первые 4 этапа алгоритма – простые способы, в основе которых лежат методы прижатия и наружновнутренней тампонады матки, направленные на временную блокаду плацентарного (венозное кровотечение) ложа. По нашему мнению, они могут выполняться врачами, владеющими только лапаротомией.

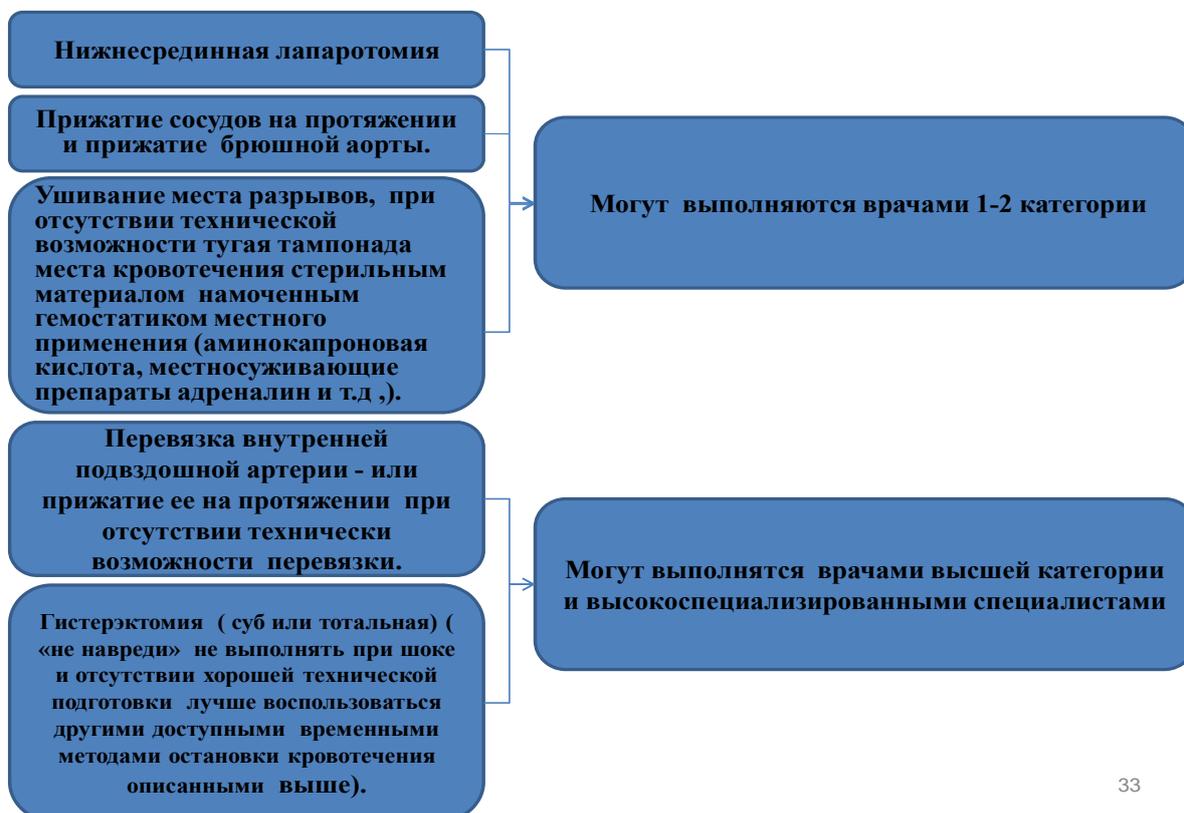
Следующие 3 пункта алгоритма включают КСТ и могут выполняться врачами, владеющими кесаревым сечением и опытом субтотальной гистерэктомии. Пункты 8-9 выполнимы только подготовленными специалистами высокой квалификации. Особенностью алгоритма является то, что на каждом этапе возможна остановка кровотечения.

Травматическое кровотечение – самое неуправляемое, так как кровотечение, чаще артериальное и со многими осложнениями, – частая причина МС. Способ помощи разделен на 5 этапов, первые 3 могут выполняться врачами любой подготовки. В основном это методы прижатия и тампонады, остальные 2 этапа рассчитаны на квалифицированных специалистов (рис. 3).

На заключительном этапе проведена оценка случаев применения тактики поэтапного контроля и лечения при оперативном родоразрешении путем КС и чрезмерной кровопотерей во время КС. Показаниями к применению тактики поэтапного контроля и лечения кровотечения у 38 беременных была чрезмерная кровопотеря (4-я гр.). Полученные результаты сравнивали с данными ретроспективного анализа (1-я гр.). Средний возраст больных составил  $28,0 \pm 0,4$  года. Первородных было 26,3%, повторнородящих 31,5%, 3-и и 4-е беременности и роды были соответственно у 26,3 и 15,7% обследованных. Операции в основном выполнялись экстренно (86,8%).



**Рис. 2. Алгоритм деваскуляризации органов малого таза при плацентарном кровотечении.**



**Рис. 3. Алгоритм действия при травматическом кровотечении.**

У 28,9% женщин показанием к КС была ПОНРП, у 26,3% – центральное предлежание, у 10,5% – многоплодная беременность, у 10,5% – экстренные ситуации в виде релапаротомии на фоне кровотечения и шока, у 5,2% – разрыв матки. Согласно градиции кровотечения у 86,8% имело место плацентарное, у 13,1% – травматическое кровотечение. Кровотечение 1-го типа согласно предложенной методике градации диагностировано у 31,5%, 2-го типа – у 13,1%, 3-го типа – у 52,6%. 1-й класс кровопотери диагностирован у 26,3% беременных, 2-й – у 28,9%, 3-й – у 23,6%, 4-й – у 18,4%. 3-й тип кровотечения в 52,6% случаев реализовался в виде массивной кровопотери III-IV степени (42%), что также свидетельствует о критической ситуации в исследуемой группе.

Интраоперационные вмешательства после извлечения плода у 47,3% женщин включали метод ВОММА как 1-й этап тактики поэтапного контроля кровотечения, компрессионные швы применены у 39,4%, гистерэктомия проведена у 23,6%, перевязка внутренней подвздошной артерии выполнена у 15,7%, в основном у пациенток с кровотечением 3-го типа. Интраоперационно также были приняты меры временной остановки кровотечения, такие как прижатие аорты (10,5%), наложение зажимов на сосудистые пучки (15,7%), двуручное прижатие матки (10,5%). Длительность операции с учетом интраоперационной паузы составила  $68,0 \pm 18,08$  минуты, интраоперационная пауза в среднем  $34 \pm 1,2$  минуты. В 21,0% случаев пауза позволила воспользоваться помощью специалистов для дополнительных вмешательств в виде ПВПА и тотальной гистерэктомии, хирургов для ревизии брюшной полости. Объем кровопотери во время операции составил  $1637,6 \pm 108,97$  мл. В 86,8% случаев проведено дренирование брюшной полости, в основном через задний свод влагалища. Элементы тампонады в послеродовом периоде использованы у 10,5% пациенток. Послеоперационный период протекал на фоне анемии различной степени, однако септических и других осложнений в виде релапаротомии и полиорганной недостаточности не наблюдалось.

ТПКЛК с интраоперационной паузой имела следующие преимущества:

- выиграть время для вызова более опытных специалистов, избежать технических ошибок, которые являются одним из факторов МС;
- убедиться в состоятельности сократительной способности матки и принять при необходимости дополнительные хирургические меры гемостаза, уменьшить риск фактора МС в виде релапаротомии;
- стабилизировать состояние больной при шоке, восстановить свертывающую систему крови, ОЦК. Очень важно, что применение технологии позволило исключить один из важнейших факторов МС в виде гистерэктомии на фоне предельно низкого уровня гемоглобина и шока, которые в 58% случаев являются основной причиной летальных исходов после выживания от массивного кровотечения.

Таким образом, несмотря на массивную кровопотерю в 42% случаев, применение ТПКЛК позволило уменьшить количество жизнеугрожающих геморрагических осложнений, избежать случаев материнской смерти.

В главе шесть «**Экономическая эффективность разработанной методики**» описана экономическая и социальная эффективность медицинской технологии. При предложенной технологии отмечается снижение числа гистерэктомий как показателя эффективности органосохраняющей технологии в

2 раза по сравнению с существующей. Экономический эффект от снижения стоимости лечения рассчитывали по формуле:  $\Delta \text{вр} = [(M1 - M2) + (C1 - C2) + (B + E) \times 0,6] \times H - 0,15 \times K$ , где:  $M1 - M2$  – снижение стоимости препарата на лечение; в группах  $M1 = 444700$  сум затрачено на компоненты крови в 1-й группе,  $M2$  – во 2-й группе. Всего на препараты крови затрачено во 2-й группе  $M2 = 1078800$  сум.  $C1 - C2$  – снижение длительности пребывания больного в стационаре;  $C1 =$  среднее 6 дней в 1-й группе,  $C2 =$  среднее значение 6 дней во 2-й группе.  $B$  – стоимость одного койко-дня в конкретном учреждении РМО (20000 сум/ день)  $E$  – средний размер пособия по ВУТ (сум/день) = 6500 сум в день. Принято во внимание, что 89% наших пациенток были домохозяйками, поэтому вычисляли по среднему пособию 156310 сум с сентября 2015 г. 0,6 – коэффициент работающих (без учета несовершеннолетних, пенсионеров и домохозяек);  $H$  – масштаб внедрения; 658000 родов по Узбекистану за 2014 год, из них в среднем акушерское кровотечение составляет от 0,2 до 2,9% в зависимости от тяжести. Согласно формуле  $\Delta \text{вр} = [(M1 - M2) + (C1 - C2) + (B + E) \times 0,6] \times H - 0,15 \times K = [(1\ 078\ 800 - 444\ 700 \text{ сум}) + (6 - 6) + (20\ 000 + 6\ 500) \times 0,6] \times 13\ 160 - 0,15 \times 242\ 405910 \text{ сум} = 5179736714 \text{ сум}$ . Такова сумма экономического эффекта от снижения стоимости лечения при применении поэтапной технологии лечения и контроля акушерских кровотечений в течение одного года.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Основным триггером массивной кровопотери (35%) при МС является патология плаценты (ПОНРП, низкая плацентация, предлежание плаценты) в сочетании с гипертензивными состояниями и нарушением свертывания крови. Применение разработанной карты мониторинга кровотечения помогает обнаружить отклонение от стандартов лечения и выявить упущенные возможности. В 78% наблюдений выявлено несоблюдение стандартов лечения, особенно хирургического гемостаза, с недостаточным применением компрессионно-сшивных технологий. Особенности танатогенеза диктуют необходимость создания доступной технологии для всех уровней родовспоможения и специалистов любой квалификации.

2. Анализ документации МС, прошедших через БСМЭ, выявил:

- наличие дефектов лечения в виде запоздалого оперативного вмешательства и несоблюдения хирургического сегмента стандарта в 60%;
- дефектов диагностики: недооценки объема кровопотери в 78% или поздней диагностики при внутрибрюшном кровотечении в 12%;
- дефектов организации: отсутствие персонала, осуществляющего хирургическую деваскуляризацию, вследствие чего были вызваны другие специалисты, что привело к запоздалому оказанию помощи в 34%. Таким образом, человеческий фактор и фактор времени имели решающее значение.

3. Разработанная градация кровотечения учитывает особенности кровоснабжения со стороны внутренней и наружной подвздошной артерий и мало зависит от объема кровопотери, позволяет провести дифференцированную поэтапную деваскуляризацию органов малого таза: при 1-м типе (кровотечение из области тела матки) наиболее эффективна перевязка магистральных маточных сосудов (66,6%). При 2-м типе (кровотечение из перешейка, нижнего сегмента

матки) наиболее эффективны компрессионные швы (83,3%). 3-й тип кровотечения (шейка матки, верхняя треть влагалища, область параметрия и забрюшинного пространства) в 49% случаях приводит к МАК (чувствительность 0,68, специфичность 0,85), приоритетом при этом является перевязка внутренней подвздошной артерии и затем тотальная гистерэктомия (риск гистерэктомии по сравнению с 1-м типом - ПОР = 206,1, ОР = 7,44 при ДИ 95%).

4. Разработанный алгоритм КС с риском кровотечения (PROG 2009) и (или) чрезмерной кровопотери способствует уменьшению следующих индикаторов кровотечения:

- объема кровопотери (с  $1354,1 \pm 60,1$  мл до  $1104,8 \pm 81,7$  мл;  $p < 0,05$ );
- использования компонентов крови (СОР = 3,4, при ОШ = 0,74, ОР = 0,79 при ДИ 95%);
- частоты гистерэктомии в 1,7 раза (СОР = 7,6, при ОШ = 0,55, ОР = 0,57 при ДИ 95%);
- частоты релапаротомии и послеродового кровотечения.

В случае приращения плаценты необходима поэтапная деваскуляризация матки, начиная с внутренней подвздошной артерии, что снижает объем кровопотери на 22,2%. При шоке III-IV степени эффективность КСТ снижается, в этих случаях их применение должно быть ограничено. При ведении послеоперационного периода после применения КСТ необходимо учитывать выраженную гиперкоагуляцию свертывающей системы крови и риск замедления инволюции матки.

5. При КС у женщин с ССП, осложненной НК, применение алгоритма способствует уменьшению частоты геморрагических осложнений, снижению инфузий, повышающих ОЦК с  $890,48 \pm 73,9$  до  $1255,26 \pm 93,9$  мл ( $p < 0,05$ ), уменьшению применения утеротоников и соответственно их отрицательного действия на сердечно-сосудистую систему (САР = 0,03, ЧБНЛ = 30 при 95% ДИ).

6. При развитии МАК в условиях ограниченных ресурсов и отсутствия возможности соблюдения стандарта лечения ПРК и ГШ по времени и других нестандартных ситуациях необходимо применение разработанной тактики поэтапного контроля и лечения кровотечения (damage control surgery) для решения следующих задач:

- выиграть время для вызова более опытных специалистов и, таким образом, уменьшить количество технических ошибок и ятрогению;
- интраоперационно убедиться в сократительной способности матки и принять при необходимости дополнительные хирургические меры гемостаза, что позволит снизить следующий фактор МС – релапаротомию (29,4%);
- стабилизировать состояние больной при шоке, восстановить ОЦК, восполнить факторы свертывания крови для коррекции свертывающей системы крови с целью профилактики ДВС (46% при МС).

Применение технологии позволило при МАК снизить один из важнейших факторов МС в виде гистерэктомии на фоне предельно низкого уровня гемоглобина и шока (с 82,3% до 65,0%), снизить ПОН в послеоперационном периоде после гистерэктомии на фоне шока, которая является по данным исследования основной причиной летального исхода после выживания при массивных кровотечениях в 58% случаях.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.27.06.2017Tib.29.01 ON AWARDS OF  
SCIENTIFIC DEGREE OF DOCTOR OF SCIENCES AT THE TASHKENT  
PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE**

---

**THE REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC - PRACTICAL  
MEDICAL CENTRE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**

**YUSUPBAEV RUSTEM BAZARBAEVICH**

**WAYS OF DECREASE IN MATERNAL MORTALITY AT OPERATIVE  
DELIVERY**

**14.00.01 - Obstetrics and gynecology**

**ABSTRACT OF DISSERTATION OF DOCTOR OF MEDICAL SCIENCE (DSc)**

**TASHKENT – 2018**

**The subject of doctoral dissertation is registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan in number B2017.2.DSc/Tib148**

The doctoral dissertation has been prepared at the Tashkent Pediatric Medical Institute.

The abstract of the dissertation is posted in three (Uzbek, Russian, English) languages on the website of Scientific Council [www.tashpmi.uz](http://www.tashpmi.uz) and on the website of «ZiyoNet» Information and educational portal ([www.ziyo.net](http://www.ziyo.net))

**Official opponents:**

**Aiupova Farida Mirzaevna**  
doctor of medical sciences, professor

**Kattagodjaeva Mahmuda Hamdanovna**  
doctor of medical sciences, associate professor

**Negmatzhanov Bokhodir Baltaevich**  
doctor of medical sciences, professor

**Leading organization:**

Dnepropetrovsk Medical Academy Ministry of Health of Ukraine (Ukraine)

Defense will take place «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 at \_\_\_\_ at the meeting of Scientific Council Dsc.27.06.2017.Tib.29.01. at the Tashkent pediatric medical institute at address: (100140, Republic Uzbekistan, Tashkent, Yunusabad district, Bogishamol street, 223. Phone/fax: (99871) 262-33-14 e-mail: [mail@tashpmi.uz](mailto:mail@tashpmi.uz)).

Doctoral dissertation is registered in Informational-resource center of Tashkent pediatric medical institute, registration number №\_\_\_\_\_, The text of the dissertation is available at the Information Research Center at the following address: 100140, Republic Uzbekistan, Tashkent, Yunusabad district, Bogishamol street, 223. Phone/fax: (99871) 262-33-14)

Abstract of dissertation sent out on «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 year  
(mailing report \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ 2018 year)

**A.V. Alimov**

Chairman of the Scientific Council for the award of the degree of Doctor of Science, Doctor of Medical Sciences, Professor

**E. A. Shamansurova**

Scientific Secretary of the Scientific Council for the award of the degree of Doctor of Science, Doctor of Medical Sciences, Professor

**D.I. Akhmedova**

Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council for the award of the degree of Doctor of Science, Doctor of Medical Sciences, Professor

## INTRODUCTION (Annotation of dissertation)

**Aim of research** was development and scientifically confirmation of new blood preserving technologies directed to decrease of maternal mortality and morbidity connected with obstetric bleedings at operative delivery.

**Objects of the research:** The object of research were 417 pregnant women delivery by cesarean section. By object of research according to a scientific speciality, recommended in the passport, there were maternal mortality and morbidity, the cause of which were obstetric bleedings occurring due to various reasons.

**Scientific novelty of dissertation research:** The regularities and trigger mechanisms of bleedings developed at abdominal deliveries at maternal mortality have been established:

the hemostasis priorities have been revealed at delivery of pregnant women with accompanying cardiovascular pathology complicated by the blood supplying insufficiency. There are modified existing compressive sutures;

the efficiency of application of the complex approach to an estimation of burden and choice of tactics for treatment of bleeding is scientifically proved which includes developed technique of definition of priorities of surgical hemostasis under conditions of the limited time;

the algorithms and methods of devascularization of the small pelvic vessels have been developed taking into account features of blood supplying from internal and external iliac arteries;

for the first time there has been developed and introduced the algorithm including the indications, methods of graded control and treatment of bleeding or " damage control surgery " in obstetric practice at rendering emergency obstetric aid.

**Implementation of the research results.** The results of researches are introduced into the Republican Specialized Research Practical Medical Center of Obstetrics and Gynecology and its branches, as well as in the Andijan, Fergana, Tashkent province regional centers (conclusion of the Ministry of Health RUz №70 of 11.12.2015, conclusion № 8Д-3/8 of 22.01.2018). The introduction of results of research has allowed lowering frequency of hemorrhagic complications including hysterectomy and other postoperative complications from 22 to 12,2 %.

**Structure and volume of the dissertation.** The dissertation is presented on 191 pages of the computer text and includes Introduction, Literature Review materials and methods of investigations and 6 chapters of own researches, conclusion, conclusions and practical recommendations. The work is illustrated by 29 tables and 5 figures. The bibliographic index includes (194) 137 domestic and 53 foreign sources.

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

**I. Бўлим (I часть; I part)**

1. Юсупбаев Р.Б., Нишанова Ф.П., Юлдашев С.К. Способ временной окклюзии маточных артерий. Ўзбекистон мулк агентлиги. №IAP 2012 0058. - Тошкент, 2015.
2. Юсупбаев Р.Б., Способ интраоперационного лечения гипотонического кровотечения. Узбекистон мулк агентлиги. №IAP 2014 0364 . - Тошкент, 2016.
3. Юсупбаев Р.Б., Умеров А. К вопросу о родоразрешении беременных с заболеваниями сердца // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2012. – №3. – С. 100-103. (14.00.00; №3).
4. Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж., Мухамедова Ш.С., Умарова Г.М. Структура сердечно-сосудистых заболеваний и методы их родоразрешения // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2012. – №4. – С. 36-37. (14.00.00; №14).
5. Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж., Мухамедова Ш.С., Нематова З.Г. Современные подходы к ведению беременности и родов у женщин с НК // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2012. – №4. – С. 37-38. (14.00.00; №14).
6. Юсупбаев Р.Б. Кровосберегающие технологии при родоразрешении беременных с ССП // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2012. – №4. – С. 69-70. (14.00.00; №14).
7. Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж., Умарова Г., Зуб А. Профилактика и лечение железодефицитной анемии у родильниц // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2012. – №4. – С. 70-72. (14.00.00; №14).
8. Семенихин А.А., Юсупбаев Р.Б., Баратова Л.З., Даулетова М.Ж., Умарова Г.М. Пути снижения операционно-анестезиологического риска при абдоминальном родоразрешении у беременных с недостаточностью кровообращения // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2013. – №4. – С. 46-48. (14.00.00; №3).
9. Юсупбаев Р.Б. Тактика ведения оперативного вмешательства при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2013. – №4. – С. 49-50. (14.00.00; №3).
10. Юсупбаев Р.Б. Протокол ведения беременности и родов с сердечно-сосудистой патологией // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2014. – №3. – С. 12-15. (14.00.00; №14).
11. Юсупбаев Р.Б. Релапаротомия при кесаревом сечении – причины, следствие, профилактика // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2-13. – №3. – С. 44-45. (14.00.00; №14).

12. Юсупбаев Р.Б. Методы кровосбережения при операции кесарево сечения у беременных с преждевременной отслойкой плаценты // Педиатрия. – Ташкент, 2015. – №1-2. – С. 87-88. (14.00.00; №16).
13. Мухамедова Ш.С., Юсупбаев Р.Б. Массивное внутреннее кровотечение во время беременности // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2015. – №2. – С. 140-14. (14.00.00; №14).
14. Юсупбаев Р.Б. Особенности танатогенеза при оперативном родоразрешении по поводу кровотечения // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2015. – №2. – С. 141-142. (14.00.00; №14).
15. Юсупбаев Р.Б. Тактика поэтапного лечения и контроля кровотечения при оперативном родоразрешении у больных с риском на кровотечение // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2015. – №2. – С. 146-148. (14.00.00; №14).
16. Умарова Г.М., Юсупбаев Р.Б., Мухамедова Ш.С., Амонов И.И. Хирургический гемостаз при частичном приращении и предлежании плаценты // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2015. – №2. – С. 145-146. (14.00.00; №14).
17. Юсупбаев Р.Б., Хайдаров М.А., Ибрагимов И.С., Умарова Г.М. Результаты анализа акушерско-гинекологической помощи при акушерских кровотечениях по данным судебно-медицинской экспертизы // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2015. – №2. – С. 145-149. (14.00.00; №14).
18. Юсупбаев Р.Б. Оценка эффективности метода поэтапного контроля и лечения кровотечения в акушерской практике // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2016. – №1. – С. 90-94. (14.00.00; №3).
19. Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж., Умарова Г.М., Бабаханова А.М. «Современные технологии лечения акушерских кровотечений» // Журнал «Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья» № 1-2, 2016г. С.166-168. (14.00.00; №14).
20. Юсупбаев Р.Б. Алгоритм хирургического гемостаза при вращении плаценты // Журнал «Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья» № 1-2, 2016г.-С.168-170. (14.00.00; №14).
21. Юсупбаев Р.Б. Новый инструмент мониторинга акушерских кровотечений как эффективный способ аудита критических состояний // Журнал «Вестник Ташкентской Медицинской Академии» №1, 2016.-С.121-124. (14.00.00; №13).
22. Юсупбаев Р.Б. Мухамедова Ш.С., Даулетова М.Ж., Бабаханова А.М. Лечение акушерских кровотечений при абдоминальном родоразрешении при помощи компрессионно-сшивных технологий // Журнал «Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья» - Ташкент. 2017 № 3-4., С.162-164. (14.00.00; №14).
23. Юсупбаев Р.Б. Бабаханова А.М., Умарова Г.М., Яркулова М.У. Оценка эффективности поэтапного лечения и контроля кровотечения при оперативном родоразрешении беременных женщин с риском на

кровотечение // Журнал «Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья» № 3-4, 2017г. С.135-136. (14.00.00; №14).

## II. Бўлим (II часть; II part)

24. Национальные стандарты по повышению качества оказания перинатальной помощи в родовспомогательных учреждениях системы здравоохранения Республики Узбекистан: стандарты/ /Нажмутдинова Д.К.[ и др.]. -Ташкент: Baktria press, 2015. – 136 с.
25. Юсупбаев Р.Б. Кровосберегающие технологии при абдоминальном родоразрешении: Методическое пособие. –Ташкент, 2013. -33 с.
26. Юсупбаев Р.Б., Закирова Ф.А., Бекбулатова И.Р., Даулетова М.Ж. Ведение беременности и родов при заболеваниях сердца: Методическое пособие. – Ташкент, 2013. – 31 с.
27. Юсупбаев Р.Б. Методика поэтапного контроля и лечения кровотечения в акушерстве: Методические рекомендации. –Ташкент, 2015. -35 с.
28. Юсупбаев Р.Б. Особенности хирургической тактики при акушерских кровотечениях с учетом кровоснабжения органов малого таза: Методические рекомендации. –Ташкент, 2018. -33 с
29. Юсупбаев Р.Б. Новый способ профилактики интра- и послеоперационных кровотечений при операции кесарево сечения // 3-я Республиканская ярмарка инновационных идей, технологий и проектов. – Ташкент, 2010. – С.149.
30. Семенихин А.А., Юсупбаев Р.Б., Матлюбов М.М., Халикова Г.Р. Вариант снижения интраоперационной кровопотери у беременных с риском на расширение объема абдоминального родоразрешения // Материалы 12-го съезда Федерации анестезиологов и реаниматологов 19-22 сентября 2010 г. – Москва, 2010. – С. 398.
31. Курбанов Д.Д., Курбанов С.Д., Семенихин А.А., Юсупбаев Р.Б. Kesarcha kesish amaliyoti // Монография. Издательство «Картография» – Ташкент, 2014. – 149 с.
32. Баратова М.Т., Султанов С.Н., Юсупбаев Р.Б. Методы исследования и диагностика нарушений гемостаза в акушерстве // Вестник врача. – Самарканд, 2009. – №3 (ч. I). – С. 194-198.
33. Юсупбаев Р.Б., Раджабова Н.Ш., Баратова М.Т. Кесарево сечение у женщин с осложненным течением беременности и родов // Вестник врача. – Самарканд, 2009. – №3 (ч. I). – С. 105-106
34. Юсупбаев Р.Б., Умиров Л.Р., Семенихин А.А. Изменения гемодинамики у беременных с митральным стенозом в зависимости от степени сужения атриовентрикулярного отверстия // Медицинский вестник Башкортостана. – Уфа, 2013. – №3. – С. 85-88.
35. Юсупбаев Р.Б. Компрессионно-сшивные технологии в лечении акушерский кровотечений при абдоминальном родоразрешении // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – Киев, 2015. – Т. 14, №3 (53). – С. 93-96.

36. Юсупбаев Р.Б. Акушерские кровотечения новые подходы к оперативной тактике // Медицинский вестник Башкортостана. – Уфа, 2016. – №1. – С. 85-88.
37. Юсупбаев Р.Б. Оптимизации тактики оперативного вмешательства при акушерском кровотечении // Міжнародна конференція «Досягнення науки в 2015 році». – Київ, 2015. – С. 88-92.
38. Юсупбаев Р.Б. Оценка эффективности нового способа аудита акушерских кровотечений // Евроазиатский союз ученых. – Москва, 2015. – №12 (21), ч. 1. – С. 129-132.
39. Юсупбаев Р.Б. Методы кровосбережения при операции кесарево сечения у беременных с сердечно-сосудистой патологией // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: Материалы Республиканской конференции 18-19 ноября 2011 г. – Ургенч, 2011. – С. 106.
40. Юсупбаев Р.Б., Маматкасымов А.Д., Умиров Л.Р., Аллаеров Б.К. Методы интраоперационного кровосбережения у беременных с заболеваниями сердца // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2011. – №1. – С. 59. (14.00.00; №14).
41. Юсупбаев Р.Б., Умиров Л.Р. Коррекция железодефицитной анемии у родильниц с заболеваниями сердца // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2011. – №1. – С. 58. (14.00.00; №14).
42. Yusupbaev R.B., Dauletova M.J. Reducing of the Obstetrical Complications During Cesarean Section // 11-й Всемирный конгресс по перинатальной медицине 19-22 июня 2013 г. – Москва, 2013. – POSTER RU302.
43. Yusupbaev R.B., Mamadjanova N.N. Caesarean section in women with rheumatic heart diseases complicated with circulation failure // 11-й Всемирный конгресс по перинатальной медицине 19-22 июня 2013 г. – Москва, 2013. – POSTER RU307.
44. Yusupbaev R.B., Dauletova M.J., Erkabaeva F. Methods for preventing blood loss at cesarean section in woman with premature abruption of normal or low situated placenta // 11-й Всемирный конгресс по перинатальной медицине 19-22 июня 2013 г. – Москва, 2013. – POSTER 829.
45. Yusupbaev R.B. Resume about the problems of delivery' s methods in pregnant women with the cardiac diseases // 11-й Всемирный конгресс по перинатальной медицине 19-22 июня 2013 г. – Москва, 2013. – POSTER 1231.
46. Семенихин А.А., Баратова Л.З., Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж. Пути обеспечения гемодинамической стабильности при выполнении абдоминального родоразрешения в условиях центральных нейроаксиальных блокад у беременных с недостаточностью кровообращения // Материалы 4-го съезда анестезиологов и реаниматологов Узбекистана 24-25 октября 2013 г. – Ташкент, 2013. – С.145.
47. Юсупбаев Р.Б., Матлубов М.М., Игамбердиева Д.У. Избыточная масса тела как детерминанта осложнений при беременности // Метаболический синдром: инсулинорезистентность и другие категории дисметаболизма: Республиканская научно-практическая конференция. – Ташкент, 2015. – С.

48. Yusupbaev R.B., Mamadjanova N.N. Reducing of intra and postoperative obstetrical haemorrhages during cesarean section // ECIC 2015 European Congress on 2nd intrapartum Care Making Birth Safer. – Порто (Португалия), 2015. Submission ID: 442.
49. Yusupbaev R.B., Mamadjanova N.N. Abdominal delivery in pregnant women with the cardiac pathology on reducing on maternal mortality // ECIC 2015 European Congress on 2nd intrapartum Care Making Birth Safer. – Порто (Португалия), 2015. Submission ID: 444.
50. Najmutdinova D.K., Yusupbaev R.B. New surgical approaches during massive bleeding in obstetrics // XXI World Congress FIGO of Gynecology and Obstetrics. Vancouver 4-9 October. 2015 // International Journal of Gynecology and Obstetrics. – 2015. – Vol. 131. – P. 314-E607.
51. Юсупбаев Р.Б. Методы кровосбережения при операции кесарева сечения у беременных с нестабильной гемодинамикой // Кардиология Узбекистана. – Ташкент, 2015. – №2 (36). – С. 311. (14.00.00; №10).
52. Юсупбаев Р.Б., Баратова М.Т. Изменения состояния свертывающей системы крови в послеоперационном периоде при использовании компрессионно-сшивных технологий // Актуальные вопросы акушерства: Республиканская научно-практическая конференция 2 декабря 2015 г. – Бухара, 2015. – С. 23.
53. Юсупбаев Р.Б., Баратова М.Т., Бабаханова А.М. Принципы профилактики послеоперационных осложнений у женщин, родоразрешенных абдоминальным путем с применением компрессионно-сшивных технологий // Актуальные вопросы акушерства: Республиканская научно-практическая конференция 2 декабря 2015 г. – Бухара, 2015. – С. 45.
54. Яркулова М.У., Юсупбаев Р.Б. Роль органосохраняющей стратегии и современных принципов лечения акушерских кровотечений // Журнал «Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья» - Ташкент. 2016 № 1-2., С.168-170.

Автореферат «Педиатрия» журнали  
тахририяида таҳрирдан ўтказилди. (04.02.2018 йил).

Босишга рухсат этилди: 12.05.2018 йил.  
Бичими 60x45 <sup>1</sup>/<sub>8</sub>, «Times New Roman»  
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.  
Шартли босма табағи 4. Адади: 100. Буюртма: № 55

100060, Тошкент, акад. Я.Ғуломов кўчаси, 74

«TOP IMAGE MEDIA»  
босмаҳонасида чоп этилди.

