

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**  

---

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**КАРИМОВ РАСУЛБЕК ХАСАНОВИЧ**

**ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА ПЕРИНАТАЛ ЎЛИМНИНГ САБАБЛАРИ ВА**  
**ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯСИ**

**14.00.15 – Патологик анатомия**

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

**ТОШКЕНТ – 2022**

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

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

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

**Каримов Расулбек Хасанович**

Хоразм вилоятида перинатал ўлимнинг  
сабаблари ва патологик анатомияси..... 3

**Каримов Расулбек Хасанович**

Причины и патологическая анатомия  
перинатальной смерти в Хорезмской области..... 23

**Karimov Rasulbek Xasanovich**

Perinatal mortality in Khorezm region causes and  
pathological anatomy..... 41

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works..... 44

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**  

---

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**КАРИМОВ РАСУЛБЕК ХАСАНОВИЧ**

**ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА ПЕРИНАТАЛ ЎЛИМНИНГ САБАБЛАРИ ВА**  
**ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯСИ**

**14.00.15 – Патологик анатомия**

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

**ТОШКЕНТ – 2022**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2019.2.PhD/Tib992 рақами билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифаси ([www.tma.uz](http://www.tma.uz)) ҳамда «Ziyonet» ахборот-таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:**

**Турсунов Хасан Зияевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар:**

**Мавлян-Ходжаев Равшан Шухратович**  
тиббиёт фанлари доктори

**Дауреханов Асатой Маметович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот:**

**Тошкент педиатрия тиббиёт институти**

Диссертация ҳимояси Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 рақамли Илмий кенгашининг 20\_\_ йил «\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100109, Тошкент шаҳри, Олмазор тумани, Фаробий кўчаси 2-уй. Тошкент тиббиёт академияси 1-ўқув биноси Мажлислар зали. Тел./факс: (+99878) 150-78-25, e-mail: [tta2005@mail.ru](mailto:tta2005@mail.ru)).

Диссертация билан Тошкент тиббиёт академияси Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (\_\_\_\_ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100109, Тошкент ш., Олмазор тумани, Фаробий кўчаси 2-уй. Тел./факс: (+99878) 150-78-14).

Диссертация автореферати 20\_\_ йил «\_\_» \_\_\_\_\_ кун тарқатилди.

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

**Г.И.Шайхова**

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

**Д.Ш.Алимухамедов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий  
котиби, тиббиёт фанлари доктори

**А.Б.Саидов**

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

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

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Дунёда чақалоқларда учрайдиган перинатал ўлим бугунги кунда кенг тарқалган муаммолардан бири бўлиб. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, ҳар йили дунё бўйича 8,1 миллион чақалоқ нобуд бўлиши ва уларнинг учдан бир қисми асосан перинатал даврга тўғри келиши аниқланган ҳамда бу кўрсаткич ҳар ўн йилда икки баробарга ўсиши кузатилмоқда. Олим муаллифлар «...сўнги йилларда перинатал ўлим кўрсаткичининг ошишини акушерлик, неонатология ва интенсив терапия соҳасининг ривожланишига қарамасдан, туғилишда экстремал енгил даражадаги ва енгил вазнли етилмаган чақалоқлар туғилиш даражаси юқори бўлиши билан изоҳлайдилар...»<sup>1</sup>. Шу сабабли перинатал ўлими ҳолатларни бартараф этишга йўналтирилган ташхислаш ва даволаш тартибини такомиллаштириш замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан биридир.

Жаҳонда перинатал ўлимнинг турли омиллар таъсирида юзага келадиган патологик хусусиятларини ўз вақтида эрта ташхислашни такомиллаштириш борасида қатор мақсадли илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада перинатал ўлим сабабларини чақалоқлар ёши, жинсига қараб учраш даражаси, перинатал ўлимнинг тарқалиши, перинатал ўлимда аъзо ва тўқималардаги макроскопик ҳамда микроскопик ўзгаришлар, перинатал ўлимни олдини олишга қаратилган даволаш тизимини такомиллаштириш бўйича илмий тадқиқотлар алоҳида аҳамият касб этмоқда.

Мамалакатимизда соғлиқни сақлаш соҳасини ривожлантириш, тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш борасида олиб борилаётган ислоҳотлар самарадорлигини янада ошириш, жумладан, перинатал ўлим ҳолатларини эрта ташхислаш, даволаш ва олдини олиш сифатини оширишга қаратилган муайян чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишига мувофиқ «...ихтисослаштирилган тиббий хизмат кўрсатиш қулайлиги ҳамда сифатини ошириш, тез ва шошилиш тиббий ёрдам тизимини янада ислоҳ қилиш, ногиронликни олдини олиш...»<sup>2</sup> каби вазифалари белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиққан ҳолда, жумладан, нафас бузилиш синдроми билан туғилган чақалоқларнинг ўпка тўқималаридаги патоморфологик хусусиятларини асослаш орқали касалликни даволаш ва уни профилактикасини такомиллаштириш муҳим илмий-амалий аҳамият касб этади.

<sup>1</sup> Мальшкіна А.И., Филькіна О.М., Пескін О.Н., Назаров С.Б., Долотова Н.В. “Региональная модель катамнестического наблюдения на 1-м году жизни детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении” ФГБУ, Ивановский научно-исследовательский институт Материнство и детство им. В.Н.Городкова // Минздрав России, 153045, г. Иванова, Россия. Коллектив авторов, - 2014. - С. 53-56

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон “Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Харакатлар стратегияси тўғрисида”ги Фармони.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгилаб берилган вазифаларни амалга оширишда муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги:** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси:** Бугунги кунда чақалоқлардаги перинатал даврдаги ўлимда кўпроқ чала туғилганлик, туғма нуқсонлар, асфиксия ҳамда юкумли касалликлар билан боғлиқ эканлигини кўплаб мутахассислар илгари суришади (ЮНИСЕФ, 2016). 2009-2015 йиллар давомида Қозоғистон Республикасида олиб борилган кенг қамровли илмий-тадқиқотлар натижасида олинган маълумотларга кўра перинатал ўлим сабабларидан нафас олиш тизими касалликларининг устунлик қилиши аниқланган, жумладан, ҳомила ичи асфиксияси 28,3%ни, пневмопатия 18,94%ни, интранатал асфиксия 16,44%ни, туғма зотилжам 13,69%ни, туғма нуқсонлар эса 10,59%ни ташкил қилган (Д.С.Исаев, 2014). С.В.Дулченко, (2019) ва А.Н.Шмагинлар (2020) перинатал ўлимга ижтимоий-гигиеник, тиббий-ташкилий омиллар муҳим аҳамиятга эга эканлигини аниқлашган. Перинатал ўлим кўрсаткичи турли минтақаларда турлича учраш даражасига эга бўлиб, Россия Федерациясида бу кўрсаткич 15,03%ни ташкил қилган бўлса (М.А.Куртсер, 2013), 2001-2012 йилларда Болгарияда олиб борган тадқиқотларида перинатал ўлим кўрсаткичи 10,8%дан 12,9%гача ошганлигини кузатилган (Д.А.Касимова, Д.С.Ҳакимова, 2012).

Мамлакатимизда перинатал ўлим сабабларини аниқлаш ва олдини олиш борасида қатор илмий-тадқиқот ишлари олиб борилган (М.С.Абдуллаходжаева, Р.И.Исраилов, 1994, 1995; Х.З.Турсунов, 2005). Д.А.Асадовнинг (2016) маълумотлари бўйича республикаимизда перинатал ўлим кўрсаткичи 18,6%дан 24,8%гача учраши аниқланган. Шунингдек, Д.Д.Курбанов (2013) томонидан Қорақалпоғистон Республикасида олиб борилган тадқиқотларда бу кўрсаткич 24,9% ташкил қилганлиги аниқланган. Ф.Г.Назировнинг (2014) тадқиқотларида перинатал ўлимни камайтиришда перинатал марказларнинг жонлантириш, туғруқ бўлими, туғруқдан кейинги бўлим, чақалоқлар бўлими, чақалоқлар патологияси ва аёллар маслаҳатхонаси марказларининг ўрнини ўрганишга бағишланган. Ҳозирги

кунда, перинатал ўлимнинг келиб чиқиши, унинг хусусиятларини, унга таъсир этувчи хавф омилларини, шунингдек, Хоразм вилояти худудида перинатал ўлимни камайтиришга қаратилган ташкилий ва услубий чоратадбирларнинг самарадорлигини ўрганиш, перинатал ўлим сабабларининг динамикаси ва тузилиши етарлича ўрганилмаган.

Таъкидлаш жойизки, тадқиқотларнинг асосий қисми тиббий, ижтимоий сабаблар ва янги туғилган чақалоқлар ўлимининг ривожланишидаги хавф омилларининг ролини ўрганишга бағишланади. Бугунги кунга келиб, янги туғилган чақалоқларда, яъни ҳомиладорликнинг 22-ҳафтасидан 37-ҳафтасигача бўлган муддатда туғилиб, 0-7 кунгача яшаб, нобуд бўлган чақалоқларнинг жинси, вазни, бўйи, антропометрик ўлчамлари, ички аъзоларда кузатилган макро ва микроскопик ўзгаришлар, назологик жиҳатдан аниқланган касалликлар, етилмаганлик муддатларини аниқлаш зарурлигини тақозо этади.

**Диссертация тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мавофиқ №011800232 «Хоразм вилоятида перинатал ўлимнинг сабаблари ва патологик анатомияси» (2019-2022 йй.) мавзусидаги илмий лойиҳа доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** Хоразм вилоятида перинатал даврда ўлимга сабаб бўлган касалликлар хавф омиллари, патологик анатомиясини ва морфофункционал хусусиятларини очиқ беришдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

Хоразм вилоятида перинатал ўлимга олиб келувчи сабабларини аутопсиялар бўйича ўрганиш;

Хоразм вилоятида перинатал ўлимга олиб келувчи нафас бузилиш синдромининг учраш частотасини аниқлаш;

эрта неонатал даврда нобуд бўлган чақалоқларда ривожланган пневмопатияларнинг патологоанатомик ўзгаришларини аниқлаш;

эрта неонатал даврда нобуд бўлган чақалоқларда ривожланган пневмопатиялардаги патоморфологик ўзгаришларини аниқлаш ва баҳолаш;

перинатал даврда нобуд бўлган чақалоқларда аниқланган пневмопатияларнинг сабабларини ўрганган ҳолда нафас бузилиш синдромининг прогностик мезонларини аниқлаштириш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида Хоразм вилояти патологик анатомия бюроси болалар патологияси бўлимида 2016-2019 йиллар давомида перинатал даврда нобуд бўлган 379 та чақалоқлар мурдасидан олинган аутопсия материаллари гистологик текширувларнинг ретроспектив натижалари олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** сифатида перинатал ўлимнинг сабаблари, хавфли омиллари, гемостатик кўрсаткичларига боғлиқлигини баҳолашнинг материаллари олинган.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотда клиник-анамнестик таҳлил, макроскопик, микроскопик ва статистик таҳлил усулларидан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

илк бор Хоразм вилоятида туманлар кесимида перинатал ўлим сабабларини нафас бузилиш синдроми, асфиксия, пневмония, пневмопатия, бронхопневмония, ҳомила ичи инфекциялари ташкил қилганлиги, Апгар шкаласи бўйича баҳоланганда оғир асфиксия билан туғилиш етуклик даражаси бўйича асосан 22-28 ҳафталикда чала туғилиш ҳолатлари билан боғлиқлиги исботланган;

перинатал ўлимда хавф омиллари сифатида онанинг экстрагенитал касалликлари, тез-тез ҳомиладорлик ва туғруқлар, преэклампсия, ҳомила атрофи суюқлигининг камлиги, сурункали ҳомила ички гипоксияси, йўлдошнинг муддатидан олдин ажралиши, гестоз, киндик тизимчасининг ҳомила бўйнига ўралиб қолиши ўпканинг бирламчи ателектазлари морфологик аниқланиши билан асосланган;

эрта неонатал даврда вафот этган чақалоқларда ўпка пневмопатияларининг патологоанатомик хусусиятлари ва учраш частотаси орасидаги корреляцион боғлиқлик исботланган;

эрта неонатал даврда вафот этган чақалоқларда ўпка пневмопатияларидаги ўпка тўқимасида ривожланган морфологик ўзгаришлар макроскопик жиҳатдан тасдиқланиши, пневмопатия белгилари аниқ намоён бўлиши, бунда ўпканинг битта ёки бир-нечта бўлақларида ва баъзан полисегментарлиги, пневмопатияга хос морфологик белгилар жойлашиши исботланган;

перинатал ўлимда аниқланган касалликларнинг асоратларни ривожланишни баҳолаш мезонлари такомиллаштирилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижаси** қуйидагилардан иборат:

Хоразм вилоятида туманлар кесимида перинатал ўлим сабабларини нафас бузилиш синдроми, асфиксия, пневмония, пневмопатия, бронхопневмония, ҳомила ичи инфекциялари ташкил қилганлиги аниқланиб, преэклампсия, ҳомила атрофи суюқлигининг камлиги, сурункали ҳомила ички гипоксияси, плацента ажралиши, гестоз, киндик тизимчасининг ҳомила бўйнига ўралиб қолиши, ўпканинг бирламчи ателектазлари морфологик жиҳатдан хавф омиллари сифатида баҳоланган;

эрта неонатал даврда нобуд бўлган чақалоқларда ўпка пневмопатияларининг патологоанатомик хусусиятлари ва учраш даражаларининг ўзаро корреляцион боғлиқликлари очиқ берилган;

эрта неонатал даврда нобуд бўлган чақалоқларда ўпка пневмопатияларидаги ўпка тўқимасида ривожланган морфологик ўзгаришлар макроскопик ва микроскопик жиҳатдан баҳоланган;

перинатал ўлимда касаллик асоратлари ривожланишидаги такомиллаштирилган мезонлар аниқлаштирилган.



**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада материал танланганлиги, қўлланилган усулларнинг замонавийлиги, уларнинг бири иккинчисини тўлдирадиган клиник, морфологик ва статистик текширув усуллари асосида олинган маълумотларни ҳалқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлаганлиги билан асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти перинатал даврда нафас бузилиш синдроми билан нобуд бўлган чақалоқлар ўпканинг ўзига хос морфологик ва морфометрик кўрсаткичларини ўрганилиши, перинатал даврда пневмопатия билан нобуд бўлган чақалоқларнинг клиник-лаборатор маълумотларини таҳлил қилиниши, перинатал даврдаги асфиксия билан нобуд бўлган чақалоқларда нафас олиш тизимининг патоморфологик ва морфометрик кўрсаткичлари ўрганилиши, перинатал ўлим ривожланишидаги асосий хавф омилларни баҳолаш, гемостатик кўрсаткичлар ва морфологик ўзгаришлар орасидаги ўзаро корреляцион боғлиқликни баҳолаш алгоритмлари ишлаб чиқилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларнинг амалий аҳамияти перинатал даврда нобуд бўлган чақалоқларнинг пневмопатияларнинг патогенетик аҳамияти, клиник, прогностик қиймати фаннинг турли соҳаларида, амалий тиббиётда ва ўқув жараёнида, жумладан акушерлик ва гинекологияда, патологик анатомияда, суд-тиббиёти соҳаларида қўлланиши мумкинлиги, перинатал ўлим кузатилган чақалоқлар мурдаси ўпка тўқимасидаги патоморфологик ўзгаришларнинг, перинатал ўлим ривожланишидаги асосий хавф омилларининг, перинатал ўлимнинг ривожланиш мезонларининг ўрни ва аҳамиятини баҳолаш билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Перинатал ўлимнинг патоморфологик хусусиятларини асослаш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

перинатал ўлим сабаблари ва патологик анатомиясини асослаш бўйича олинган илмий тадқиқотнинг натижалари асосида ишлаб чиқилган «Перинатал ўлим сабабларини аниқлашда клиник, морфологик текширув усуллари» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 6 майдаги 8н-д/155-сон маълумотномаси). Натижада, чақалоқларда аниқланган перинатал ўлим ҳолатлари, нафас бузилиш синдроми, пневмония, пневмопатия каби касалликларни эрта ташхислаш, даволаш тартибини самарли ташкиллаштириш имконини берган;

перинатал ўлим сабаблари ва патологик анатомиясини асослаш бўйича олинган тадқиқот натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Хоразм вилояти патологик анатомия бюроси, Тошкент тиббиёт академиясининг Урганч филиали клиникаси амалиётига татбиқ этилган

(Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 13 декабрдаги 08-09/19669-сон маълумотномаси). Натижада, перинатал ўлим касалликларида чақалоқларда нафас бузилиш синдроми натижасида ривожланадиган хавф омилларини эрта ташхислаш, касалликнинг кечиши ва асоратлар хавфини ўз вақтида баҳолаш, касалликни даволаш ва олдини олишга самарали ёндошувларни танлаш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 9 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 5 та халқаро ва 4 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 15 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларни асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, амалий тавсиялар, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 111 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва аҳамияти, ушбу ишга талаб асослаб берилган, тадқиқот мақсади, вазифалари, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, мазкур тадқиқотларнинг республика фан ва технологияларининг устувор йўналишларига мос келиши кўрсатиб берилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва унинг амалий натижалари ўз ифодасини топган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши, чоп этилган ишлар ва диссертациянинг таркибий тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Янги туғилган чақалоқларда перинатал ўлимнинг сабаблари, патологанатомик хусусиятлари ва хавф омилларининг замонавий талқини**» деб номланган биринчи бобида перинатал ўлим муаммосининг моҳияти, келиб чиқиш сабаблари, пневмопатияларнинг патологанатомик жиҳатлари ва перинатал ўлимга олиб келувчи хавф омилларини очиб берувчи адабиётлар шарҳи келтирилган, муаммонинг ечимини топишнинг муаллифлик ёндашуви ишлаб чиқилган.

Диссертациянинг «**Янги туғулган чақалоқлардаги перинатал ўлимда аутопсия матиреиаллари ва тадқиқот усулларининг тавсифи**» деб номланган иккинчи бобида тадқиқот объекти, предмети ва баҳолаш, материал ва усуллари ёритиб берилган. Тадқиқот фундаменти ҳисобланиб, Хоразм вилояти патологик анатомия бюроси болалар патологияси бўлимида 2016-2019 йиллар давомида амалга оширилган аутопсия материалларига асосланади. Хоразм вилояти перинатал марказларининг перинатал даврида нобуд бўлган жами 379 та янги туғилган чақалоқ мурдаси патологоанатомик

текширувлар амалга оширилган бўлиб, шулардан 57 таси ўлик холида туғулган ва 322 таси 7 кунгача яшаб нобуд бўлган чақалоқларни ташкил қилади.

Туғилишдаги вазнга қараб: 500-999 гр.гача 71 (22,0 %) та, 1000-1459 гр.гача 64 (19,8 %) та, 1500-2000 гр.гача 61 (18,9 %) та, 2000-2500 гр гача 57 (17,7 %) та, 2500-3000 гр.гача 41 (12,7 %) та, 3500-4000 гр.гача 18 (5,5 %) та, 4000 ва ундан юқори вазнда 10 (3,1 %) та аниқланди.

Нозологик жиҳатдан: нафас бузилиш синдроми 72 (22,3 %) та, асфиксия 48 (14,9 %) та, пневмония 55 (17,0 %) та, пневмопатия 61 (18,9 %) та, бронхопневмония 39 (12,1 %) та, чақалоқлар туғма инфекцияси 47 (14,5 %) та янги туғилган чақалоқларда нозологик касалликлар аниқланди.

Тадқиқот давомида шаҳар ва туманлар кесимида бўлиб кўрилганда, Урганч шаҳрида 52 (16,1 %), Урганч туманида 29 (9,0 %), Хива шаҳрида 31 (9,6 %), Хазорасп туманида 36 (11,1 %), Питнак туманида 9 (2,7 %), Хонка туманида 18 (5,5 %), Боғот туманида 13 (4,0 %), Янгиариқ туманида 23 (7,1 %), Янгибозор туманида 30 (9,3 %), Гурлан туманида 22 (6,8 %), Шовот туманида 30 (9,3 %), Қўшқўпир туманида 28 (8,6 %) та ҳолатда перинатал даврда нобуд бўлган чақалоқ аниқланган бўлиб, жами 322 (100%) тани ташкил қилган бўлса, шундан 1 (0,3 %) та чақалоқ ўз уйида туғилган бўлиши мумкин.

Тадқиқот материалларининг патологоанатомик текширишда Шор усули бўйича органларнинг тўлиқ ажратиб олиш билан амалга оширилди.

Тадқиқот материалларининг гистологик текширишда тўқималардан шу куннинг ўзида кесмалар олинади. Материалларга биопсия ва операцион материалларни гистологик текшириш усуллари унификацияси бўйича кўрсатмага мос равишда ишлов берилди. Материал фосфат буферли (рН=7,4) 10% ли нейтрал формалинда камида 24 соат фиксация қилинди. Ошиб боровчи спиртларда сувсизлантирилганидан кейин материал парафинга солинади. Парафинли блоклардан қалинлиги 4-5 мкм бўлган кесмалар тайёрланиб, гематоксилин – эозинда бўялиб, (СҮАН) (Белгия) микроскопида микроскопик текширувлар ўтказилди.

Перинатал ўлимда морфофункционал майдонларнинг нисбий кенглик ўлчамларини аниқлаш учун гистометрия усулидан фойдаланилди.

Перинатал ўлимда аъзолар тўқималарини гематоксилин-эозин, Ван-Гизон ва ШИК усулларида фойдаланиб гистологик усулда ўрганилди.

Тадқиқот натижаларининг сатистик тахлили статистик муҳокама MS Office Excel 2007 ва STATISTICA for Windows 10 намунадаги дастурли таъминот асосида статистик таҳлил усулларига мувофиқ ўтказилди.

Диссертациянинг «**Янги туғилган чақалоқларда перинатал ўлим сабаблари ва хавф омиллари**» деб номланган учинчи бобида Хоразм вилоятида перинатал ўлим сабаблари ва хавф омилларининг тахлили, Эрта неонатал даврда нобуд бўлган чақалоқларда ўпка пневмопатияларининг

учраш частотаси, янги туғилган чақалоқларда хомила ичи зотилжамининг ривожланиши патоморфологик ўзгаришлари баён қилинган.

Туғилишдаги вазнга қараб: 500-999 гр.гача 25 (43,8 %) та, 1000-1459 гр.гача 18 (31,5 %) та, 1500-2000 гр.гача 9 (15,7 %) та, 2000-2500 гр.гача 4 (7,0 %) та, 2500-3000 гр.гача 1 (1,7 %) та, 3500-4000 гр.гача 0 (0 %) та, 4000 ва ундан юқори вазнда 0 (0 %) та аниқланди.

Етилмаганлик муддатига қараб: етилмаганлик 22-28 хафтада 25 (43,8 %) та, етилмаганлик 29-31 хафтада 18 (31,5 %) та, етилмаганлик 32-34 хафтада 9 (15,7 %) та, етилмаганлик 35-37 хафтада 5 (8,7 %) та эканлиги аниқланди.

Тадқиқот давомида шаҳар ва туманлар кесимида бўлиб кўрилганда, Урганч шаҳрида 10 (17,5 %), Урганч туманида 5 (8,7 %), Хива шаҳрида 3 (5,2 %), Хазорасп туманида 6 (10,5 %), Питнак туманида 5 (8,7 %), Хонка туманида 4 (7,0 %), Боғот туманида 3 (5,2 %), Янгиариқ туманида 3 (5,2 %), Янгибозор туманида 5 (8,7 %), Гурлан туманида 4 (7,0 %), Шовот туманида 5 (8,7 %), Қўшқўпир туманида 4 (7,0 %) та ҳолатда перинатал даврда нобуд бўлган чақалоқ аниқланган бўлиб, жами 57 (100%) тани ташкил қилган.

Тадқиқотларимизда нафас бузилиш синдромининг эрта перинатал даврда нобуд бўлган жами 379 нафар янги туғилган чақалоқларда аниқланган бўлиб, бу умумий ўлим кўрсаткичини 59,6% ни ташкил этади. Нафас бузилиш синдроми сабабларига қараб 5 та янги туғилган чақалоқлар гуруҳи аниқланди: пневмопатиялардан нобуд бўлганлар, туғма пневмониядан нобуд бўлганлар, интракраниал туғилиш жароҳатларидан нобуд бўлганлар, ўпка-юрак, диафрагманинг туғма нуқсонларидан нобуд бўлганлар, хомила ичи гипоксияси таъсиридан нобуд бўлганлар.

Янги туғилган чақалоқларнинг жинси, паритети ва гестацион ёши бўйича тақсимланишини ўрганишда нафас бузилиш синдромининг ўғил болаларда, шунингдек 1-3-ҳомиладорликдан туғилганларда, янги туғилган чақалоқларда кўпроқ тарқалганлигини аниқланди. Олинган натижалардан кўриниб турибдики, пневмопатиялар (47,0 %), кейинчалик туғма пневмония (14,5 %), интракраниал туғилиш жароҳатлари (18,4 %), ўпка, диафрагма ва юракнинг туғма нуқсонлари (10,8 %) ва асфиксия оқибатлари (9,0 %) катта улушни эгаллайди. 1-3 ҳомиладорликда 70,43 %, 4 ёки ундан ортиқ ҳомиладорликдан 29,57 % чақалоқ туғилган. Янги туғилган чақалоқларнинг 46,95 % и оғир асфиксия билан туғилганлиги 1-жадвалда келтирилган.

Янги туғилган чақалоқларнинг вазни 900 гр.дан 4500 гр ва ундан юқори ўзгарган бўлади. чақалоқларнинг 59,6 % и ҳаётининг биринчи куни, 17,7 % и иккинчи кунидан нобуд бўлган. Янги туғилган чақалоқларнинг 5,3% олти кунгача яшаган. Нафас бузилиш синдромидан вафот этган янги туғилган чақалоқларнинг оғирлик кўрсаткичлари 2-жадвалда келтирилган.

**Эрта неонатал даврда нобуд бўлган чақалоқларда ўпка пневмопатияларининг учраш частотаси.** Аутопсиянинг умумий сонидан (379) 118 (31,1 %) ҳолатда пневмопатия аниқланди. Эрта неонатал даврда нобуд бўлган янги туғилган чақалоқларнинг ўпкаларини патологик ва

гистологик текширувлари асосида пневмопатия-ларнинг учраш частотаси билан фарқ қилувчи 4та шакли фарқланди: ўпканинг бирламчи ателектази (ЎБА) 181 (47,7 %) ҳолатда, эдематоз - геморрагик синдромда (ЭГС) – 74 (19,5 %) ҳолатда, аспирация синдромида (АС) – 34 (8,9 %) ҳолатда, гиалин мембранаси касаллиги (ГМК) – 28 (7,3 %) ҳолатда топилган.

### 1-жадвал

#### Янги туғилган чақалоқларнинг жинси, паритети ва гестацион ёши бўйича тақсимланиши

№	Учраш ҳолатлари	% да	Жинси		Паритет		Гестацион ёши				
			Ўғил	Қиз	1-3.	4>	ЧТ 1 дар	ЧТ 2 дар	ЧТ 3 дар	Етук туғилган.	Вақтидан ўтиб туғилган.
1	178	55,2	58	25	122	8	61,2±1,65	57±2,75	126±2,56	60±3,78	12±1,25
2	55	17,0	51	26	58	19	17±2,75	12±1,25	8±2,25	43±2,68	16±2,65
3	70	21,7	68	37	45	20	30±4,23	9,2±2,65	12±2,78	53±2,28	19±6,25
4	41	12,7	40	22	38	24	12±1,25	8,1±1,75	3±1,65	45±2,27	4±2,45
5	35	10,8	38	14	29	16	2,4±1,45	7,2±2,4	10±3,15	27±2,35	16±2,23
<b>Жами</b>	<b>379</b>	<b>100</b>	<b>255</b>	<b>124</b>	<b>292</b>	<b>87</b>	<b>126</b>	<b>93±2,65</b>	<b>159±2,25</b>	<b>228±2,30</b>	<b>67±3,26</b>

### 2-жадвал

#### Нафас бузилиш синдромидан вафот этган янги туғилган чақалоқларнинг оғирлик кўрсаткичлари (гр.да)

Янги туғилган чақалоқлар гуруҳи	ВПР	Чап ўпка оғирлиги	Ўнг ўпка оғирлиги	Тимуснинг оғирлиги	Чап буйрак усти безининг оғирлиги	Ўнг буйрак усти безининг оғирлиги
Етук туғилган	3283,3 ±117,2	7,89 ±3,3****	41,61 ±3,57	9,27 ±1,09	61 ±0,71**	4,71 ±0,71
Вақтидан ўтиб туғилган	3514,28± 118,97	39,15 ±4,18	40,92 ±3,65	79 ±0,85***	9,04 ±4,27	5,11 ±0,24*
Чала туғилиш 1дар.	2572 ±104,1	33,94 ±3,03	35,14 ±2,73	5,91 ±0,42	4,52 ±0,39	4,65 ±0,41
Чала туғилиш 2 дар.	1954,4 ±57,62	28,58 ±2,84**	30,37 ±3,01	6,32 ±0,68	4,18 ±0,32	4,39 ±0,35
Чала туғилиш 3 дар.	1520,38±53,54	26,51 ±2,27	36,9 ±7,98	6,0 ±0,62	3,09 ±0,24	3,3 ±0,32
Чала туғилиш 4 дар.	1176,53±41,61**	21,32 ±094***	23,5 ±1,1***	4,35 ±0,34	2,93 ±0,67	2,39 ±0,13*

Изоҳ: \* P <0,05; \*\* P <0,01; \*\*\* P <0,001; \*\*\*\* P <0,0001.

Янги туғилган чақалоқларнинг пневмопатияларидан нобуд бўлганлар орасида 226 (59,6 %) таси ўғил жинсли, 153 (40,3 %) таси қиз жинсли чақалоқлардан иборат. 217 (57,2 %) таси янги туғилган чақалоқ 1-3 ҳомиладорликдан, 100 (26,3%) таси 4-чи ва ундан кейинги ҳомиладорликлардан туғилган. Ҳомиладорлик ёши бўйича тахлил қилинганда олинган маълумотларга асосланадиган бўлсак, эрта даврда туғилган чақалоқлар учраш сони жиҳатидан устун келганлиги аниқланди – 126 (33,2 %) тани ташкил қилди, 1- ва 2-босқичнинг тўлиқ ва эрта туғилган чақалоқлар улуши деярли бир хил (18,9 %), яъни мос равишда 19,5 % ва 18 % ни ташкил қилди. Янги туғилган чақалоқларнинг ярмидан кўпи ҳаётнинг биринчи кунда нобуд бўлган – 181 (47,7 %), иккинчи кунда 59 (15,5 %) нобуд бўлган, 30 (7,9 %) нафар янги туғилган чақалоқ уч кун яшаган; 20 (5,2 %) нафари тўрт кун; 6 (1,5 %) нафари беш кун ва 21 (5,5 %) нафар янги туғилган чақалоқлар эса олти кун яшадилар. Туғилишдаги вазни <1000гр. гача ва > 3500 гр. гача. Бундан ташқари, 14,5 % ҳолларда болалар гипотрофик туғилишган. Апгар шкаласи бўйича янги туғилган чақалоқларни баҳолашда уларнинг 313 (82,5 %) нафари асфиксия) ва 56 (14,7 %) нафарида 1-босқич асфиксиясида туғилганлиги аниқланди. Ушбу ҳомиладорлик даврида 128 (33,7 %) онада экстрагенитал касалликлар (ЭГК) бўлган, улар орасида камқонлик устун бўлган – 45 (11,8 %) ҳолат, ЎРВИ – 25 (6,5 %) ҳолат, сурункали пиелонефрит – 15 (3,9 %) ҳолат.

Ўпканинг бирламчи ателектази пневмопатиялар умумий сонининг 181 (47,7 %) ҳолатини ташкил этди. Янги туғилган чақалоқнинг 98 (25,8 %) ни ўғил жинсли ва қиз жинсли – 83 (21,8 %) ни ташкил қилди. Ҳомиладорлик ёшига қараб, янги туғилган чақалоқлар 4 гуруҳга бўлинади: тўлиқ муддатли - <15%; муддатидан олдин 1 - 16%; муддатидан олдин 2 - 23,2%; чуқур эрта 3-4 даража - 45,8%).

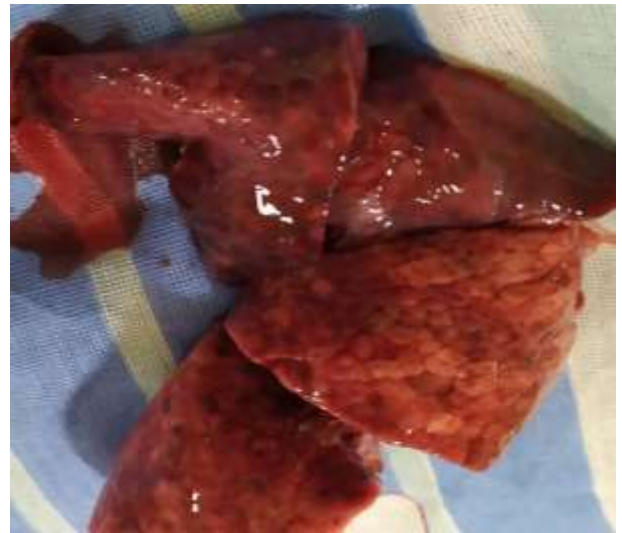
Пневмопатиялардан нобуд бўлган 317 (83,6 %) янги туғилган чақалоқларнинг 181 та ҳолатида ўпканинг ателектази аниқланди, бу 57,0% ни ташкил қилади. Перинатал даврда нобуд бўлган янги туғилган 32 ҳафталик чақалоқнинг аутопсиясида ўпка тўқимаси макроскопик текширилганда ўпка тўқимаси, юзасида қовурғаларнинг ботиб кирган соялари аниқланади (1-2 расмларга қаранг).

Олинган ўпка тўқимаси микроскоп ёрдамида текширилганда нафас йўллари паренхимаси (ателектаз), дистелектаз ўчоқлари қисман тўғрилланган алвеоляр йўллар, худди ёриққа ўхшайди (3-4 расмларга қаранг).

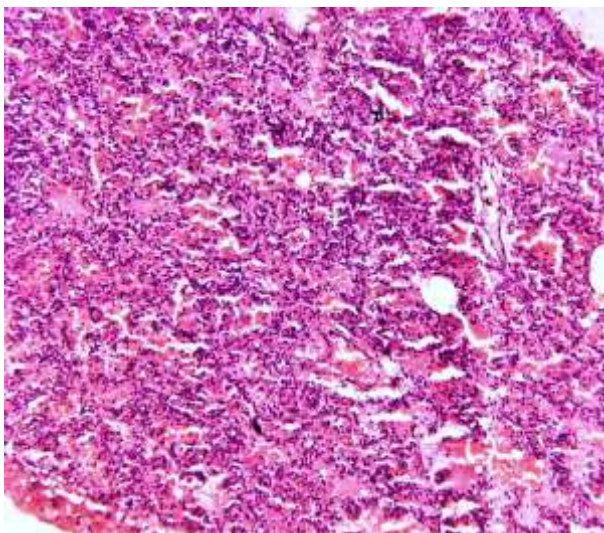
Перинатал даврда нобуд бўлган чақалоқларнинг аксариятида ички аъзоларида, суяқ қон томирларда ва юракда, сероз пардаларда қон кетишлар, ички аъзоларда ўткир веноз тўлақонлик, мия ва мия пардаларининг шиши, гипоксия билан боғлиқ дистрофик ўзгаришлар мавжудлиги аниқланди.



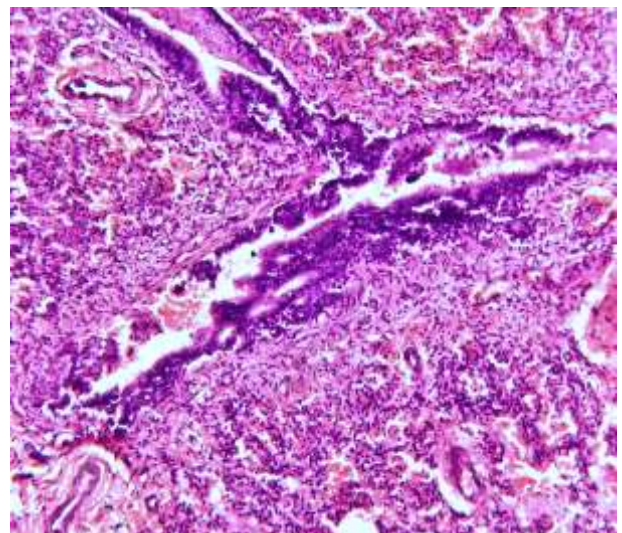
**1-расм. Ўпка ўқимасининг макроскопик кўриниши**



**2-расм. 34 хафталик чақалоқнинг ўпка тўқимаси макроскопик кўрилганда, жуда кўплаган сегментларни яллиғланиши. Полисегментар бронхопневмония эканлиги аниқланди**



**3-расм. Хали шакланмаган ўпка тўқимаси, бирламчи ўпка ателектази. Алвеоляр деворлар қалинлашган (1). Алвеоляр бўшлиқларда гомоген оқсил структуралари аниқланади (2). Бўёқ Г-Э. 10x10.**



**4-расм. 34 хафталик чақалоқнинг ўпка тўқимаси микроскоп ёрдамида текширилганда бирламчи ўпка ателектази. Бронх деворлари тўлиқ очилмаган(1). Шиллик қават юзаларида гомоген оқсил структуралари аниқланади(2). Баъзи бир юзаларида бронх шиллик қаватининг ўчоқли десквамацияси аниқланади(3). Бўёқ Г-Э. 40x10.**

Ўлик туғилган чақалоқларда чала туғулганлик даражаларига қараб гуруҳларга тақсимланиб ўрганилганда: биринчи даражали чала туғулганлик биринчи гуруҳда 27 тўлиқ туғилган чақалоқ (15 %) бўлган, улардан 23 нафари 1-3 ҳомиладорликдан, 4 нафари 4 ва ундан юқори ҳомиладорликдан туғилган. 13 янги туғилган чақалоқ ҳаётнинг биринчи кунидан нобуд бўлди, 4

- иккинчи куни, 7 - 3 - кун ва ҳар бири биттадан - ҳаётнинг 4 - ва 6 - кунларида. 15 та ҳолатда оналарда экстрагенитал касалликлар кузатилган (сурункали пиелонефрит, ЎРВИ, анемия). Барча янги туғилган чақалоқлар асфиксияда туғилган, бундан ташқари, 1-босқичда – 6, 2-босқичда – 9 ва 3-босқичда – 12. Ҳомиладорлик ва туғруқ пайтида ҳомиланинг сурункали гипоксияси каби асоратлар кузатилди, гестоз, хомиланинг бўйнидаги киндик тизимчасининг қаттиқ чигаллашиши, узоқ сувсиз давр, туғилишнинг бирламчи заифлиги, болалар гипотрофик туғилишган;

иккинчи даражали чала туғулганлик иккинчи гуруҳда 29 та янги туғилган чақалоқ бор эди, улардан 23 таси 1-3 ҳомиладорликдан, 6 таси кўп ҳомиладорликдан туғилган. Ҳаётнинг биринчи кунида 18 нафар чақалоқ нобуд бўлди, иккинчи куни - 8, 4-6 кунларда 4 та янги туғилган чақалоқлар нобуд бўлди. 1 ҳолатда оналарда экстрагенитал касалликлар (сурункали пиелонефрит -2, ЎРВИ-2, диабет-2, анемия-2, семириш-1, сурункали тонзиллит-1) бўлган. 4 ҳолатда янги туғилган чақалоқлар 1 даражали асфиксия билан, 13 ҳолатда - 2 даража, 12 ҳолатда - 3 даража туғилди;

учинчи даражали чала туғулганлик учунчи гуруҳда 42 янги туғилган чақалоқдан 30 нафари 1-3 ҳомиладорликдан, 12 нафари 4 ва ундан ортиқ ҳомиладорликдан туғилган. Ҳаётнинг биринчи кунида 21 чақалоқ, 2-3 кунида - 11, 4-6 кунида - 10 та янги туғилган чақалоқ нобуд бўлди. 19 (5,0 %) та ҳолатда онанинг экстрагенитал касалликлари қайд этилди: сурункали пиелонефрит (3 (0,7 %)), ЎРВИ (2 (0,5 %)), диабет (1 (0,2 %)), анемия (5 (1,3 %)), колпит (2 (0,5 %)). Ҳомиладорлик ва туғруқ пайтида плацента ажралиши (13 (3,4 %)), хомиланинг сурункали ички гипоксияси (4 (1,0 %)), сувсиз муддат узайиши (4 (1,0 %)), гестоз (3 (0,7 %)), ишчи кучларининг бирламчи кучсизлиги (1 (0,2 %)), ҳомила бўйни атрофидаги киндик тизимчасининг қаттиқ чигаллашиши (1 (0,2 %)). Янги туғилган чақалоқларнинг аксарияти 21 (5,5 %) нафари 2-даражали асфиксияда, 15 (3,9 %) нафари 3-даражали асфиксияда, 6 (1,5 %) нафари 1-даражали асфиксияда туғилган;

тўртинчи даражали 4-гуруҳда 83(21,8%) нафари янги туғилган чақалоқ бўлган, яъни ўпканинг бирламчи ателектази асосан чуқур эрта туғилган чақалоқларда кузатилган. Уларнинг 63(16,6%) нафари ҳаётнинг биринчи кунида, 10(2,6%) нафари 2-3-кунида, 10(2,6%) нафари ҳаётининг 4-6 кунида нобуд бўлди. Уларнинг барчаси асфиксияда туғилган. Ушбу гуруҳда онанинг экстрагенитал касалликлари кўпроқ учраган.

Шундай қилиб, анемия (11 (2,9 %)), сурункали пиелонефрит (7 (1,8 %)), ЎРВИ (7 (1,8 %)) кўпинча кузатилган. Бошқа гуруҳлар билан таққослаганда ҳомиладорлик ва туғруқнинг асоратлари кўпинча кузатилган касалликлардан: сурункали ҳомила ичи гипоксияси (7 (1,9 %)), плацента ажралиши (14 (3,6 %)), гестоз (12 (3,1 %)), ҳомила бўйни атрофидаги киндик тизимчасининг ўралиши (3 (0,7 %)). 7 ҳолатда болалар жарроҳлик йўли билан туғилишган, 2 (0,5 %) ҳолатда - вазни 1 000 гр дан кам бўлганлар.



**Янги туғилган чақалоқларда хомила ичи зотилжамининг ривожланиши.** Нафас бузилиш синдроми сабаблари орасида янги туғилган чақалоқларнинг хомила ичи зотилжами 97 (25,5%) ҳолатни ташкил этди. Ушбу гуруҳда янги туғилган ўғил жиссли чақалоқлар - 56 (14,7%) ҳолатда, қиз жинсли чақалоқлар – 41 (10,8 %) нафар чақалоқлар ташкил қилишди. Чақалоқларнинг ҳаётнинг биринчи кунда 39 (10,2 %) та янги туғилган чақалоқ, иккинчи кунда 25 (6,5 %) та, учинчи кунда 9 (2,3 %) та, тўртинчи кунда 7 (1,8 %) та, бешинчи ва олтинчи кунларида навбати билан 8 (2,1 %) ва 9 (2,3 %) та чақалоқлар нобуд бўлганлиги аниқланди. Паритет бўйича тақсимланганда, кўпчилик 1-3 хомиладорликдан туғилган чақалоқлар - 62 (16,3 %) та, 4 ва ундан ортиқ хомиладорликдан туғилган чақалоқлар 35 (9,2 %) та бўлганлиги аниқланди. Хомиладорлик ёшига кўра муддатига етиб туғилган янги туғилган чақалоқлар -43 (11,3 %) тани ташкил қилди. Частота бўйича 1-даражали эрта туғилган чақалоқлар 18 (4,7 %) тани, муддатидан ўтиб туғилган чақалоқлар – 16 (4,2 %) тани, муддатидан олдин туғилган чақалоқлар 12 (3,1 %) та ва 3 ва 4-даражали чуқур етилмаганлик белгилари билан мос равишда (4,1 %) туғилган. 80 (21,1 %) та янги туғилган чақалоқ асфиксия билан туғилиб, 17,5 % ҳаётнинг биринчи кунда, 12,3 % иккинчи кун нобуд бўлган. Янги туғилган чақалоқларнинг 45,5 % енгил асфиксия ва 3 даражали 29 % асфиксия билан туғилишган. Туғилишнинг вазни жиҳатдан <1000 гр дан 4500 гр. гача бўлган, аммо улар орасида асосан 2500 гр.дан 4000 гр.гача бўлган. Гипотрофия ҳолатида 25 (6,5 %) та янги туғилган чақалоқ туғилди. Экстрагенитал касалликлар 70 (18,4 %) нафарида кузатилган. Энг тез-тез учрайдиган анемия (20,4 %) ва ЎРВИ (18,5 %), 9 (2,3 %) та ҳолатда оналар сурункали пиелонефрит билан оғриган, 6 (1,5 %) та ҳолатда колпит, 26 (6,8 %) та ҳолатда акушерлик анамнезида аниқланган.

Хомиладорлик ва туғиш пайтида оналарда 79 (20,8 %) ҳолатда асоратлар ривожланган. Хомиладорликнинг асоратлари орасида сурункали хомила ичи гипоксияси, узоқ муддатли сувсиз давр ва гестоз тез-тез учраган.

Хомила ичи зотилжамининг 37 % этиологиясини ўрганиш ижобий натижа берди. Қўзғатувчилар орасида граммулбат бактериялар, сўнгра ЎРВИ вируслари, аралаш инфекциялар, патоген бактериал флора устунлиги аниқланди.

Морфологик жиҳатдан хомила ичи зотилжами асосан икки томонлама умумий ёки бирлашган зотилжам шаклида юзага келган, кам ҳолларда улар бир томонлама бўлган. Ўпкалар морфологик текшириб кўрилганда катта, оғир, зич ва тўқ қизил-қизил рангда эканлиги аниқланди. Туғруқ пайтида янги туғилган чақалоқларда хомила ичи гипоксия ёки асфиксия бўлган ҳолатларда плеврада пунктат қон кетиш кузатилди. Микроскопик усулда - ўпка паренхимасида қон томирлари тикилиши, интерстициал шиш, сероз-йирингли экссудат, алвеолаларда алвеоляр эпителийнинг дескуамацияси аниқланган.

Вирусли зотилжам ҳолатларида массив қон кетиш, интерстициал яллиғланиш, алвеоляр ва бронхиал эпителийнинг дескуамацияси кузатилди. Бошқа органларда веноз қон куйилиш ва дистрофик ўзгаришлар аниқланди.

Шундай қилиб, хомила ичи зотилжами билан янги туғилган чақалоқларда нафас бузилиш синдроми сабаблари орасида учинчи ўринда туради. Хомила ичи зотилжам ривожланишининг хавф омиллари ўғил жинси, 1-3 ҳомиладорликдан туғилиши, эрта туғилиш, ҳомиланинг ички гипоксияси, узоқ сувсиз давр, ҳомиладорлик пайтида эса онада камқонлик ва ЎРВИ ҳисобланади. Хомила ичи зотилжами этиологиясида етакчи ўринни граммусбат бактериялар, ЎРВИ вируслари, аралаш инфекция эгаллайди. Энг катта ўлим ҳаётнинг 1-2 кунда кузатилади.

Диссертациянинг «**Янги туғилган чақалоқларда перинатал даврдаги энг муҳим юқумли ва юқумли бўлмаган касалликларнинг патологик анатомияси**» деб номланган тўртинчи бобида Перинатал даврдаги нобуд бўлган чақалоқларнинг ўлим сабаблари, юқумли ва юқумли бўлмаган касалликлар патологик анатомияси тақдим этилган.

**Перинатал даврдаги энг муҳим юқумли бўлмаган касалликларнинг патологик анатомияси.** Хомиланинг ва янги туғилган чақалоқнинг гемолитик касаллиги кўпинча Rh омилидаги ёки АБО тизимидаги зиддият натижасида ривожланади. Патологик анатомияда унинг клиник ва морфологик шаклига боғлиқ. Тадқиқотимизда биз барча шакллари учратдик, яъни: шиш, сариқлик ва амниотик:

шишган шакл энг оғир бўлиб, анасарка ва бўшлиқлар, терининг хира ва шаффофлиги, гепатоспленомегалия билан тавсифланади. Ўлим одатда антенатал равишда ёки янги туғилган чақалоқнинг ҳаётининг биринчи соатларида содир бўлган. Хомила ичи ўлими билан амниотик суюқлик таъсирида тўқималарнинг мацерацияси ёки тўқималарнинг юмшаб қолиши билан содир бўлади. Жигар сезиларли даражада катталашган, талоқнинг вазни 50-60 г гача етган бўлади. Тимус атрофияланган, миокардиял шиш туфайли юрак катталашган, трансудат ёрдамида сиқилганлиги сабабли ўпканинг хажми кичрайган бўлади. Гистологик текширувда жигарда, талоқда, лимфа тугунларида, буйракда, тимусда экстрамедуляр гемотопоз (эритробластоз) ўчоқлари аниқланди. Жигар, буйрак усти безлари ва миёда дистрофик ва некробиотик ўзгаришлар қайд этилган. Тўлиқ муддатдаги ҳомиланинг буйракларида эмбрионал гломерулаларнинг кенг зонаси шаклида етуклик белгилари кузатилди. Гемосидероз аниқланмайди;

гемолитик касалликнинг сариқлик шакли тери, склера ва кўринадиган шиллиқ қаватларнинг беқарорлиги билан характерланади. Сариқликнинг икки тури мавжуд: туғма ва туғруқдан кейинги. Морфологик ўзгаришлар таъсир этиш вақтига, яъни билирубиннинг таъсир этиш вақтига боғлиқ бўлади. Юқори даражали билирубинда энцефалопатия кузатилади. Бош суягининг аутопсиясида миёя шиши топилган, субкортикал ядролар сариқ рангли бўлиб, ядро сариқлиги деб белгиланган. Жигар ва талоқ катталашган,

лекин эдематоз шаклда бир хил даражада эмас, зич консистенцияли ва кесмада жигар ранг-қизил рангга эга бўлади. Мияни микроскопик текшириш субкортикал ядроларнинг ганглион хужайралари дистрофияси ва некрозини, нейронларнинг дистрофиясини кузатиш мумкин. Жигарда-эритробластоз, гемосидероз ва холестаза, талокда тўлақонлик, гемосидероз, эритробластоз аниқланди, лекин кам даражада. Буйракларда камдан-кам ҳолларда билирубин инфарктлари папиллалар аниқланди, пирамидалар, микросиркулятор пролиферация, шиллиқ шиш ва баъзан эндотелиял децкуаматион аниқланди. Тимусда 2-3-даражали тасодифий инволюсияси намунаси кузатилди.

Янги туғилган чақалоқларнинг геморрагик касаллиги туғилгандан кейинги дастлабки кунларда янги туғилган чақалоқларда учрайдиган ички ва ташқи қон кетиши билан характерланадиган клиник ва анатомик синдром хисобланиб, микроскопик жиҳатдан қон кетишлар бириктирувчи тўқима ва плевра соҳасида аниқланади. Жигарда геморрагия субкапсулар гематомаси шаклида бўлади. Баъзи ҳолларда гематомалар катта бўлиб, қон кетиши билан жигар капсуласининг қорин бўшлиғига ёрилиши кузатилади. Геморрагия пўстлоқ қисмидаги буйрак усти гематомаларида ва буйракнинг пирамидаларида, ошқозон-ичак йўлининг шиллиқ қаватида катта ёки диапедетик қон кетиш шаклида қайд этилади.

Миянинг ёнбош қоринчаларидаги геморрагиялар мустақил нозологик бирлик сифатида ажралиб туради. Одатда улар асфиксия ёки туғилиш травмаси билан туғилган чақалоқларда кузатилади. Патологоанатомик текширув давомида қоринчаларда икки томонлама қон кетишлар кузатилади, ички аъзоларда асфиксияга хос ўзгаришлар - қоннинг ўткир тўлиши, сероз пардаларда диапедетик қон кетиши, юрак ва катта томирларда қоннинг суюк ҳолати кузатилди.

Диабетик фетопатия қандли диабет билан оғриган ёки ҳомиладорлик даврида гипергликемия ҳолатида бўлган оналардан туғилган чақалоқларда ривожланади. Макроскопик характеристикада туғилган чақалоқ ҳомиладорлик муддатига тўғри келмайди. Патологоанатомик текширувда ички аъзоларда асосан гепато-кардио ва спленомегалия кузатилади. Микроскопик кўрилганда эса гепатоцитларнинг ёғли дистрофияси, жигарда эритробластоз ўчоқлари, ошқозон ости беши лангенгарс оролчаларининг гиперплазияси аниқланади. Ўпкада липид алмашинувининг бузилиши натижасида гиалин мембрана пайдо бўлди.

**Перинатал даврдаги юқумли бўлган касалликларнинг патологик анатомияси.** Перинатал сепсис, яъни перинатал даврда ривожланаётган сепсис бу даврнинг оғир патологияларидан биридир. Тадқиқотларимизда бу касаллик ўлик туғилган ва янги туғилган чақалоқларда аниқланган. Бачадон ичи сепсисидан ўлган чақалоқларнинг аутопсиесида одатда етилмаганлик, хаётий муҳим белгиларнинг йўқлиги, ҳомила гипотрофияси, терининг ва кўринадиган шиллиқ қаватларида сарғайиши каби белгилари аниқланади.

Ичак парези ва гепатомегалия тез-тез аниқланади. Микроскопик текширилганда юрак, жигар ва буйракларда грануломатоз яллиғланиш кузатилади. Тимусда атрофик ўзгариш, хужайралар алохида бўлиши, талок ва лимфа тугунларида атрофия кузатилади. Буйракда дистрофия, некротик ва шилинган каби белгилар кўринади.

Янги туғилган чақалоқларда инфекцияларнинг кириш дарвозаси ва септик маркази киндик ҳалқаси, ўпка ва ошқозон-ичак тракти бўлади. Камдан-кам ҳолларда ятроген патология сифатида киндик венасининг йирингли тромбофлебитларида катетеризация қилиш вақтида янги туғилган чақалоқларда кузатилган бўлиб, бунга асосий сабаб кириш дарвозаси ва септик марказдир. Янги туғилган чақалоқларда септицемия камроқ септикопемия бўлиши эҳтимоли кўп.

Киндик сепсисида септик ўчоқ киндик қолдиғининг серроз-йирингли яллиғланиши (артерит ёки киндик томири флебит билан омфалит) билан характерланади. Киндик чуқурчаси гиперемик, эдематоз, йирингли қобик билан қопланган, баъзан жараён атрофдаги юмшоқ тўқималарга ўтганда ва флегмона ривожланганда ўзгариш юз беради. Киндик тизимчасининг қолдиғини босганда ёки кесганда йиринг ажралиб чиқади. Киндик сепсиси билан септикопемия кўпроқ, камроқ септицемия кузатилди. Ўпка сепсиси ўпкада абцес билан сероз-йирингли ёки йирингли пневмония шаклида септик ўзгариш мавжудлиги билан характерланади. Ичак сепсисида ўткир гастроэнтероколит билан характерланади.

Кириш дарвозаси ва септик ўчоқ жойлашишидан қатъий назар, септицемия тери ва кўзга кўринадиган шиллиқ пардаларнинг сариқлиги, уларнинг пастлиги, ошқозон - ичак тракти, сийдик йўллари, сероз пардалар, ўпка, тимус шиллиқ пардаларида ва камроқ-буйрак усти безларида турли хил геморрагиялар билан намоён бўлади. Паренхиматоз аъзоларда-жигар, буйрак, миокард ва ўпкада, ёғ-оқсил дистрофияларининг яллиғланиш инфилтрацияси гепатоцитлар, кардиомиоцитлар ва буйрак каналчалари эпителийсида аниқланади. Лимфоид аъзоларда миелоид инфилтрация ва оқ целлулозаниннг атрофияси кузатилади, тимусда инфекция ва атрофия сурати аниқланади. Вояга етмаганлиги сабабли эрта туғилган янги туғилган чақалоқларнинг аксарияти ДВС синдромини туғилиши мумкин. Кейинги ва оғир босқич бўлган септикопемия билан турли органларда йирингли метастатик ўчоқлар кузатилади - ўпкада, буйракда, жигарда, йирингли менингит ёки менинго-энцефалит. Паренхимал органларда дистрофик ва некротик ўзгаришлар кўпроқ сезилади.

Ҳомиладор ва янги туғилган чақалоқларда ўткир респираторли вирусли инфекция хомила ичи инфекцияси сифатида юзага келади. Ташхис сифатида нафас йўлларида аниқланган микроскопик ва макроскопик текширувидан сўнг кўпинча аутопсияда аниқ аниқланди. Макроскопик ва микроскопик текширувида одатда пневмония аниқланади, камдан-кам ҳолларда ўпкада

ўзгаришлар кузатилмайди. Барча органлар қонга тўлганлигини кўриш мумкин.

Макроскопик усулда трахея ва йирик бронхлар шиллиқ қавати ўзгармаган ёки бироз гиперемик бўлиши, висцерал плеврада майда қон кетишлар қайд этилади. Ўпкада қуюқ қизил рангли майда, зич, кесилган жойдан қон аралаш кўпикли суюқлик юзадан пастга оқиб тушиши кузатилади. Микроскопик тарзда аниқ қон айланишининг бузилиши фонида пневмония ўчоқлари билан алмашинадиган ателектаз ва дителектаз ўчоқлари, моноклияр инфилтрация билан шишган ҳолат кузатилди. Яллиғланиш ўчоқларида алвеолалар таркибига лейкоцитлар, эритроцитлар иборат сероз-геморрагик экссудат борлиги аниқланади.

Бронхларда устунли эпителиядаги дистрофик ва гипертрофик ўзгаришлар кузатилади. Юрак миокардида, жигар ва буйракларда дистрофик ўзгаришлар, буйрак тубулалари эпителийсининг дистрофик ўзгаришлари кузатилади. Мияда шиш, капилярларда турғунлик аниқланади.

Инфекция билан янги туғилган чақалоқларда ўткир гастроэнтеро-колит аниқланади. Аутопсия экзикоз, ичак парезлари аниқланади. Кўпинча ўткир гастроэнтероколит кузатилади. Ошқозон ва ичакнинг шиллиқ пардаси гиперемик шишган, юза қатламларида қон кетиши ва некроз билан чегараланган бўлади, айрим ҳолларда эрозия аниқланади. Бошқа паренхиматоз органларда (юрак, жигар, буйраклар) токсик дистрофия аниқланади.

Шундай қилиб, перинатал даврда юқумли ва юқумсиз касалликлар мавжуд, фақат юқорида келтирилган 4-бобда айтиб ўтилганлар бундан мустасно, улар ушбу даврнинг бошқа патологик ҳолатлари фонида перинатал ўлимнинг асосий сабаби бўлиши мумкин.

## ХУЛОСАЛАР

«Хоразм вилоятида перинатал ўлимнинг сабаблари ва патологик анатомияси» мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Хоразм вилоятида перинатал ўлимга олиб келувчи сабабларини аутопсиялар бўйича ўрганилганда, нафас бузилиш синдроми, пневмопатия, пневмония, бронхопневмония, чақалоқлар туғма инфекцияси, асфиксия каби касалликлар аниқланди.

2. Хоразм вилоятида перинатал ўлимга олиб келувчи нафас бузилиш синдромининг учраши 59,6%ни ташкил этди. Нафас бузилиш синдромининг ўғил болаларда, шунингдек, 1-3-хониладорликдан ҳамда эрта даврда туғилган чақалоқларда учраш сони жихатидан устун келганлиги аниқланди.

3. Пневмопатия билан туғилган чақалоқларнинг ўпка тўқимасининг патоморфологик текширувида пневмопатия ўпканинг 1/2 ва 2/3 қисмини эгаллагани ҳамда ўпка тўқималари макроскопик текширилганда қирралари

ўткир, яссиланган, пушти-қизил ранг майда ўчоқлари билан юмшоқ консистенцияли эканлиги аниқланди.

4. Микроскопик текширилганда, ўпкада ателектаз ва дистелектаз ўчоқлари қисман тўғриланган алвеоляр йўллар ёриққа ўхшаганлиги, бошқа ички аъзоларда ўткир веноз тўлаконлик, гипоксия билан боғлиқ дистрофик ўзгаришлар мажудлиги аниқланди.

5. Перинатал даврда нобуд бўлган чақалоқларда пневмопатияларнинг сабаблари ўрганилганда, оналар экстрагенитал касалликлари (сурункали пиелонефрит, ЎРВИ, йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши, хомила киндигининг бўйинга ўралиши, гестоз), тўрт ва ундан юқори хомиладорликлари каби прогностик мезонлари аниқланди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03  
ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ  
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

---

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**КАРИМОВ РАСУЛБЕК ХАСАНОВИЧ**

**ПРИЧИНЫ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ  
СМЕРТИ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ**

**14.00.15 – Патологическая анатомия**

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

**ТАШКЕНТ – 2022**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № B2019.2.PhD/Tib992.**

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

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

**Научный руководитель:** **Турсунов Хасан Зияевич**  
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты:** **Мавлян-Ходжаев Равшан Шухратович**  
доктор медицинских наук

**Дауреханов Асатой Маметович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:** **Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Защита диссертации состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в \_\_\_\_\_ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 при Ташкентской медицинской академии (Адрес: 100109, г.Ташкент, ул. Фаробий, дом 2. Зал заседаний 4-этаж, 1-го учебного корпуса Ташкентской медицинской академии. Тел./факс: (+99878) 150-78-25; e-mail: [tta2005@mail.ru](mailto:tta2005@mail.ru)).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентской медицинской академии (зарегистрирована за № \_\_\_\_). (Адрес: 100109, г.Ташкент, ул. Фаробий, дом 2. Ташкентская медицинская академия, 2-учебный корпус «Б» крыло, 1 этаж, 7 кабинет. Тел / факс: (+99878) 150-78-14).

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(реестр протокола рассылки № \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

**Г.И.Шайхова**

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

**Д.Ш.Алимухамедов**

Учёный секретарь Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук

**А.Б.Саидов**

Председатель научного семинара при Научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, доцент



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

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** В мире перинатальная смертность младенцев является одной из самых распространенных проблем. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире ежегодно умирают 8,1 миллиона младенцев, треть из них приходится на перинатальный период и ожидается, что эта цифра будет удваиваться каждые десять лет. Мировые ученые «... объясняют рост перинатальной смертности в последние годы, несмотря на развитие акушерства, неонатологии и интенсивной терапии, высокой рождаемостью при рождении чрезвычайно легких и маловесных детей ...»<sup>1</sup>. Поэтому совершенствование порядка диагностики и лечения, направленные на ликвидацию случаев перинатальной смертности – одна из актуальных проблем современной медицины.

Во всем мире проводится ряд целевых исследований, направленных на совершенствование ранней диагностики патологических признаков перинатальной смерти, вызванной различными факторами. Особое значение в этом отношении имеют научные исследования причин перинатальной смертности младенцев по возрасту, полу, распространенности перинатальной смертности, макроскопических и микроскопических изменениях в органах и тканях при перинатальной смертности, совершенствовании систем лечения для предотвращения перинатальной смертности.

В нашей стране принимаются комплексные меры по развитию и приведению системы здравоохранения в соответствие с мировыми стандартами, оказанию высококачественной медицинской помощи населению, включая мероприятия направленные на повышение качества ранней диагностики, лечения и профилактики перинатальной смертности. В этой связи, в соответствии с пятью приоритетными направлениями развития Республики Узбекистан на 2017–2021 годы, намечены такие задачи, как «... повышение удобства и качества специализированных медицинских услуг, дальнейшая реформа скорой помощи, профилактика инвалидности ...»<sup>2</sup>. Исходя из перечисленного, в частности, совершенствование лечения и профилактики заболевания путем обоснования патоморфологических особенностей легочной ткани детей раннего возраста, рожденных с респираторным дистресс-синдромом, имеет важную научную и практическую роль.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 7 февраля 2017 года, № УП-5590 «О

---

<sup>1</sup> Малышкина А.И., Филькина О.М., Пескин О.Н., Назаров С.Б., Долотова Н.В. Региональная модель катамнестического наблюдения на 1-м году жизни детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении // ФГБУ, Ивановский научно-исследовательский институт Материнства и детства им. В.Н.Городкова / Минздрав России, 153045, г. Иванова, Россия. Коллектив авторов, 2014. – С. 53–56.

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон “Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Харакатлар стратегияси тўғрисида”ги Фармони.

комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, в Постановлениях Президента Республики Узбекистан № ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017–2021 годы» от 20 июня 2017 года, а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данном направлении деятельности.

**Соответствие исследования приоритетам развития науки и технологий республики.** Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий Республики Узбекистан: VI. «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Сегодня многие эксперты утверждают, что причины перинатальной смертности больше связаны с преждевременными родами, врожденными дефектами, асфиксией и инфекционными заболеваниями (UNICEF, 2016). По данным комплексного исследования, проведенного в Республике Казахстан в 2009–2015 годах, преобладание респираторных заболеваний, вызванных перинатальной смертью, в том числе внутриутробной асфиксии 28,3%, пневмопатии 18,94%, интранатальной асфиксии 16,44%, врожденных пневмония 13,69% и врожденных пороков развития пороки развития 10,59% (Исаев Д.С., 2014). С.В.Дульченко (2019) и А.Н.Шмагин (2020) определили важность социально-гигиенических, медико-организационных факторов в перинатальной смерти. Показатели перинатальной смертности различаются в разных регионах, так в Российской Федерации этот показатель составлял 15,03% (Курцера М.А., 2013), в то время как при проведении исследований в Болгарии в 2001–2012 гг. этот показатель составил от 10,8% до 12,9% (Касимова Д.А., Хакимова Д.С., 2012).

В нашей стране проведен ряд научно-исследовательских работ по выявлению и профилактике причин перинатальной смертности (Абдуллаходжаева М.С., Исраилов Р.И., 1994, 1995; Турсунов Х.З., 2005). По данным Д.А.Асадова (2016), частота перинатальной смертности в республике колеблется от 18,6% до 24,8%. Также исследование, проведенное Д.Д.Курбановым (2013) в Республике Каракалпакстан, показало, что этот показатель составляет 24,9%. Ф.Г.Назирова (2014) обнаружил, что исследования были сосредоточены на роли перинатальных центров в реанимации, акушерстве, послеродовой, неонатальной, детской патологии и женских консультационных центрах в снижении перинатальной смертности. На сегодняшний день проведено недостаточно работы по изучению происхождения перинатальной смерти, ее характеристик, влияющих на нее факторов риска, динамики и структуры причин смерти, а также эффективности организационно-методических мероприятий по снижению перинатальной смертности в Хорезмской области.

Необходимо отметить, что основная часть исследовательской работы посвящена изучению медико-социальных причин и роли факторов риска в развитии неонатальной смертности. В связи с этим, на сегодняшний день

возникла необходимость изучения у новорожденных, то есть рожденных от 22 до 37 недель беременности, проживших 0–7 дней, пола, веса, роста, антропометрических измерений, наблюдаемых макро- и микроскопических изменений внутренних органов умерших младенцев, нозологически выявленные заболевания, определение сроков незрелости.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнения диссертация.** Исследование диссертации выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Ташкентской медицинской академии № 011800232 на тему «Причины и патологическая анатомия перинатальной смерти в Хорезмской области» (2019–2022).

**Цель исследования** раскрытие факторов риска, патологической анатомии и морфофункциональных особенностей заболеваний, являющихся причиной смерти в перинатальном периоде в Хорезмской области.

**Задачи исследования:**

изучить причины перинатальной смерти в Хорезмской области путем вскрытия трупа;

определить частоту респираторного дистресс-синдрома, приводящего к перинатальной смерти в Хорезмской области;

выявить патологические изменения развития пневмопатии у младенцев, умерших в раннем неонатальном периоде;

выявить и оценить патоморфологические изменения при запущенной пневмопатии у младенцев, умерших в раннем неонатальном периоде;

уточнить прогностические критерии респираторного дистресс-синдрома путем изучения причин пневмопатий, выявленных у младенцев, умерших в перинатальном периоде.

**Объектом исследования** явились ретроспективные результаты гистологических исследований аутопсийных материалов трупов 379 новорожденных, умерших в перинатальном периоде за период 2016–2019 гг. отделения педиатрии бюро патологической анатомии Хорезмской области.

**Предметом исследования** взяты материалы о причинах перинатальной смерти, факторах риска, оценке зависимости от параметров гемостаза.

**Методы исследования.** В исследовании использованы клинико-анамнестический анализ, макроскопические, микроскопические и статистические методы исследований.

**Научная новизна исследования:**

впервые установлено, что причины перинатальной смертности в регионах Хорезмской области составили респираторный дистресс-синдром, асфиксия, пневмония, пневмопатия, бронхопневмония, внутриутробные инфекции, при оценке по шкале Апгар обоснована связь родов с тяжелой асфиксией с преждевременными родами в возрасте 22–28 недель, в основном с точки зрения зрелости;

обосновано, что факторы риска перинатальной смерти, включая экстрагенитальные заболевания матери, частые беременности и роды, преэклампсию, дефицит околоплодных вод, хроническую гипоксию плода,

преждевременную отслойку плаценты, гестоз, ущемление пуповины, морфологически определяются наличием первичного ателектаза легкого;

доказана корреляционная связь между патологоанатомическими особенностями легочных пневмопатологий и частотой встречаемости у младенцев, умерших в раннем неонатальном периоде;

доказано наличие морфологических изменений легочной ткани у младенцев, умерших в раннем неонатальном периоде, явных признаков пневмопатии, с локализованными морфологическими признаками пневмопатии в одной или нескольких частях легкого, а иногда и полисегментарностью;

усовершенствованы критерии оценки развития осложнений заболеваний, выявляемых при перинатальной смертности.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

установлено, что в Хорезмской области причинами перинатальной смерти в районах являются респираторный дистресс-синдром, асфиксия, пневмония, пневмопатия, бронхопневмония, внутриутробные инфекции, а также морфологически оценены как факторы риска такие осложнения, как преэклампсия, дефицит околоплодных вод, хроническая внутриутробная гипоксия, отслойка плаценты, гестоз, защемление пуповины и первичный ателектаз легкого;

раскрыта корреляционная взаимосвязь патологоанатомических особенностей легочных пневмопатий у младенцев, умерших в раннем неонатальном периоде, с частотой встречаемости;

проведена макроскопическая и микроскопическая оценка морфологических изменений легочной ткани при пневмопатологии легких у младенцев, умерших в раннем неонатальном периоде;

уточнены усовершенствованные критерии развития осложнений при перинатальной смерти.

**Достоверность результатов исследования** подтверждена применением в работе теоретических методов и подходов, методологической точностью проведенных исследований, выбором достаточного количества материала, применением современных взаимодополняющих клинических, морфологических и статистических методов исследований, сопоставлений полученных данных с международным и отечественным опытом, подтверждением выводов и полученных результатов компетентными органами.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования заключается в изучении специфических морфологических и морфометрических показателей легких младенцев, умерших от респираторного дистресс-синдрома в перинатальном периоде, в анализе клинико-лабораторных данных младенцев, умерших от пневмопатии в перинатальном периоде, в изучении патоморфологических и морфометрических показателей дыхательной системы у младенцев, умерших от перинатальной асфиксии, в оценке основных факторов риска развития перинатальной смертности, в разработке алгоритмов оценки корреляционной

взаимосвязи между гемостатическими параметрами и морфологическими изменениями.

Практическая значимость результатов исследования заключается в оценке патогенетического значения пневмопатий у младенцев, умерших в перинатальном периоде, в возможности применения прогностических данных в различных областях науки, прикладной медицине и образовательном процессе, включая акушерство и гинекологию, патологическую анатомию, судебную медицину, в оценке роли и значения патоморфологических изменений в легочной ткани младенцев с перинатальной смертью, как основных факторов риска развития и критерия развития перинатальной смерти.

**Внедрение результатов исследований.** На основании полученных научных результатов по обоснованию патоморфологических особенностей перинатальной смерти:

разработана и утверждена методическая рекомендация «Методы клинического, морфологического исследования в определении причин перинатальной смерти» (справка № 8н-д/155 Министерства здравоохранения РУз от 6 мая 2021 г.). В результате это дало возможность провести раннюю диагностику таких заболеваний, как перинатальная смертность, респираторный дистресс-синдром, пневмония, пневмопатия у младенцев, а также организовать эффективную систему лечения этих заболеваний;

полученные научные результаты по обоснованию причин перинатальной смерти и патологической анатомии внедрены в практическое здравоохранение, в частности, в практику Бюро патологической анатомии Хорезмского области, клиники Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии (справка № 08-09/19669 Министерства здравоохранения РУз от 13 декабря 2021 года). В результате это дало возможность диагностировать на ранней стадии факторы риска развития респираторного дистресс-синдрома у детей раннего возраста с перинатальной смертью, своевременно оценить течение заболевания и риск осложнений, выбрать эффективные подходы к лечению и профилактике, улучшить качество жизни пациентов.

**Апробация результатов исследования.** Результаты исследования обсуждались на 9 научно-практических конференциях, в том числе, на 5 международных и 4 республиканских научно-практических конференциях.

**Опубликованность результатов исследования.** По теме диссертации всего опубликовано 15 научных работ, из них 5 статей в научных изданиях рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертации, в том числе, 4 в республиканских и 1 в зарубежных журналах.

**Структура и объем диссертации.** Содержание диссертации состоит из введения, четырех глав, заключения, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 111 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИСЕРТАЦИИ

**Во введении** обоснованы актуальность и востребованность проведенных исследований, сформулированы цель и задачи, объект и предмет исследования, указано соответствие данных исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, изложена научная новизна и практические результаты, обоснована достоверность полученных результатов и раскрыта их научно-практическая значимость, даны материалы по внедрению в практику результатов исследований, результаты апробации работ, даны сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации, озаглавленной **«Причины перинатальной смерти новорожденных, патологические интерпретации и современная интерпретация факторов риска»**, описана сущность проблемы перинатальной смерти, ее причины, патологические аспекты пневмопатии, проанализирована литература по факторам риска перинатальной смерти.

Вторая глава диссертации, озаглавленная **«Описание аутопсийных материалов и методов исследования перинатальной смерти новорожденных»**, описывает объект, предмет, материалы, методы и оценку. В основу исследования положены материалы аутопсии, проведенной в отделении детской патологии Хорезмского областного Центра патологической анатомии за период 2016–2019 гг. В перинатальном периоде в Хорезмских областных перинатальных центрах погибло 379 новорожденных, из которых 57 были мертворожденными, а 322 – младенцами, умершими в возрасте до 7 дней.

В зависимости от массы тела при рождении: от 71 (22,0%) до 500–999 г, 64 (19,8%) до 1000–1459 г, 61 (18,9%) до 1500–2000 г, от 57 (17,7%) до 2000–2500 г, от 41 (12,7%) до 2500–3000 г, от 18 (5,5%) до 3500–4000 г, 10 (4000 и выше) 3,1%).

Нозологически: респираторный дистресс-синдром 72 (22,3%), асфиксия 48 (14,9%), пневмония 55 (17,0%), пневмопатия 61 (18,9%), бронхопневмония 39 (12,1%), врожденные инфекции младенцев 47 (14,5%) у новорожденных выявлены нозологические заболевания.

При исследовании перинатальной смерти зарегистрированной по пересечению городов и районов, 52 (16,1%) случая в городе Ургенче, 29 (9,0%) в Ургенчском районе, 31 (9,6%) в Хиве, 36 (11,1%) в Хазараспском районе, 9 (2,7%) в районе Питнак, 18 (5,5%) в Ханкайском районе, 13 (4,0%) в Багатском районе, 23 (7,1%) в Янгиарикском районе, 30 (9,3%) в Янгибазарском районе, Гурлан 22 (6,8%), 30 (9,3%) в Шовотском районе и 28 (8,6%) случаев в Кушкупирском районе и общее число 322 (100%) случая соответственно, а также 1 (0,3%) ребенок родился дома.

Патологическое исследование материалов исследования проводилось с полным разделением органов по методу Шора.

При гистологическом исследовании исследуемых материалов в тот же день на ткани делали разрезы. Обработка материалов проводилась в

соответствии с рекомендациями по унификации методов биопсии и гистологического исследования хирургических материалов. Материал фиксировали в фосфатном буфере (рН = 7,4) в 10% нейтральном формалине в течение не менее 24 часов. После обезвоживания в возрастающих спиртах материал парафинируется. Надрезы толщиной 4-5 мкм готовили из парафиновых блоков, окрашивали гематоксилин-эозином и проводили микроскопические исследования под микроскопом (СУАН) (Бельгия).

При перинатальной смерти метод гистометрии использовался для определения размеров относительной ширины морфофункциональных областей.

При перинатальной смерти ткань органа исследовали гистологически с использованием методов гематоксилин-эозина, Ван-Гизона и ШИК.

Статистический анализ результатов исследования проводился в соответствии с методами статистического анализа на основе программных моделей MS Office Excel 2007 и STATISTICA для Windows 10.

В третьей главе диссертации, озаглавленной **«Причины и факторы риска перинатальной смерти новорожденных»**, анализируются причины и факторы риска перинатальной смерти в Хорезмской области, частота легочной пневмопатии у младенцев, умерших в раннем неонатальном периоде, патоморфологические изменения внутриутробного развития новорожденных.

В зависимости от массы тела при рождении: от 25 (43,8%) случаев до 500–999 г, от 18 (31,5%) до 1000–1459 г, от 9 (15,7%) до 1500–2000 г, от 2000–400 (7,0%) до 2500 г, 1 (1,7%) до 2500–3000 г, 0 (0%) до 3500–4000 г, 0 (0%) для массы 4000 и выше).

В зависимости от периода незрелости: 25 (43,8%) случаев в 22–28 недель, 18 (31,5%) в 29–31 неделю, 9 (15,7%) в 32–34 недели, 5 (8,7%) случаев в 35–37 недель.

Во время исследования, если смотреть на пересечении городов и районов: 10 (17,5%) случаев в городе Ургенче, 5 (8,7%) в Ургенчском районе, 3 (5,2%) в Хиве, 6 (10,5%) в Хазараспском районе, 5 (8,7%) в районе Питнаке, 4 (7,0%) в Ханкайском районе, 3 (5,2%) в Багатском районе, 3 (5,2%) в Янгиарикском районе, 5 (8,7%) в Янгибазарском районе, 4 (7,0%) в Гурлане, 5 (8,7%) и 4 (7,0%) случаев перинатальной младенческой смерти выявлено в Шовотском и Кошкопирском районах соответственно, всего 57 (100%).

В нашем исследовании респираторный дистресс-синдром был выявлен у 379 новорожденных, умерших в раннем перинатальном периоде, что составляет 59,6% общей смертности. В зависимости от причины респираторного дистресс-синдрома выделено 5 групп новорожденных: умершие от пневмопатии, от врожденной пневмонии, от внутричерепных родовых травм, от врожденных пороков легких, сердца и диафрагмы и те, кто умер от внутриутробной гипоксии.

Исследование распределения новорожденных по полу, паритету и гестационному возрасту показало, что респираторный дистресс-синдром чаще встречается у мальчиков, а также у новорожденных от 1–3

беременностей. Результаты показывают, что пневмопатия (47,0%), затем врожденная пневмония (14,5%), внутричерепные родовые травмы (18,4%), врожденные пороки легких, диафрагмы и сердца (10,8%) и последствия асфиксии (9,0%). 70,43% детей родились при 1–3 беременностях и 29,57% детей родились при 4 и более беременностях. 46,95% новорожденных рождаются с тяжелой асфиксией, которая приведена в таблице 1.

При весе новорожденных который варьировал от 900 г до 4500 г и выше в первый день жизни умерли 59,6% младенцев, 17,7% – на второй день, 5,3% новорожденных дожили до шести дней. Весовые коэффициенты новорожденных, умерших от респираторного дистресс-синдрома, представлены в таблице 2.

**Частота возникновения легочной пневмопатии у младенцев, умерших в раннем неонатальном периоде.** Из общего количества вскрытий (379) у 118 (31,1%) диагностирована пневмопатия. На основании патолого-гистологического исследования легких новорожденных, умерших в раннем неонатальном периоде, по частоте встречаемости выделено 4 формы пневмопатии: первичный ателектаз легких (ПА) в 181 (47,7%) случае, отечно-геморрагический синдром (EGS) – 74 (19,5%) случая, синдром аспирации (AS) – 34 (8,9%) случая, болезнь гиалиновой мембраны (GMC) – 28 (7,3%) случаев.

Среди умерших от пневмопатии новорожденных 226 (59,6%) мальчиков и 153 (40,3%) девочки. Из них 217 (57,2%) новорожденных родились от 1–3 беременностей и 100 (26,3%) новорожденных от 4-й и последующих беременностей. На основании данных, полученных в ходе анализа гестационного возраста, было обнаружено, что недоношенные дети превосходят по количеству – 126 (33,2%), доля доношенных и недоношенных детей 1 и 2 стадии практически не изменилась (18,9%), т.е. 19,5% и 18% соответственно. Более половины новорожденных умерли в первые сутки жизни – 181 (47,7%); 59 (15,5%) умерли на вторые сутки; 30 (7,9%) новорожденных прожили три дня; 20 (5,2%) – четыре дня; 6 (1,5%) новорожденных прожили пять дней, 21 (5,5%) новорожденный – шесть дней. Кроме того, в 14,5% случаев дети рождались с недоеданием. Оценка новорожденных по шкале Апгар показала, что 313 (82,5%) из них родились с асфиксией и 56 (14,7%) родились с асфиксией 1 стадии. Во время беременности у 128 (33,7%) матерей были экстрагенитальные заболевания (ЭЖГ), из которых преобладала анемия – 45 (11,8%) случаев, ОРВИ – 25 (6,5%) случаев, хронический пиелонефрит – 15 (3,9%).

Первичный ателектаз легких составил 181 (47,7%) случаев от общего числа пневмопатий у новорожденных: 98 (25,8%) – мальчики и 83 (21,8%) – девочки. В зависимости от срока беременности новорожденные делятся на 4 группы: доношенные – <15%; преждевременно родившиеся 1 – 16%; недоношенные 2 – 23,2%; глубокие ранние 3-4 степени – 45,8%.



**Таблица 1**

**Распределение новорожденных по полу, паритету и возрасту  
гестационному**

№	Случай возникновения	В %	Пол		Паритет		Гестационный возраст				
			Мальчик	Девочка	1-3.	4>	ЧТ 1 степень	ЧТ 2 степень	ЧТ 3 степень	Доношенные.	Переношенные
1	178	55,2	58	25	122	8	61,2±1,65	57±2,75	126±2,56	60±3,78	12±1,25
2	55	17,0	51	26	58	19	17±2,75	12±1,25	8±2,25	43±2,68	16±2,65
3	70	21,7	68	37	45	20	30±4,23	9,2±2,65	12±2,78	53±2,28	19±6,25
4	41	12,7	40	22	38	24	12±1,25	8,1±1,75	3±1,65	45±2,27	4±2,45
5	35	10,8	38	14	29	16	2,4±1,45	7,2±2,4	10±3,15	27±2,35	16±2,23
<b>Всего</b>	<b>379</b>	<b>100</b>	<b>255</b>	<b>124</b>	<b>292</b>	<b>87</b>	<b>126</b>	<b>93±2,65</b>	<b>159±2,25</b>	<b>228±2,30</b>	<b>67±3,26</b>

**Таблица 2**

**Весовые показатели новорожденных, умерших от синдрома дыхательной  
недостаточности (гр)**

Группа новорожденных детей	ВПР	Масса левого легкого	Масса правого легкого	Масса тимуса	Масса левого надпочечника	Масса правого надпочечника
Доношенные	3283,3 ±117,2	7,89 ±3,3****	41,61 ±3,57	9,27 ±1,09	61 ±0,71**	4,71 ±0,71
Переношенные	3514,28± 118,97	39,15 ±4,18	40,92 ±3,65	79 ±0,85***	9,04 ±4,27	5,11 ±0,24*
Недоношенные 1 степень.	2572 ±104,1	33,94 ±3,03	35,14 ±2,73	5,91 ±0,42	4,52 ±0,39	4,65 ±0,41
Недоношенные 2 степень	1954,4 ±57,62	28,58 ±2,84**	30,37 ±3,01	6,32 ±0,68	4,18 ±0,32	4,39 ±0,35
Недоношенные 3 степень	1520,38±53,54	26,51 ±2,27	36,9 ±7,98	6,0 ±0,62	3,09 ±0,24	3,3 ±0,32
Недоношенные 4 степень	1176,53±41,61**	21,32 ±0,94***	23,5 ±1,1***	4,35 ±0,34	2,93 ±0,67	2,39 ±0,13*

Примечания: \* P <0,05; \*\* P <0,01; \*\*\* P <0,001; \*\*\*\* P <0,0001.

Легочный ателектаз выявлен в 181 случае из 317 (83,6%) у новорожденных, умерших от пневмопатии, что составляет 57,0%. При вскрытии 32-недельного новорожденного, умершего в перинатальном периоде, макроскопическое исследование легочной ткани выявило затонувшие тени на поверхности легочной ткани (см. рис. 1-2).

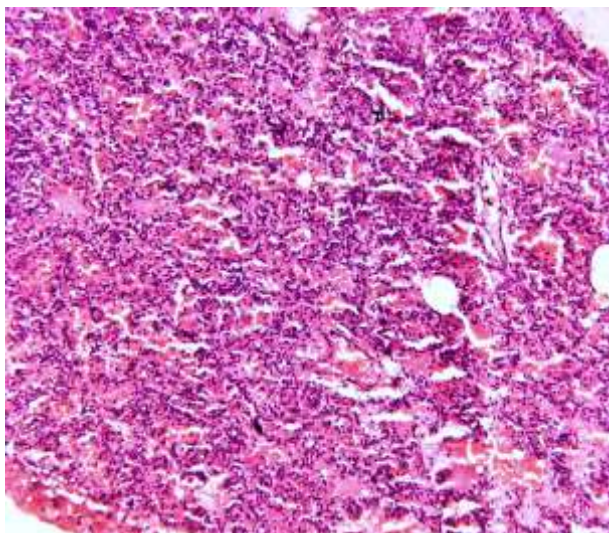
Когда полученная ткань легкого была исследована под микроскопом, паренхима дыхательных путей (ателектаз), альвеолярные пути, где были частично исправлены дистиллятные очаги, напоминали трещину (см. рис. 3-4).



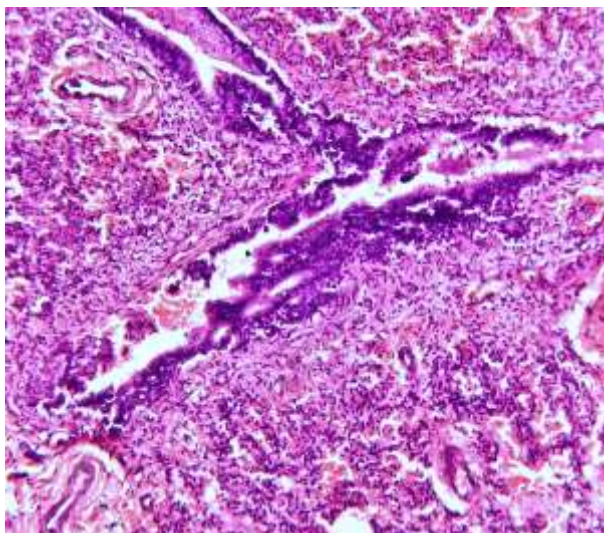
**Рис. 1. Макроскопическое изображение легких**



**Рис. 2. Воспаление нескольких сегментов при макроскопическом исследовании легочной ткани 34-недельного младенца. Диагноз – полисегментарная бронхопневмония.**



**Рис. 3. Еще не сформировалась легочная ткань, первичный ателектаз легких. Стенки альвеол утолщены (1). В альвеолярных пространствах выявляются гомогенные белковые структуры (2). Краска G-E. 10x10.**



**Рис. 4. Первичный ателектаз легких при исследовании ткани легких 34-недельного младенца под микроскопом. Стенки бронхов открыты не полностью (1). На поверхности слизистой оболочки выявляются гомогенные белковые структуры (2). На некоторых поверхностях обнаруживается очаговая десквамация слизистой оболочки бронхов (3). Краска G-E. 40x10**

У большинства младенцев, умерших в перинатальном периоде, обнаружены дистрофические изменения внутренних органов, жидкость в сосудах и сердце, серозных оболочках, острая венозная непроходимость внутренних органов, опухоли головного мозга и мозговых оболочек, гипоксия.

При исследовании мертворождений случаи разделены на группы по степени недоношенности: недоношенность первой степени составила 27 доношенных новорожденных (15%) в первой группе, из которых 23 родились от 1–3 беременностей, 4 от 4 и более беременностей, 13 новорожденных умерли в первые сутки жизни, 4 – на вторые, 7 – на третьи, по одному – на четвертые и шестые дни жизни. В 15 случаях у матерей наблюдались экстрагенитальные заболевания (хронический пиелонефрит, ОРВИ, анемия).

Все новорожденные родились с асфиксией, кроме 1 – 6, 2 – 9 и 3 – 12 стадий. Во время беременности и родов наблюдались такие осложнения, как хроническая гипоксия плода, гестоз, сильная спутанность пуповины в области шейки плода, длительный период обезвоживания, первичная слабость при рождении, дети, рожденные с гипотрофией.

Вторичные преждевременные роды. Во второй группе было 29 новорожденных, из которых 23 родились от 1–3 беременностей и 6 – от многоплодных беременностей. В первые сутки жизни умерло 18 новорожденных, на вторые сутки – 8, на 4–6 сутки умерло 4 новорожденных. В 1-м случае у матери были экстрагенитальные заболевания (хронический пиелонефрит – 2, ОРВИ – 2, диабет – 2, анемия – 2, ожирение – 1, хронический тонзиллит – 1). В 4 случаях новорожденные родились с асфиксией 1 степени, в 13 случаях – 2 степени, в 12 случаях – 3 степени.

В третьей группе третичных недоношенных 30 из 42 новорожденных родились от 1–3 беременностей и 12 – от 4 и более беременностей. В первый день жизни умер 21 ребенок, на 2-3 день – 11, на 4–6 день – 10 новорожденных. Экстрагенитальные заболевания матери зарегистрированы в 19 (5,0%) случаях: хронический пиелонефрит (3 (0,7%)), ОРВИ (2 (0,5%)), диабет (1 (0,2%)), анемия (5 (1,3%)), кольпит (2 (0,5%)). Отслойка плаценты во время беременности и родов (13 (3,4%)), хроническая внутренняя гипоксия плода (4 (1,0%)), пролонгирование обезвоживания (4 (1,0%)), гестоз (3 (0,7%)), первичная слабость (1 (0,2%)), сильная спутанность пупочной системы вокруг шейки плода (1 (0,2%)). Большинство новорожденных (21 (5,5%)) родились с асфиксией 2-й степени, 15 (3,9%) – с асфиксией 3-й степени и 6 (1,5%) – с асфиксией 1-й степени.

В группе четвертой степени – 83 (21,8%) новорожденных, т.е. первичный ателектаз легких в основном наблюдался у глубоко недоношенных детей. Из них 63 (16,6%) умерли в первый день жизни, 10 (2,6%) – на 2-3-й день и 10 (2,6%) – на 4-6-й день жизни. Все они родились с асфиксией. В этой группе чаще встречались материнские экстрагенитальные заболевания.

Так, часто наблюдались анемия (11 (2,9%)), хронический пиелонефрит (7 (1,8%)) и ОРВИ (7 (1,8%)). По сравнению с другими группами осложнения

беременности и родов чаще встречаются при следующих заболеваниях: хроническая внутриутробная гипоксия (7 (1,9%)), отслойка плаценты (14 (3,6%)), гестоз (12 (3,1%)), обвитие плода пуповиной вокруг шеи (3 (0,7%)). В 7 случаях дети родились хирургическим путем, в 2 (0,5%) случаях – с массой тела менее 1000 г.

**Развитие внутриутробных врожденных пороков развития новорожденных.** Среди причин респираторного дистресс-синдрома внутриутробное бесплодие у новорожденных составило 97 (25,5%) случаев. В этой группе новорожденные мальчики составили 56 (14,7%) случаев, а новорожденные девочки – 41 (10,8%) случая; 39 (10,2%) новорожденных в первый день жизни; 25 (6,5%) на второй день; 9 (2,3%) на третий день; 7 (1,8%) на четвертый день, установлено что на пятый и шестой день 8 (2,1%) и 9 (2,3%) младенцев умерли соответственно. При распределении по паритету было обнаружено, что большинство из них составили младенцы, рожденные от 1–3 беременностей – 62 (16,3%), а младенцев, рожденных от 4 и более беременностей, было 35 (9,2%). Число недоношенных по сроку гестации – 43 (11,3%). Что касается частоты, недоношенные дети 1-й степени были 18 (4,7%), 3-я и 4-я степень недоношенные – 16 (4,2%) и 12 (3,1%) соответственно. Родились с признаками бесплодия (4,1%), с асфиксией 80 (21,1%), 17,5% умерли в первые сутки жизни, 12,3% умерли на вторые сутки. 45,5% новорожденных родились с асфиксией легкой степени и 29% – с асфиксией 3-й степени. Вес при рождении от <1000 г до 4500 г., но в основном от 2500 гр до 4000 гр. В случае недоедания родилось 25 (6,5%) новорожденных. Экстрагенитальные заболевания наблюдались у 70 (18,4%). Наиболее часто встречаются анемия (20,4%) и ОРВИ (18,5%), в 9 (2,3%) случаях у матери хронический пиелонефрит, в 6 (1,5%) случаях кольпит, в акушерском анамнезе – 26 (6,8%).

Осложнения развились в 79 (20,8%) случаях у матерей во время беременности и родов. Осложнения беременности включают хроническую внутриутробную гипоксию, длительное обезвоживание и гестоз.

Изучение этиологии 37% внутриутробных плодов дало положительный результат. Среди возбудителей выявлены грамположительные бактерии, затем вирусы ОРВИ, смешанные инфекции, преобладание патогенной бактериальной флоры.

Морфологически внутриутробные зотилы протекали преимущественно в виде двусторонних генерализованных или комбинированных зотилиям, в редких случаях они были односторонними. Морфологическое исследование легких показало, что они большие, тяжелые, плотные, темно-красного цвета. Пунтовидное кровоизлияние в плевру наблюдается при внутриутробной гипоксии или асфиксии у новорожденных во время родов. Микроскопически – окклюзия сосудов в паренхиме легкого, интерстициальный отек, серозно-гнойный эксудат, десквамация альвеолярного эпителия в альвеолах.

При вирусном кровотоке наблюдались массивные кровотоки, интерстициальное воспаление, отслоение альвеолярного и бронхиального

эпителия, венозное кровоизлияние и дистрофические изменения в других органах.

Таким образом, это третья ведущая причина респираторного дистресс-синдрома у новорожденных с внутриутробными зотилиями. Факторами риска развития внутриутробных пороков развития являются пол мальчика, рождение 1–3 беременностей, преждевременные роды, внутриутробная гипоксия плода, длительный период обезвоживания, а также анемия и ОРВИ у матери во время беременности. Грамотрицательные бактерии, вирусы ОРВИ, смешанные инфекции играют ведущую роль в этиологии внутриутробных зотилов. Наибольшая гибель наблюдается через 1-2 дня жизни.

В четвертой главе диссертации, озаглавленной **«Патологическая анатомия важнейших инфекционных и неинфекционных заболеваний в перинатальный период у новорожденных»**, представлены причины детской смертности в перинатальном периоде, патологическая анатомия инфекционных и неинфекционных заболеваний.

**Патологическая анатомия важнейших неинфекционных заболеваний перинатального периода.** Гемолитическая болезнь плода и новорожденного часто развивается в результате конфликта рН-фактора или системы АВО. В патологической анатомии это зависит от клинкоморфологической формы. В нашем исследовании мы столкнулись со всеми формами, а именно: отеками, желтухой и амниотическими:

опухшая форма является наиболее тяжелой и характеризуется анасаркой и полостями, бледной и прозрачной кожей, гепатоспленомегалией. Смерть обычно наступала родовым путем или в первые часы жизни новорожденного. Внутриутробная смерть наступает при мацерации тканей или размягчении тканей под влиянием околоплодных вод. Печень значительно увеличена, вес селезенки достигает 50–60 г. Тимус атрофирован, сердце увеличено из-за отека миокарда, а объем легких уменьшен из-за компрессии трансудатом. При гистологическом исследовании выявлены очаги экстрамедуллярного кроветворения (эритробластоэза) в печени, селезенке, лимфатических узлах, почках, тимусе. Сообщалось о дистрофических и некробиотических изменениях в печени, надпочечниках и головном мозге. Признаки созревания в виде широкой зоны зародышевых клубочков наблюдались в почках доношенного плода. Гемосидероз не обнаруживается;

желтушная форма гемолитической болезни характеризуется нестабильностью кожи, склер и видимых слизистых оболочек. Есть два типа желтухи: врожденная и послеродовая. Морфологические изменения зависят от продолжительности воздействия, т.е. от продолжительности воздействия билирубина. Энцефалопатия наблюдается при повышенном билирубине. На вскрытии черепа обнаружена опухоль головного мозга, подкорковые ядра желтого цвета с маркировкой ядерной желтухи. Печень и селезенка увеличены, но не в такой степени в виде отека, имеют плотную консистенцию и красновато-коричневый цвет в разрезе. При

микроскопическом исследовании головного мозга можно наблюдать дистрофию и некроз ганглиозных клеток подкорковых ядер, дистрофию нейронов. В печени – эритробластоз, гемосидероз и холестаза, переполнение селезенки, гемосидероз, эритробластоз, но в меньшей степени. В редких случаях инфаркт билирубина в почках выявляется в сосочках, пирамидах, разрастании микроциркуляторного русла, отеке слизистой оболочки, а иногда и десквамации эндотелия. В тимусе наблюдалась случайная инволюция 2-3 степени.

Геморрагическая болезнь новорожденных – это клинко-анатомический синдром, характеризующийся внутренним и внешним кровотечением, возникающим у новорожденных в первые дни после рождения, с микроскопическим кровотечением, обнаруживаемым в области соединительной ткани и плевры. Кровоизлияние в печень протекает в виде субкапсулярной гематомы. В некоторых случаях гематомы имеют большие размеры и наблюдается разрыв капсулы печени в брюшную полость с кровотечением. Отмечается кровоизлияние в виде большого или диапедетического кровоизлияния в гематомы надпочечников и пирамиды почки, в слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта.

Кровоизлияния в боковые желудочки мозга выделяют как самостоятельную нозологическую единицу. Обычно они наблюдаются у младенцев, рожденных с асфиксией или родовой травмой. При патологоанатомическом исследовании наблюдались двусторонние кровоизлияния в желудочки, асфиксические изменения внутренних органов – острые кровоизлияния, диапедезные кровоизлияния в серозные оболочки, жидкостный статус сердца и крупных сосудов.

Диабетическая фетопатия развивается у младенцев, рожденных от матерей с сахарным диабетом или гипергликемией во время беременности. Ребенок, рожденный с макроскопическими характеристиками, не соответствует сроку беременности. При патологическом исследовании во внутренних органах наблюдаются гепатокардио и спленомегалия. При микроскопическом исследовании выявляется жировая дистрофия гепатоцитов, очаги эритробластоза в печени, гиперплазия островков Лангенгара поджелудочной железы. В результате нарушения липидного обмена в легких образовывалась гиалиновая мембрана.

**Патологическая анатомия инфекционных заболеваний в перинатальном периоде.** Перинатальный сепсис, т.е. сепсис, развивающийся в перинатальном периоде, является одной из тяжелых патологий этого периода. В наших исследованиях заболевание выявлено у мертворожденных и новорожденных. Вскрытие младенцев, умерших от внутриутробного сепсиса, обычно выявляет такие симптомы, как незрелость, отсутствие жизненно важных функций, недоедание плода и пожелтение кожи и видимых слизистых оболочек. Часто выявляются парез кишечника и гепатомегалия. При микроскопическом исследовании наблюдается гранулематозное воспаление сердца, печени и почек. Наблюдаются атрофические изменения тимуса, расслоение клеток, атрофия селезенки и

лимфатических узлов. В почках появляются такие симптомы, как дистрофия, некротический и шелушащиеся узелки и бляшки.

У новорожденных входными воротами и септическим очагом инфекции являются пуповина, легкие и желудочно-кишечный тракт. Редко ятрогенная патология наблюдается у новорожденных при катетеризации при гнойном тромбозе пупочной вены, основной причиной которого являются входные ворота и септический очаг. У новорожденных сепсис с меньшей вероятностью будет септицемией.

При пупочном сепсисе гнойное поражение характеризуется серозно-гнойным воспалением пуповины (артериит или омфалит с флебитом пупочной вены). Пуповина гиперемирована, отечна, покрыта гнойной коркой, иногда изменение происходит, когда процесс прогрессирует на окружающие мягкие ткани и развивается флегмона. Когда вы надавливаете или перерезаете оставшуюся часть пуповины, выделяется гной. При пупочном сепсисе было больше сепсиса, меньше сепсиса. Легочный сепсис характеризуется наличием септических изменений в виде серозно-гнойной или гнойной пневмонии с абсцессами в легких. Кишечный сепсис характеризуется острым гастроэнтероколитом.

Независимо от расположения входных ворот и септической топки, сепсис проявляется пожелтением кожи и видимых слизистых оболочек, их неполноценностью, различными кровоизлияниями в желудочно-кишечном тракте, мочевыводящих путях, серозных оболочках, легких, слизистой оболочке тимуса и реже надпочечников. железы. Паренхиматоз выявляется в органах – печени, почках, миокарде и легких, воспалительная инфильтрация жирово-белковых дистрофий в эпителии гепатоцитов, кардиомиоцитов и почечных канальцев. В лимфоидных органах наблюдается миелоидная инфильтрация и атрофия белой клетчатки, выявляется картина инфицирования и атрофии в тимусе. У большинства недоношенных детей, рожденных раньше срока, может развиваться синдром ДВС. При сепсисе, который является следующей и наиболее тяжелой стадией, наблюдаются гнойные метастатические очаги в различных органах – в легких, почках, печени, гнойный менингит или менингоэнцефалит. Дистрофические и некротические изменения более заметны в паренхиматозных органах.

Острая респираторно-вирусная инфекция у беременных и новорожденных протекает внутриутробно. После микроскопического и макроскопического исследования дыхательных путей в качестве диагноза его часто четко выявляли при вскрытии. Макроскопическое и микроскопическое исследование обычно выявляет пневмонию, редко – изменения в легких. Видно, что все органы наполнены кровью.

Макроскопически слизистый слой трахеи и крупных бронхов неизменен или слегка гиперемирован, отмечается незначительное кровотечение во висцеральной плевре. В легких наблюдается стекание темно-красной, мелкой, плотной, кровянистой пенистой жидкости из разреза по поверхности. На фоне микроскопически отчетливых нарушений кровообращения, очагов ателектазов и дитектазов, чередующихся с очагами пневмонии,

наблюдалось отечное состояние с мононуклеарной инфильтрацией. В очагах воспаления определяется наличие в альвеолах серозно-геморрагического экссудата, состоящего из лейкоцитов, эритроцитов.

В бронхах наблюдаются дистрофические и гипертрофические изменения столбчатого эпителия. Наблюдаются дистрофические изменения миокарда, печени и почек, дистрофические изменения эпителия почечных канальцев. Выявляются опухоли в головном мозге, застой в капиллярах.

Острый гастроэнтероколит выявляют у новорожденных с инфекцией. На вскрытии обнаружена экзема, парез кишечника. Часто наблюдается острый гастроэнтероколит. Слизистые оболочки желудка и кишечника гиперемированы, в поверхностных слоях окаймлены кровотечением и некрозом, в некоторых случаях выявляются эрозии. Токсическая дистрофия обнаруживается в других паренхиматозных органах (сердце, печень, почки).

Таким образом, в перинатальном периоде существуют инфекционные и неинфекционные заболевания, за исключением упомянутых выше в 4 главе, которые могут быть основной причиной перинатальной смерти на фоне других патологических состояний этого периода.

## ВЫВОДЫ

На основе результатов исследования диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам по теме: «Причины и патологическая анатомия перинатальной смерти в хорезмской области» представлены следующие выводы.

1. При аутопсийном исследовании причин перинатальной смерти в Хорезмской области выявлены такие заболевания, как респираторный дистресс-синдром, пневмопатия, пневмония, бронхопневмония, врожденные инфекции младенцев и асфиксия.

2. Частота респираторного дистресс-синдрома, приводящего к перинатальной смерти, в Хорезмской области составила 59,6%. Установлено, что респираторный дистресс-синдром преобладает у мальчиков, а также при 1–3 беременностях и у недоношенных детей.

3. Патоморфологическое исследование легочной ткани новорожденных с пневмопатией показало, что пневмопатия занимала 1/2 и 2/3 легких, а макроскопическое исследование легочной ткани показало резкую консистенцию с острыми, уплощенными розовато-красными капиллярами.

4. При микроскопическом исследовании установлено, что очаги ателектаза и дистелектаза в легких напоминают частично скорректированные альвеолярные пути, наличие острого венозного отека в других внутренних органах, дистрофические изменения, связанные с гипоксией.

5. При изучении причин пневмопатии у младенцев, умерших в перинатальном периоде, выявлены такие прогностические критерии, как экстрагенитальные заболевания матери (хронический пиелонефрит, ОРВИ, преждевременная отслойка плаценты, ущемление пуповины, гестоз), четыре и более беременностей.



**SCIENTIFIC COUNCIL ON AWARDING OF  
SCIENTIFIC DEGREE OF DOCTOR OF SCIENCES  
DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 AT TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

---

**TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

**KARIMOV RASULBEK XASANOVICH**

**PERINATAL MORTALITY IN KHOREZM REGION CAUSES AND  
PATHOLOGICAL ANATOMY**

**14.00.15 – Pathological anatomy**

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

**TASHKENT – 2022**

**The theme of the doctor of philosophy (PhD) dissertation was registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan in number B2019.2.PhD/Tib992**

The dissertation is carried out at Tashkent medical academy.

Abstract of dissertation in three languages (Uzbek, Russian and English (resume)) is placed on the web page of Scientific Council ([www.tma.uz](http://www.tma.uz)) and in information-educational portal «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz))

**Scientific leader:**

**Tursunov Khasan Ziyoevich**

doctor of medical sciences, professor

**Official opponents:**

**Mavlyan-Khodjaev Ravshan Shukhratovich**

doctor of medical sciences

**Daurekhanov Asatoy Mametovich**

doctor of medical sciences, professor

**Leading organization:**

**Tashkent pediatric medical institute**

Defense will be held « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ y., at \_\_\_\_\_ hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 at the Tashkent Medical Academy (Address: 100109, Tashkent, Farabi St., 2. The meeting room of the 1<sup>st</sup> training of the building of the Tashkent Medical Academy. Phone/Fax: (+99878)150-78-25, e-mail: [tta2005@mail.ru](mailto:tta2005@mail.ru)).

With a doctoral thesis (PhD) can be found at the Information and Resource Center of the Tashkent Medical Academy (registered № \_\_\_\_). Address: 100109, Tashkent, Farabi St., 2. Tashkent Medical Academy, 2<sup>nd</sup> educational building, «B» wing, 1 floor 7 study. Phone/Fax: (+99878) 150-78-14.

Abstract of dissertation sent out « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ year.

(Protocol of maining № \_\_\_\_ from « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ year).

**G.I.Shaykhova**

Chairperson of the scientific council awarding scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, professor

**D.Sh.Alimukhamedov**

Secretary of the scientific council awarding scientific degrees, Doctor of Medical Sciences

**A.B.Saidov**

Chairperson of the academic seminar under the scientific council awarding scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, assistant professor

## INTRODUCTION (PhD thesis abstract)

**The aim of the research is to** diseases that cause death in the perinatal period in the Khorezm region are to reveal the pathological anatomy and morphofunctional features of risk factors.

**The object of the study** was autopsy materials from the corpses of 379 infants who died in the perinatal period in 2016-2019 in the Department of Pediatrics of the Bureau of Pathological Anatomy of Khorezm region constituted retrospective results of histological examinations.

**The scientific novelty of the research:** for the first time it was established that the causes of perinatal mortality in the regions of the Khorezm region were respiratory distress syndrome, asphyxia, pneumonia, pneumopathy, bronchopneumonia, intrauterine infections; mostly in terms of maturity;

it was substantiated that risk factors for perinatal death, including extragenital diseases of the mother, frequent pregnancies and childbirth, preeclampsia, amniotic fluid deficiency, chronic fetal hypoxia, premature placental abruption, gestosis, umbilical cord entrapment, are morphologically determined by the presence of primary atelectasis of the lung;

a correlation has been proven between the pathological features of pulmonary pneumopathologies and the frequency of occurrence in infants who died in the early neonatal period;

the presence of morphological changes in lung tissue in infants who died in the early neonatal period, obvious signs of pneumopathy, with localized morphological signs of pneumopathy in one or several parts of the lung, and sometimes polysegmental was proved;

improved criteria for assessing the development of complications of diseases detected during perinatal mortality.

**Implementation of the research results.** Based on the results obtained to substantiate the pathomorphological features of perinatal death:

on the basis of the obtained scientific results the methodical recommendation "Methods of clinical, morphological examination in definition of causes of perinatal death" was approved (conclusion of the Ministry of Health No. 8n-d/155 dated May 13, 2018). As a result, it was possible to early diagnosis of diseases such as perinatal mortality, respiratory distress syndrome, pneumonia, pneumopathy in infants, the organization of an effective system of treatment of these diseases;

the scientific results obtained to substantiate the causes of perinatal death and pathological anatomy were applied to health practice, including the practice of the Khorezm Regional Bureau of Pathological Anatomy, Clinic of the Urgench branch of the Tashkent Medical Academy (conclusion of the Ministry of Health No. 08-09/19669 dated December 13, 2021). As a result, it was possible to early diagnosis of risk factors developing as a result of respiratory distress syndrome in infants with perinatal mortality, timely assessment of disease course and risk of complications, selection of effective approaches to treatment and prevention and improvement of patients' quality of life.

**The structure and volume of the dissertation.** The dissertation consists dissertation of an introduction, four chapters, conclusion, practical recommendations and list of references. The volume of the dissertation is 111 pages.

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

**I қисм (I часть; I part)**

1. Каримов Р.Х., Турсунов Х.З., Рузметова Д.Т. Хоразм вилоятида перинатал ўлимнинг тарқалишини ва келиб чиқиш сабабларини ўрганиш (2016–2019 йиллар) // Тошкент тиббиёт академияси Ахборотномаси, 2020, № 4. – 80-84-б. (14.00.00; № 13).

2. Каримов Р.Х., Турсунов Х.З. 2019-2020 йилларда Хоразм вилоятида перинатал марказида пневмопатия ва СДР касаллигида перинатал ўлимнинг солиштирма статистик тахлили // Биология ва тиббиёт муаммолари. 2020, № 4.1. – 116–120-б. (14.00.00; № 19).

3. Каримов Р.Х., Авезов М.И. Перинатал ўлим ҳолатлари ва уларда кулоқ, томоқ ва бурун касалликлари учраш даражаси ҳамда ҳолатини баҳолаш // Доктор Ахборотномаси, 2021, № 1(98) – 59–62-б. (14.00.00; № 20).

4. Каримов Р.Х., Авезов М.И. Хоразм вилоятидаги перинатал ўлим ҳолатларининг тарқалишини нозологик жихатдан баҳолаш // Биология ва тиббиёт муоммалари. 2021, № 3 (128) – 40–42-б. (14.00.00; № 19).

5. Karimov R.X., Tursunov X.Z., Ruzmetova D.T. Modern Approaches to Perinatal Disease in Diabetes in Pregnant Women // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2021, 11(12). – P. 913-917 (14.00.00; №2)

**II часть (II қисм; II part):**

6. Каримов Р.Х., Турсунов Х.З. 2017-2018 йилларда Хоразм вилоятида перинатал марказида пневмопатия ва СДР касаллигида перинатал ўлимнинг солиштирма статистик тахлили // Международна науково практична интернетконференция. Украина, 2018, № 40. – С. 32–35.

7. Каримов Р.Х. Хоразм вилоятида перинатал ўлимнинг келиб чиқиш сабаблари ва уларнинг олдини олиш чоралари (2017–2018) // Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали “Метаболик синдром-муаммолар, ечимлар” Республика илмий-амалий анжумани материаллари. Урганч, 2019 октябрь. – 23–24-б.

8. Каримов Р.Х., Турсунов Х.З. Хоразм вилояти перинатал марказида пневмопатия ва СДР касаллигида перинатал ўлимнинг солиштирма статистик тахлили (2018–2019) // Абу Али Ибн Сино: Инсон саломатлиги ва экология / Халқаро илмий-амалий видео конференцияси. Урганч 2020 й. 240–241-б.

9. Каримов Р.Х., Турсунов Х.З., Рузметова Д.Т. Хоразм вилоятида перинатал ўлимнинг келиб чиқиш сабаблари ва уларнинг олдини олиш чоралари // Абу Али Ибн Сино: Инсон саломатлиги ва экология / Халқаро илмий-амалий видео конференцияси. Урганч, 2020. – 241-242-б.

10. Каримов Р.Х. Хомиладор аёллардаги қандли диабет ҳолатида перинатал ўлим // Эпидемия шароитида замонавий тиббиётнинг долзарб муоммалари мавзусидаги онлайн илмий-амалий конференция. 2021 й. 71–73 бет.

11. Каримов Р.Х., Авезов М.И. Хоразм вилоятидаги COVID-19 пандемияси даврида перинатал ўлим ҳолатларини нозологик жихатдан баҳолаш // Коронавирусная инфекция: диагностика, лечение, профилактика / Материалы международной научно-практической онлайн конференции, посвящённой году «Поддержка молодежи и укрепления здоровья населения». Фергана, 2021. – С. 358–361.

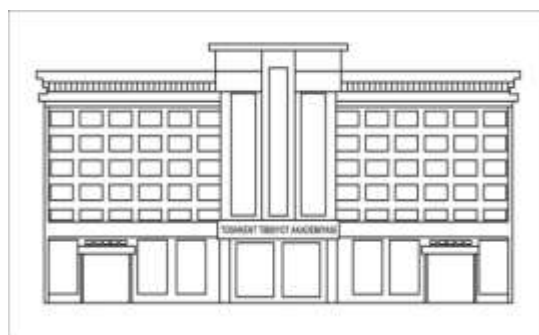
12. Каримов Р.Х., Турсунов Х.З. Хоразм вилоятида аниқланган хомиладор аёллардаги қандли диабет ҳолатида перинатал ўлим // Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали Морфологиянинг COVID-19 пандемияси билан боғлиқ долзарб муаммолари мавзусидаги илмий-амалий анжумани. Урганч, 2021. – 215–217-б.

13. Каримов Р.Х., Авезов М.И. Перинатал ўлим ҳолатларининг Хоразм вилояти бўйлаб тарқалишини нозологик жихатдан таҳлил қилиш // Халқаро Украина конференцияси / Актуальные вызовы современной науки. Украина, 2021, № 4 (58). – С. 45-49.

14. Каримов Р.Х. COVID-19 пандемияси даврида перинатал ўлим ҳолатларининг сабаблари // Халқаро Польша конференцияси. International Scientific Conference Modern Scientific Challenges and trends. Польша 2021, 4 (38). – С. 191-192.

15. Каримов Р.Х., Турсунов Х.З., Авезов М.И. Перинатал ўлим сабабларини аниқлашда клиник, морфологик текширув усуллари // Услубий тавсиянома. Тошкент – 2021. 19-б.

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



MUHARRIRIYAT VA NASHRIYOT BO'LIMI

---

Разрешено к печати: 21 декабря 2021 года  
Объем – 2,5 уч. изд. л. Тираж – 60. Формат 60x84. 1/16. Гарнитура «Times New Roman»  
Заказ № 1298-2021. Отпечатано РИО ТМА  
100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru