

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

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**НАЖМЕТДИНОВА ДИЛФУЗА ФАРХАТОВНА**

**МУДДАТДАН ЎТГАН ҲОМИЛАДОРЛИКДА ТУҒРУКНИ  
ТАШХИСЛАШ ВА ОЛИБ БОРИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЖИҲАТЛАРИ**

**14.00.01 – Акушерлик ва гинекология**

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

**ТОШКЕНТ – 2018**

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

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

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

**Нажметдинова Дилфуза Фархатовна**

Муддатдан ўтган ҳомиладорликда туғрукни ташхислаш ва олиб боришнинг замонавий жихатлари ..... 3

**Нажметдинова Дилфуза Фархатовна**

Современные аспекты диагностики и тактики ведения родов при переносной беременности ..... 23

**Najmetdinova Dilfuza Farxatovna**

Modern aspects of diagnostics and tactics of conducting labor during overdetermined pregnancy ..... 43

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works ..... 46

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

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**НАЖМЕТДИНОВА ДИЛФУЗА ФАРХАТОВНА**

**МУДДАТДАН ЎТГАН ҲОМИЛАДОРЛИКДА ТУҒРУКНИ  
ТАШХИСЛАШ ВА ОЛИБ БОРИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЖИҲАТЛАРИ**

**14.00.01 – Акушерлик ва гинекология**

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

**ТОШКЕНТ – 2018**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2017.1.PhD/Tib10 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

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

**Илмий раҳбар:** **Негматуллаева Мастура Нуруллаевна**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар:** **Каримова Деля Фахрутдиновна**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Пахомова Жанна Евгеньевна**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот:** **Самарканд Тиббиёт институти**

Диссертация ҳимояси Тошкент педиатрия тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.29.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2018 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100140, Тошкент ш., Юнусобод тумани, Боғишамол кўчаси, 223 уй. Тел./факс: +99871-262-33-14, e-mail: [mail@tashpmi.uz](mailto:mail@tashpmi.uz)).

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

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

**А. В. Алимов**

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

**Э. А. Шамансурова**

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

**Д.И. Ахмедова**

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

## **КИРИШ (Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)**

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Дунёда муддатидан ўтган ҳомиладорлик замонавий тиббиётнинг ечими топилмаган муаммолардан бири бўлиб келмоқда. Ҳомиладорликнинг муддатидан ўтиб кетиш муаммоси акушер-гинекологлар ва неонатологларда илмий ва амалий қизиқишга сабаб бўлиб, унинг учраш частотаси 1,4-16 % атрофида бўлиб, Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотига кўра эса, ўртача 8-10% ни ташкил этади ва сўнгги йилларда бу кўрсаткичлар пасайиши кузатилмаяпти. Ҳомиладорлик муддатидан ўтиб кетиш ҳолатларининг ташҳисоти ва терапияси масалалари, шунингдек, ушбу патологияда туғруқнинг оптимал бошқарилиши ўта долзарб бўлиб ҳисобланади. Перинатал ўлим ҳолатларининг юқори кўрсаткичлари ва ушбу патология профилактикасининг ишончли услубларининг мавжуд эмаслиги тадқиқотчи-олимлар эътиборини тортишда давом этмоқда.

Жаҳон миқёсида ҳомиладорликнинг муддатидан ўтиб кетиши этиопатогенетик мезонларини ўрганиш, прогностик мезонларини ишлаб чиқиш бўйича кенг қамровли илмий тадқиқотлар ўтказилмоқда, мавжуд ташхислаш услублари мудом етарли эмас, қўшимча тадқиқот услубларига катта эҳтиёж туғилди. Шу шароитларни инобатга олиб, турли патологик ҳолатларда биологик суюқликларнинг физик хоссаларини ўрганиш истиқболли бўлиб ҳисобланди. Бугунги кунда биологик суюқликларнинг қаттиқ даврини баҳолаш услублари клиник тиббиётда кенг қўлланилмоқда, бу ҳолат қўллаш осонлиги, юқори сезувчанлик ва ахборотга бой эканлиги билан боғлиқ. Ҳомиладорликнинг муддатдан ўтиб кетишида қон зардобининг структура-оптик хоссаларини туғруқ фаолиятинининг табиатини прогностлаш мақсадида ўрганиш мавжуд клиник услублар билан бир қаторда индивидуал равишда энг маъқул туғдириш жараёнининг услубини танлаш имконини беради.

Ҳозирги кунда республикамызда она ва бола саломатлигига алоҳида эътибор қўрилмоқда, ҳамда уларда кузатиладиган касалликларни эрта ташхислаш ва асоратларини камайтиришга қаратилган кенг қамровли дастурий тадбирлар амалга оширилмоқда. Бугунги кунда 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича ҳаракатлар стратегиясида “...оила саломатлигини мустакамлаш, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, оналар ва болаларга юқори малакали ва юқори технологияларга асосланган тиббий ёрдам кўрсатиш, чақалоқлар ва болалар ўлимининг камайтириш бўйича комплекс чора-тадбирларни амалга ошириш”<sup>1</sup> вазифалари белгиланган. Бу борада, аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтариш, оналар ва гудаклар ўлимига олиб келадиган акушерлик амалиётидаги муддатидан ўтиб кетиш сабабларини, хавф омилларини аниқлаш ва оптимал туғруқ тактикасини ишлаб чиқишга қаратилган инновацион технологияларни ишлаб чиқиш соҳа мутахассислари олдида турган долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади.

<sup>1</sup> 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси тугрисидаги Фармони.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2016 йил 2 ноябрдаги «Ўзбекистонда 2016–2020 йилларда оналик ва болаликни муҳофаза қилиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПҚ–2650-сон, 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон Фармони билан тасдиқланган «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси» ва 2017 йил 20 июндаги ПҚ – 3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишнинг асосий устувор йўналишларига боғлиқлиги.** Тадқиқот иши республикада фан ва технологияларни ривожлантиришнинг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишлари доирасида бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Энг аввало, муаммонинг муҳимлиги ҳомиладорлик муддатидан ўтиб кетиши ҳомилага ноҳуш таъсири ва туғруқ жараёнининг оғир кечиши билан белгиланади, бу ҳолатлар перинатал ўлим кўрсаткичлари ошишига олиб келади. Alehander J. M. (2011й), Fok W. Y., Chan L. Y. (2016й) маълумотларига кўра, перинатал ўлим структурасида муддатидан ўтган ҳомиладорлик етакчи ўринни тутаяди. Ҳомиладорлик муддатидан ўтиб кетиши туғруқ жараёнида кўпсонли асоратларнинг сабаби бўлади: туғдиришда жарроҳлик чораларини қўллаш, перинатал ўлим ҳолатининг юқорилиги, бу вазиятлар муаммонинг муҳим илмий амалий қизиқиш касб этиши билан тушунтирилади. Патологик акушерлик соҳасида бугунга қадар ҳал этилмаган масалалар мавжуд, айниқса, ҳомиладорликнинг ушбу патологиясида жарроҳлик амалиёти учун оптимал вақтни танлашда акушерлар орасида қарама-қарши фикрлар мавжуд (Cunningham F. G., Mac Donald P. C., 2015).

Ушбу патологиянинг кўплаб масалалари ҳануз ҳал этилмаган. Барча акушерлар ҳомиладорлик муддатидан ўтиб кетишини олдини олиш заруриятини таъкидламоқдалар, бироқ уларнинг миқдори юқори кўрсаткичда сақланиб қолмоқда (Стрижаков А. Н., Игнатко И. В. 2016; Федерова М. В. 2013; Румянцева В. П., 2012). Бу каби катта фарқлар ҳомиладорлик муддатидан ўтишининг бошланғич нуқтаси ва ҳомиладорликнинг асл давомийлигини аниқлаш мушкуллиги ҳақидаги ягона фикрнинг мавжуд эмаслиги билан тушунтирилади. Бугунги кунгача ҳомиладорлик муддатидан ўтиб кетиши тушунчасининг аниқ теграси ҳам мавжуд эмас, бу патологиянинг этиологияси, патогенези, ташхисоти масалалари тугал ўрганилмаган, ҳомиладорлик ва туғруқни назорат қилиш тактикасининг ягона нуқтаи назари мавжуд эмас (Каюпова Л. С., 2008; Заманова Л. Э., 2009).

Ҳомиладор аёлнинг туғруққа тайёрлигини ўз вақтида аниқлаш учун клиник ташхислашнинг ривожланаётган йўналишларидан бири моддалар алмашинуви ўзгариши ва бошқа патологик жараёнларда динамик ўзгарадиган мураккаб кўп компонентли тизим бўлмиш – биологик суюқликларнинг структураланиши

жараёнларини ўрганишдан иборат. Қон зардобининг структура-оптик хоссалари молекулалар структуралари, молекулалар орасидаги алоқага боғлиқ бўлади ва гуморал тизимлардаги физик-кимёвий ўзгаришларни ўзида акс эттиради (Тишкова О. Г. 2014; Краевой, С. А. 2013; Шатохина, С. Н.2009). Ҳомиладорларнинг қон зардоблари фасцияларининг тизимли тузилмасига боғлиқ равишда аёллар организмининг туғруққа тайёрлигини прогнозлаш мумкин.

Ўзбекистонда ўтказилган тадқиқот маълумотларининг таҳлилига кўра, фертил ёшдаги аёллар саломатлигига алоҳида эътибор қаратилмоқда, давлат томонидан уларни соғломлаштириш бўйича шароитлар яратиш тадбирлари амалга оширилмоқда. Бироқ шу билан бирга маълумотлар туғруқ жараёнига тайёргарликнинг патологик кечишини ташхисловчи муҳим прогностик тестлар мавжуд эмаслигини кўрсатмоқда, бу туғруқ якуни ташхисотининг замонавий услубларини етарлича қўлланмаётганлигига ишора қилади.

**Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Бухоро давлат тиббиёт институти 01.2018PhD.005 рақамли илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ «Оналик ва болалик мухофазаси» лойиҳаси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** муддатидан ўтган ҳомиладорликда туғруқнинг бошланиши, кечиши, ҳамда ўз вақтида туғруқ индукцияси самарадорлигини баҳолашда қон зардоби таркибий оптик хусусиятларининг қийматини аниқлашдан иборат.

**Тадқиқот вазифалари:**

ҳомиладорликнинг муддатидан ўтиб кетиши ва етилган ҳомиладорликда қон зардобларининг структуравий-оптик хоссалари кўрсаткичларининг хусусиятларини аниқлаш;

ҳомиладорлик муддатларидан ўтиб кетаётган аёлларда гормонал фон, оксиллар ва уларнинг фракциялари миқдори, ва қонда липид спектрининг ҳолатларини аниқлаш;

ҳомиладор аёлларнинг қон зардоблари морфоструктураси кўрсаткич-ларини аниқлаш услубларининг сезувчанлиги ва ўзига хослигини намоён қилиш;

ҳомиладорлик муддатидан ўтиб кетишида туғруқ индукциясининг замонавий усулларининг самарадорлигини баҳолаш;

ҳомиладорлиги муддатидан ўтган ва туғруқ индукцияси тамойиллари бўйича ҳомиладор аёлларни кузатиш алгоритминини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** 200 нафар ҳомиладор аёлдан иборат бўлиб, бундан етилган муддатдаги 50 нафар ҳомиладор аёл назорат гуруҳини, муддати узайган 75 нафар ҳомиладор аёллар (2 гуруҳ) ва муддатидан ўтган 75 нафар ҳомиладор аёлдан (3 гуруҳ) ташкил этди.

**Тадқиқотнинг предмети** сифатида ҳомиладор аёллар қон зардоби структуравий-оптик хоссалари кўрсаткичларининг хусусиятларини, гормонал, оксиллар, липид спектрининг ҳолатларини аниқлаш тадқиқотлари учун олинди.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Илмий тадқиқотни бажариш давомида умумий клиник-лаборатор, гормонал, функционал (ультратовуш), биокимёвий ва статистик тадқиқот усуллари қўлланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

ҳомиладорлар қон зардобида радикал симметрик суратга эга булган, мувофиқ морфологик турдаги фасциялар аниқланиши орқали, бир неча кун аввал спонтан туғруқ фаолиятининг бошланишини прогноз қилиш имкони аниқланган. Бошқа морфологик турларда спонтан туғруқ фаолиятини прогноз қилишнинг имкони мавжуд эмаслиги исботланган.

муддатидан ўтган ҳомиладорликда қон зардобида апоВ оксили ошиши фонида апоА оксили пасайишининг фетоплацентар тизим томирлари атерогенезига таъсири аниқланган;

бачадон бўйни етилганлиги босқичига қон зардобининг структуравий-оптик хоссалари корреляцион боғлиқлик асосида илк бора муддатидан ўтган ҳомиладорликда туғруқ бошланиши ва туғруқ кечиши табиатини прогноз қилиш имконини берган;

бачадон бўйни етилганлик даражаси ва қон зардобининг структуравий-оптик хоссаларига асосланган ҳолда туғруқнинг ижобий якунига эришиш мақсадида туғдиришнинг рационал услуби ишлаб чиқилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

ҳомиладор аёлларда туғруққа тайёргарлик даврининг характерини, унинг патологик кечишини ўз вақтида ташхислашда қон зардобни кристаллизациясини аниқлашнинг оддий ва мақбул усули жорий қилинган;

ҳомиладорларда организмнинг туғруққа тайёргарлигини баҳолаш учун оксил алмашинуви ва ёғ спектрининг прогностик кўрсаткичлари тавсия этилган;

тадқиқот натижалари асосида ташхислаш ва даволаш комплекс чора тадбирлари ишлаб чиқилган;

муддатдан ўтган ҳомиладорликда замонавий туғруқ индукцияси қўлланилиш самарадорлиги исботланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** диссертацияда кўрилган муаммоларни ҳал этиш объектив, клиник, биокимёвий, ультратовуш, статистик текшириш усуллари маълумотлари асосида тасдиқланади; тадқиқот натижаларининг Республика ва халқаро миқёсдаги илмий конференцияларда муҳокама этилгани, шунингдек, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссияси томонидан тан олинган илмий нашрларда чоп этилгани натижаларнинг ишончлилигини кўрсатади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.**

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти перинатал патологияга сабаб бўлмайдиган муддати узайган ҳомиладорлик ва муддатидан ўтган ҳомиладорликнинг дифференциал ташхиси мезонлари ҳақидаги янги маълумотлар келтирилишига асосланган, муддатидан ўтган ҳомиладорликда чақалоқлар хавф гуруҳига киритилади ва ўта синчков назорат остида бўлишади. Муддати ўтган ҳомиладор аёллар бачадон бўйни етилганлик даражаси ва қон

зардобининг структуравий-оптик хоссалари орасида ўзаро корреляцион алоқа ва уларнинг ташҳисдаги аҳамияти билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундаки, ўтказилган тадқиқот натижасида муддатидан ўтган ҳомиладорларда туғруқни бошқаришга қаратилган тадбирлар тизими ишлаб чиқилди ва амалий соғлиқни сақлаш соҳасига жорий этиш учун таклиф этилди. Бу эса оналар ва болалар ҳаёт давомийлигини ошириш, жамиятга келтириладиган ижтимоий ва иқтисодий зарарни камайтириш имконини беради.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Муддатидан ўтган ҳомиладорликда туғруқни бошқариш ташҳисоти ва тактикасининг замонавий жиҳатлари бўйича олинган илмий натижалар асосида:

“Туғруқ фаолияти аномалиялари ва унинг коррекцияси” услубий қўлланмаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2010 йил 03 ноябр №8сп/192 сонли маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланма туғруқ якунлари ва туғдириш услубини танлашнинг 66,6% ҳолларда юқори даражадаги тиббий ва ижтимоий самара билан таъминлайди;

“Муддатидан ўтган ҳомиладорлик” услубий қўлланмаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2011 йил 30 майдаги №8Н-р/132 сонли маълумотномаси). Ушбу услубий қўлланма муддатидан ўтган ва муддати узайган ҳомиладор аёлларда туғруққа тайёргарлик даврининг характерини, унинг патологик кечишини ўз вақтида ташхислаш, туғруқнинг ижобий якунига эришиш мақсадида туғдириш тактикасини танлашга имконият яратди;

“Муддатдан ўтган ҳомиладорликда туғруқни олиб бориш ва ташхислаш усуллариининг коррекция йўллариини ишлаб чиқиш” лойиҳаси танлов натижаларига кўра Ёш олимлар амалий тадқиқотлар давлат илмий-техника дастурига киритилди (Фан ва технологияларни ривожлантиришни мувофиқлаштириш кўмитасининг 2016 йил 9 март ЁА-10-004 сонли маълумотномаси).

муддатидан ўтган ҳомиладорларни кузатиш ва туғруқ индукцияси тамойиллари бўйича ишлаб чиқилган схемани қўллашда олинган натижалар соғлиқни сақлаш тизими, жумладан, Бухоро шаҳри шаҳар туғруқ комплекси, Бухоро шаҳар шифохонаси туғруқ бўлими клиник амалиётига жорий этилди (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2016 йил 22 августдаги 8н-г/49 сонли маълумотномаси). Тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий этилиши муддатидан ўтган ҳомиладорларда туғруқни прогнозлаш ва туғруқни бошқариш бўйича ташхис ва тактика сифатининг яхшиланиши, табиий бошланган туғруқлар миқдорининг ошиши, она ва ҳомиланинг туғруқ шикасти частотасининг ўртача 27,7% кўрсаткичга пасайишига ёрдам берди.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Диссертацияда баён этилган асосий ҳолатлар юзасидан илмий- амалий анжуманда, жумладан, мазкур тадқиқот натижалари, 1 та халқаро ва 8 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши.** Диссертация мавзуси бўйича жами 18 та илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий

аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш учун тавсия этилган илмий нашрларда 7 та мақола, жумладан, 14 таси республика ва 4 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг ҳажми ва тузилиши.** Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 132 бетни ташкил этади

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ ҚИСМИ

**Кириш** қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объект ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг назарий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларини жорий қилиш, чоп этилган ишлар ва диссертация структураси ҳақида маълумотлар берилган.

Диссертациянинг **“Муддатидан ўтган ҳомиладорлик ҳақидаги замонавий тасаввурлар”** биринчи бобида адабиётлар шарҳи келтирилган бўлиб, муддатидан ўтган ҳомиладорликнинг патогенези, ташхиси ва ҳомиладорларни назорат қилиш тактикаси тўғрисидаги замонавий адабиётлар таҳлили ўтказилган. Адабиётлар шарҳида турли патологик ҳолатларда биологик суюқликларнинг физик хоссаларини ўрганишнинг замонавий босқичи акс эттирилган. Адабиётлар шарҳи беш кичик боблардан иборат.

Диссертациянинг **“Муддатидан ўтган ҳомиладорлик ўзига хослигининг услубий таҳлили”** номли иккинчи бобида ишнинг мақсад ва вазифаларига мувофиқ 200 нафар ҳомиладорларнинг комплекс текширув маълумотлари келтирилган, шундан назорат гуруҳи (1) 50 (25,0%) нафар муддати етилган ҳомиладорлар, 75 (37,5%) нафар муддати узайган ҳомиладорлар (2 гуруҳ) ва 75 (37,5%) нафар муддати ўтган ҳомиладорлар (3 гуруҳ) иборат бўлди. Ҳомиладорлик ва туғруқнинг перинатал яқунларини аниқлаш учун қуйидагилар ўрганилди: акушер-гинекологик ва соматик анамнез, сўнгги ҳомиладорлик кечишининг ўзига хосликлари, ҳомила ҳолатини кузатиш маълумотлари, ҳомилани ўраб турган сув табиати, чақалоқнинг туғилиш ва эрта неонатал даврдаги ҳолати.

Ҳомиладорлигининг муддати ўтган аксарият аёллар фаол репродуктив даврда 18-37 ёш оралиғида бўлганлар (ўртача ёш  $24,5 \pm 1,2$ ). Ҳомиладор ва туққан аёлларнинг аксарияти ёши 19-25 ёшда бўлганлар: 14 (28,0%) нафари назорат гуруҳидан, 20 (26,7%) – 2 гуруҳдан, 12 (16,0%) – 3 гуруҳдан.

**Тадқиқотнинг махсус услублари.** Туғруққача стационарда бўлган барча ҳомиладор аёлларда клиник-лаборатор тадқиқотлар ўтказилди. Гормонал фон аниқланди: “HUMAN” (Германия) фирмаси реактивларини қўллаш орқали иммунофермент услуб ёрдамида эстрадиол ва прогестерон даражаси, қон зардобининг оптик зичлиги аниқланди.

Умумий холестерин (ХС), транспорт шакллардаги холестерин миқдори аниқланди: “Autohumolizer F1” (“Human”, Германия) автоматлашган биокимёвий комбайнида махсус реактивлар тўплами ёрдамида холестериннинг липопротеидларда паст (ХС ЛППЗ) ва юқори зичлиги (ХС ЛПЮЗ), триглицеридлар миқдори аниқланди. Олинган маълумотлар асосида атерогенлик коэффиценти (АК) ҳисобланди.

Қон зардобининг оптик зичлиги Шабалин В.Н. ва Шатохина С.Н. томонидан 1990 йилда таклиф этилган услуб ёрдамида аниқланди. Келиб тушган барча ҳомиладорларда бир маротаба ёки динамикада кўриш зарурияти бўлганда ҳомиладор организмнинг туғруққа тайёрлигини баҳолаш учун қон структуравий-оптик хоссалари дегидратация услуби орқали аниқланди.

Бачадон бўйни етилганлик даражаси Бишоп Е.Х. шкаласи бўйича баҳоланди. Ҳомиланинг биофизик профилини баҳолаш учун ҳомиланинг юрак фаолияти (ХЮФ), ҳомиланинг нафас ҳаракатлари (ХНХ), ҳомиланинг ҳаракатчанлик фаоллиги (ХХФ), йўлдошнинг етилганлик даражаси (ЙЕД) аниқланди (Grannum P., 1979 таснифига кўра).

Тадқиқот давомида олинган натижаларга Pentium-IV персонал компютерида Microsoft Office Excel-2012 дастури ёрдамида статистик ишлов берилди, статистик ишловнинг махсус тайёрланган функцияларидан фойдаланилди.

Диссертациянинг **“Ҳомиладорликнинг муддатдан ўтишини эрта ташхислаш имкониятлари”** учинчи бобда комплекс текширувлар маълумотлари келтирилган. Биз томонимиздан ҳомиладорларнинг қон зардобларида структуравий-оптик хоссалари учала гуруҳда тадқиқотнинг туғруқ фаолиятини башоратлашдаги аҳамияти аниқланган, биринчи гуруҳда – бир маротаба, 2 ва 3 гуруҳларда 2-3 марталик мониторинг ўтказилди.

Ҳомиладорлиги етилган 50 нафар ҳомиладорлардан иборат биринчи гуруҳда 39-40 ҳафтасида клинсимон дегидратация услуби ёрдамида қон зардобининг структуравий-оптик хоссаларини бир маротаба аниқланишида фасциянинг морфологик кўриниши тузилма структурасининг ўртамиёна даражаси ва радикал-симметрик суратдан иборат эканлиги намоён бўлди (1-расм). Бачадон бўйнининг етилганлик даражасини бимануал йўл билан баҳолашда ушбу гуруҳ ҳомиладорларида Бишоп шкаласи бўйича баҳо ўртача  $\geq 9$  баллга тенг бўлди. Ушбу гуруҳ ҳомиладорларида туғруқ фаолияти 39-40 ҳафтада тўсатдан бошланди, туғруқ меъёра, табиий йўл билан туғруқ фаолиятининг ижобий динамикасида ўтди.

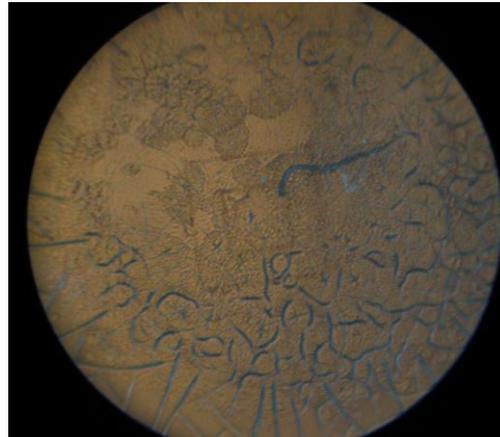
2 гуруҳда 75 нафар аёлдан 20 нафарида (26,7%) гестациянинг 41 ҳафтасига келиб, қон зардобининг оптик зичлигини текширишда фасциянинг морфологик тури структуравий бирлашувининг ўта паст даражасида бўлди, радикал-симметрик сурат кузатилмади (2-расм).

Гестация муддатининг ошиб бораётганига қарамай, туғруқ фаолияти бирдан рўй бермади, бу вазиятларда простагландинлар орқали туғруқни чақириш ҳал этилди. 55 нафар (73,3%) ҳомиладорларда структуравий қурилма ва радикал-симметрик суратнинг ўртамиёна даражаси аниқланди, текширувдан ва

коррекцияловчи метаболик терапиядан (хофитол эритмаси 2,5-5,0 мл) 2-3 кундан сўнг, тўсатдан туғруқ фаолияти бошланди ва ижобий динамика кузатилиб, она ва ҳомила учун туғруқ ижобий яқунланди.



**1-расм. Структуравий қурилманинг радикал-симметрик сурати (ўртамиёна даражаси)**



**2-расм. Радикал-симметрик суратнинг мавжуд эмаслиги (структуравий қурилманинг паст даражаси)**

Тадқиқотдан олинган натижаларни таҳлил қилаётиб, биз ҳомиладор аёлнинг қон зардобининг структуравий қурилмаси ва бўлажак туғруқ фаолияти орасида боғлиқлик мавжудлигини аниқладик. Ҳомиладорлар қон зардобиде радикал-симметрик суратга эга бўлган, мувофиқ морфологик турдаги фасциялар аниқланиши орқали, бир неча кун аввал спонтан туғруқ фаолиятининг бошланишини башорат қилиш имкони аниқланди. Бошқа морфологик турларда спонтан туғруқ фаолиятини прогноз қилишнинг имкони мавжуд эмас.

Шу тариқа, қон зардобини клинсимон дегидратация услуги билан тахминий туғруқдан 3-5 кун аввал тадқиқот қилишда ҳомиладор аёлда структуравий бирлашувнинг ўртамиёна даражаси ва фасциялар радикал-симметрик сурати аниқланади, бу билан бўлажак туғруқда яхши туғруқ фаолиятини ва унинг спонтан бошланиши башоратлаш аҳамиятли эканлиги эътиборни тортади. Структуравий бирлашувнинг паст даражаси ва фасцияларнинг радикал-симметрик суратининг мавжуд эмаслиги гестациянинг 42 ҳафтасидан ошган даврида туғруқ фаолиятининг ривожланишида ўзгаришларни прогнозлаши мумкин ва бу туғдириш тактикаси танлашни талаб этади.

Ҳомиладорлиги етилган аёллар қон зардобиде эстрадиол миқдорини ўрганиш давомида кўрсаткич  $348,8 \pm 18,0$  пг/мл га тенг эканлиги аниқланди (1 жадвал). Ҳомиладорлиги узайган аёлларда эстрадиол миқдори статистик равишда ҳомиладорлиги етилган аёллар кўрсаткичларига нисбатан 1,66 мартага пасайган ( $P < 0,001$ ). Ҳомиладорлик муддатидан ўтган аёлларда бу кўрсаткич статистик равишда ҳомиладорлиги узайган аёлларга нисбатан 1,84 мартага пасайган ( $P < 0,001$ ) ва ҳомиладорлиги етилган аёллар кўрсаткичларига нисбатан 3,05 мартага пасайган ( $P < 0,001$ ).

**Текширилаётган гуруҳлар ҳомиладор аёлларининг қон зардобиди  
эстрадиол ва прогестерон миқдори, (m±m), n=200**

Кўрсаткичлар	Ҳомиладорлик		
	етилган, n=50	узайган, n=75	муддатидан ўтган, n=75
Эстрадиол, пг/мл	350,4±3,08	210,1±4,5***	114,2±7,7***^^^
min – max	314 – 385	196 – 224	65 – 162
Прогестерон, мг/мл	7,1±0,13	18,1±0,48***	24,5±0,54***^^^
min – max	5,7 – 8,5	11,0 – 25,3	16,5 – 31,9

Эслатма: \* - етилган ҳомиладор аёллар гуруҳларининг маълумотларига нисбатан фарқланиш (\*\*\*) - P<0,001), ^ - ҳомиладорлиги узайган аёллар гуруҳлари маълумотлари нисбатан фарқланиш (^^^ - P<0,001)

Ҳомиладорлиги узайган ва муддатидан ўтган аёлларда ушбу кўрсаткич статистик равишда ҳомиладорлиги етилган аёлларга нисбатан 2,55 мартага (P<0,001) ва 3,45 (P<0,001) мартага сезиларли ўсган. Бунда, ҳомиладорлиги етилган аёлларда прогестерон даражаси ҳомиладорлиги узайган аёллар кўрсаткичларига нисбатан 1,35 мартага статистик сезиларли ошган (P<0,001).

Ўтказилган тадқиқотларга кўра, етилган ҳомиладорликда прогестерон:эстрадиол муносиблиги 0,020±0,031 га тенг бўлди, узайган ҳомиладорликда эса 0,086±0,485 га тенг бўлди, бу эса етилган ҳомиладор аёллар кўрсаткичларига нисбатан 4,3 мартага (P<0,001) юқори бўлган; муддатидан ўтган ҳомиладорликда - 0,215±0,176 га тенг бўлди. Ушбу кўрсаткич ҳомиладорлиги етилган ва узайган аёллардаги миқдорий белгиларга нисбатан, мос равишда, 10,75 (P<0,001) ва 2,50 (P<0,001) мартага ортиқ бўлган.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликда етилган ҳомиладорликка нисбатан бемор аёллар қон зардобиди ПЛ миқдорининг мос равишда, 330,8 дан 240,3 га ишончли пасайиши ҳомиладорлик муддатининг узайиши йўлдош гормонал функциясининг бузилишига олиб келишига ишора қиляпти.

Ҳомиладорлиги узайган аёлларнинг қон зардобиди ТГ миқдори 1,61±0,06 ммоль/л гача ошган, муддатидан ўтган ҳомиладорликда эса 1,68±0,07 ммоль/л гача ошган, ушбу кўрсаткичнинг етилган ҳомиладорликда 1,37±0,06 ммоль/л га тенг бўлди. Келтирилган маълумотлардан кўриб турибмизки, узайган ҳомиладорликда триглицеридлар даражасида ошиш тенденцияси бўлса, муддати ўтиб кетган ҳомиладорликда кўрсаткич 1,23 (P<0,01) мартага сезиларли ошиши кузатилади.

Умумий холестерин даражаси ва ЛПЎПЗ таркибидаги холестерин даражаси ошиши аниқланган бўлса, ЛППЗ холестерин статистик 1,3 (P<0,05) мартага ўсган. ЛПЮЗ холестерин етилган ҳомиладор аёллар сонларига нисбатан статистик 1,36 (P<0,05) мартага пасайган. Муддати ўтган ҳомиладорликда аёллар умумий холестерини, ЛПЎПЗ ва ЛППЗ холестерин миқдори етилган ҳомиладор аёллар кўрсаткичларига нисбатан кўп фарқланмади. Фақатгина ЛПЮЗ холестерин миқдори 1,63 (P<0,01) мартага

статистик пасайган. Ҳомиладорлик муддати узайган ва ўтган аёлларда АК кўрсаткичи мос равишда, статистик  $4,93 \pm 0,08$  дан  $5,47 \pm 0,08$  гача ва  $5,41 \pm 0,18$  гача ошган. Бу кўрсаткичлар меъерий ўлчамлардан, мос равишда, муддати узайган ва ўтган ҳомиладорликда 1,11 ( $P < 0,001$ ) и 1,10 ( $P < 0,05$ ) мартага ошиб кетган.

Муддати узайган ҳомиладорликда аёллар қон зардобида альбуминлар миқдори етилган ҳомиладор аёллар кўрсаткичларига нисбатан статистик аҳамиятли равишда 1,26 мартага ( $P < 0,001$ ) пасайган.

## Жадвал 2

### Текширувдаги ҳомиладор аёлларнинг қон зардобида турли синф оксилларининг миқдори, $M \pm m$ (n=200)

Кўрсаткичлар	Ҳомиладорлик		
	етилган, n=50	узайган, n=75	муддатидан ўтган, n=75
Альбуминлар, г/л, Min – max	$39,3 \pm 0,64$	$31,1 \pm 0,51^{***}$	$32,9 \pm 0,71^{***\wedge}$
	31,8 – 46,6	23,6 – 38,6	23,2 – 42,7
АпоА оксиллар, min – max	$66,5 \pm 0,70$	$48,6 \pm 0,48^{***}$	$46,5 \pm 1,16^{***}$
	58,6 – 73,9	41,6 – 55,6	30,6 – 62,7
АпоВ оксиллар, min – max	$42,7 \pm 0,43$	$36,7 \pm 0,37^{***}$	$64,0 \pm 1,20^{***\wedge\wedge}$
	37,1 – 48,8	31,4 – 42,1	46,0 – 82,3

Эслатма: \* - етилган ҳомиладор аёллар гуруҳларининг маълумотларига нисбатан фарқланиш (\*\*\*) -  $P < 0,001$ , ^ - ҳомиладорлиги узайган аёллар гуруҳлари маълумотлари нисбатан фарқланиш (^^^ $P < 0,05$ , -  $P < 0,001$ )

Худди шундай ўзгаришлар муддатидан ўтган ҳомиладор аёлларда ҳам аниқланди. Бироқ вариацион қаторнинг катта фарқига кўра, улар статистик аҳамиятсиз белгиларга эга бўлдилар ва узайган ҳомиладорлик кўрсаткичларидан деярли фарқланмадилар.

Қон зардобида АпоА оксили миқдорининг тадқиқоти етилган ҳомиладор аёллар сонларига нисбатан статистик аҳамиятли 1,37 мартага ( $P < 0,001$ ) пасайишни кўрсатди. Ушбу оксилнинг янада пастроқ миқдори муддати ўтган ҳомиладор аёлларда кузатилди (1,43 мартага,  $P < 0,001$ ). Бироқ узайган ва муддатидан ўтган ҳомиладор аёллар кўрсаткичлари орасидаги фарқлар бўлмади. Ҳомиладорлик узайган аёллар қони зардобида апоВ оксили концентрацияси пасайиш тенденциясига эга бўлди, муддати ўтган ҳомиладорликда эса унинг миқдори узайган ва муддатидан ўтган ҳомиладорликка нисбатан 1,50 ( $P < 0,001$ ) ва 1,16 ( $P < 0,001$ ) мартага ошганининг гувоҳи бўлдик.

Йўлдошнинг жойлашган ўрнининг таҳлилига кўра, муддатидан ўтган ҳомиладор аёлларнинг 25 (33,3%) вазиятида йўлдош бачадон тубида жойлашган. 12 (16,0%) нафарида бачадон тубида чап томонида, 8 нафарида (10,7%) тубида ўнг томонида, қолган 30 (40,0%) нафар аёлларда бачадоннинг олд деворида жойлашгани аниқланди. Назорат гуруҳида бу кўрсаткичлар 12 (24,0%) ва 38 (76,0%) аёлларда бачадон бўшлиғининг орқа деворида яхши жойлашганини кўрсатди. Йўлдошнинг жойлашган ўрнини таҳлил қилишда муддати узайган ҳомиладор аёллар гуруҳида назорат гуруҳи билан қиёсда катта фарқ кузатилмади.

Асосий гуруҳда бачадон бўйнининг етилмаганлик ҳолати 55 (73,3%) нафар аёлда ва фақатгина йўлдош бачадон тубида жойлашганидагина кузатилди. 20 нафар (26,7%) аёлнинг бачадон бўйни етилаётган деб тан олинди, 0 (0%) ҳолатда – етилган. Муддати узайган ҳомиладорлар гуруҳида бачадон бўйни 12 (16,0%) аёлда етилмаган, 25 (33,3%) аёлда – етилаётган ва 38 (50,7%) – етилган деб ҳисобланди.

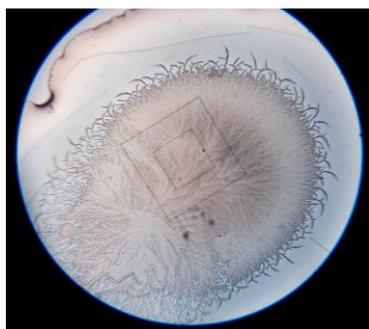
Ҳомиланинг биофизик профилини урганишда биз томонимиздан муддатидан ўтган ҳомиладорликда ҳомиланинг сезиларли ўзгаришлари аниқланди.

Муддати узайган ҳомиладорларда бачадоннинг етилаётган бўйни 25 (33,3%) аёлда, “етилган” - 38 (50,7%), “етилмаган” – фақат 12 (16,0%) аёлда аниқланди. Муддати ўтган ҳомиладорликда бачадон бўйни етилмаганлик ҳолати 55 (73,3%) аёлда, етилган – 20 (26,7%) аёлда кузатилди, ва етилганлик ҳолати умуман кузатилмади. Бачадон бўйни “етилган” аёлларда 8% ида орқага оған, “етилаётган” ида 59% да, “етилмаган” бачадон бўйни бўлган тадқиқотдаги барча аёлларда эса орқага оған эди. Бачадон бўйни кичик тоснинг ўқи бўйича жойлашуви частотаси ”етилган” аёлларнинг 94%ида, “етарли етилмаган” – 28% ида, бачадон бўйни “етилмаган” ҳомиладорларда эса тос ўқи бўйича жойлашмаган эди. Бачадон бўйни консистенцияси бўйича, “зич” бачадон бўйни “етилган” бачадон бўйни бўлган аёлларнинг бирортасида ҳам кузатилмади, бунда “етилаётган” ва “етилмаган” бачадон бўйни бўлган аёлларда “зич” бачадон бўйни мос равишда, 18% ва 78% аёлда кузатилган.

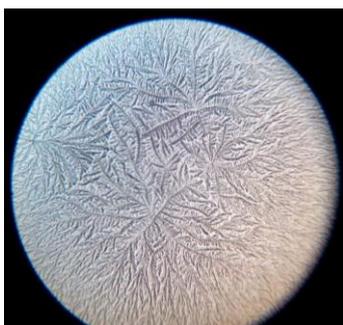
Муддати ўтиб кетаётган ҳомиладорларда бимануал курганда бачадон бўйни узунлиги 6-25 мм орасида бўлди. “Етилган” бачадон бўйни бўлган аёлларда, бимануал аниқланган бачадон бўйни ўртача узунлиги  $10,8 \pm 0,3$  мм ни ташкил этди, “етарлича етилмаган” аёлларда эса  $16,5 \pm 0,6$  ни, “етилмаган” бачадон бўйни аёлларида  $18,7 \pm 0,24$  мм ни ташкил этди. Ҳомиланинг олд қисми кичик тосга кириш ҳолатини аниқлашда маълум бўлишича, муддати ўтган ҳомиладор аёлларнинг 100 %ида ҳомила кичик тосга қисилиб кириб келгани аниқланган.

Тадқиқотда иштирок этган 200 нафар ҳомиладор аёлнинг қон зардобларининг структуравий-оптик хоссаларини баҳолаш таҳлилида биз томонимиздан шу маълум бўлдики, 1 гуруҳда структура бирлашувининг ўртамиёна даражаси 50 (100,0%) нафар ҳомиладорда кузатилди, структуравий бирлашувнинг паст даражаси кузатилмади. 2 гуруҳда 55 (73,3%) нафар аёлларда структуравий бирлашувнинг ўртамиёна даражаси кузатилди, 20 (26,6%) нафар ҳомиладорда эса паст даражада бўлди, 3 гуруҳда – муддати ўтган ҳомиладор аёлларнинг 50 (66,7%) нафарида структуравий бирлашувнинг паст даражаси, 25 (33,3%) нафарида эса структуравий бирлашувнинг паст даражаси кузатилди.

Қон зардоби фасцияларининг тизимли қурилмасига боғлиқ равишда ҳомиладор аёллар уч гуруҳга ажратилдилар. Биринчи гуруҳга 99 (49,5%) нафар ҳомиладор киритилди, уларда фасцияларнинг морфологик кўриниши структуравий қурилмаси, радиал-симметрик суратнинг ўртамиёна даражаси кузатилди (3-расм). Улардан 76 (76,8%) нафарида бачадон бўйни етилган эди, 23 (23,2%) нафарида етилаётган эди. Иккинчи гуруҳга 64 (32,0%) ҳомиладор аёл киритилди, уларда фасцияларнинг морфологик тури структуравий бирлашувининг паст даражаси билан намоён бўлди ва радиал-симметрик сурат кузатилмади (4 расм).



**3-расм. Радиал-симметрик сурат**



**4-расм. Радиал-симметрик суратнинг мавжудмаслиги (структуравий бирлашувнинг паст даражаси)**



**5-расм. Радиал-симметрик суратнинг мавжудмаслиги (структуравий бирлашувнинг ўта паст даражаси)**

Улардан 30 (49,6%) нафари етилмаган, 30 (46,9%) нафарида етиляётган ва 4 (6,3%) нафарида бачадон бўйни етилган бўлди. 3 гуруҳ 37 (18,5%) ҳомиладор аёлдан иборат бўлди, уларнинг барида структуравий бирлашувнинг ўта паст даражаси (100,0%) кузатилди (5-расм). Биз томонимиздан тўпланган натижалар шуни тасдиқладики, бачадон бўйни етилганлик даражаси ва қон зардобининг структуравий-оптик хоссалари ҳолати орасида тўғридан тўғри корреляцион алоқа мавжуд ( $r=0,859$ ). Шундай қилиб, бачадон бўйни етилмаган барча 67 нафар ҳомиладорда (100,0%) структуравий бирлашувнинг паст даражаси аниқланган.

Санаб ўтилган мезонлар муддатидан ўтаётган ҳомиладорликни ташхислашнинг қўшимча мезонлари сифатида биз томонимиздан таклиф этиляётган клинсимон дегидратация услуги орқали қон зардобининг структуравий-оптик хоссаларини ва унинг структуравий бирлашуви даражасини аниқлаш услубининг муҳимлигини асослаш учун келтирилган. Тестнинг сезувчанлиги 90,0% ни ташкил этиб, ўзига хослиги 70,0%, аниқлиги 95,0 % дан иборат.

Диссертациянинг “Муддатидан ўтган ҳомиладорликда оптимал туғдириш тактикасини танлаш” тўртинчи боби таклиф этилган туғдиришга тайёргарлик услубининг ва муддатидан ўтган ҳомиладорликда акушерлик тактикасини танлаш самарадорлигини баҳолашга бағишланган. Биз томонимиздан муддати узайган ҳомиладорликда туғдиришнинг қайси услуги қўлланилишига қараб, туғруқнинг клиник кечиши, туғруқдан кейинги давр ва чақалоқнинг ҳолати кузатилди. Ҳомиладор аёллар кичик гуруҳларга ажратилди: 38 (50,7%) нафар аёлда туғруқ фаолияти спонтан бошланди (1 кичик гуруҳ); бунда спонтан туғруқ бошланишида туғруқ салбий динамикада мураккаблашди, бунда 16 (21,3%) аёлга окситоцин билан туғруқ индукцияси ўтказилган эди (2 кичик гуруҳ). 29 (38,7%) нафар аёлга туғруқ фаолияти туғруқ индукцияси простагландинлар орқали, 8 (10,6%) нафар аёлда мифепристон билан амалга оширилди (3 кичик гуруҳ). 1 кичик гуруҳ 18% аёллари ва 2 кичик гуруҳининг 16,3% аёллари туғруқларида қоғоноқ сувларининг вақтидан олдин кетиши, кучаниқларнинг сустлиги фақат бир аёлда кузатилди, бу 3,3% ни ташкил этди. Муддати узайган ҳомиладорликда индукцияланган туғруқларнинг давомийлиги

етилган ҳомиладорликка хос ўртача муддатларидан бирмунча камроқ бўлди, 1 ва 2 кичик гуруҳларда эса деярли фарқланмади. Туғруқ вақтида юзага келган асоратларни таҳлил қилишда, аксарияти 1 ва 2 кичик гуруҳларда аниқланди, 3 кичик гуруҳда нисбатан кам учраган. Шу тариқа, йўлдош кўчишининг бузилиши мос равишда 3,3%, 4,3% , 0% вазиятларда учради. 2 кичик гуруҳда биргина вазиятда тўлғоқ вақтида ҳомила дистресси рўй берди. Шу билан бирга, биз томонимиздан шу аниқландики, 3 кичик гуруҳда 29 нафар ҳомиладор аёлдан 4 нафариди (5,3%) УТТ асосида ҳомила гипоксияси ташхисланди.

Жарроҳлик амалиёти услублари 7 (9,3%) нафар аёлда қўлланилди. Чиқарув акушерлик қисқичларини қўллаш 2 кичик гуруҳнинг 1 нафар аёлда амалга оширилди, ҳомиланинг ўткир гипоксияси туфайли 3 кичик гуруҳнинг - 4 нафар аёлида ва туғруқ фаолиятининг дисскоординацияси туфайли 2 аёлида туғруқ жарроҳлик йўли билан яқунланди. 4 ҳолатда кесарча кесиш амалиёти режа асосида, 2 ҳолатда эса шошилиш тартибда ўтказилди. Чақалокларнинг Апгар шкаласи бўйича ҳолатини баҳолаш ўртача кўрсаткичлари туғруқни бошқариш услубларига боғлиқ равишда кичик гуруҳларда бир-биридан фарқланмади ( $7,84 \pm 0,3$ ,  $7,85 \pm 0,24$ ,  $7,75 \pm 0,23$ ). Беллентайн-Рунге бўйича муддатидан ўтиш аломатлари кузатилмади. Чақалокларнинг ўртача вазни  $3500,0 \pm 250,0$  г ни ташкил этди.

Кузатувимиз остида муддатидан ўтган 75 нафар аёл бўлди. Тадқиқотимизга қуйидаги мезонлар бўйича киритилди: ҳомиладорлик муддати 42-43 ҳафта, ҳомиланинг боши билан келиши, бачадон бўйни ҳолати Бишоп индекси бўйича 0-4 балл, шошилиш тартибда туғдиришга кўрсатмалар йўқлиги.

Ҳомиладорлар кичик гуруҳларга ажратилди: 25 (33,3%) нафар аёл 1 кичик гуруҳда, стационарга келиб тушганда, бачадон бўйни бимануал кўрик асосида “етилаётган” деб топилди, қон зардобининг оптик зичлиги ўртамиёна намоён бўлган радиал суратга эга бўлди. Туғруқ фаолияти ўтказилган спазмолитик ва метаболик терапия фонида стационарга келиб тушганидан 24-48 соат ўтиб, спонтан рўй берди. 2 кичик гуруҳга 20 (26,6%) нафар аёл киритилди, уларда бачадон бўйни “етилмаган” деб топилди ва қон зардобидида фасциялар структуравий бирлашувининг паст даражаси аниқланди, бу аёлларга простагландин E<sub>2</sub> (динапростон 3мг таблеткада) интравагинал қўйилди, 3 кичик гуруҳнинг 30 (40%) нафар аёлида бачадон бўйнининг тайёргарлиги мифепристон-антипрогестерон таъсирли восита билан ўтказилди.

1 кичик гуруҳга тегишли 25 нафар аёлда туғруқлар спонтан бошланди ва табиий йўл билан туғдирилди. 6 нафар (24%) аёлда туғруқ вақтида қоғаноқ сувларининг ўз вақтида тўкилиши содир бўлмади. Йўлдош кўчишида ўзгаришлар 3 (12%) нафар аёлда рўй берди, туғруқ йўлларининг шикастланиши бу кичик гуруҳда етилган ҳомиладорликдан кўп фарқ қилмади. 7 (28%) аёлда туғруқ салбий динамикада мураккаблашди, бу туфайли УТТ услуги билан ҳомиланинг бачадон ичи ҳолати ва ҳомиланинг биофизик профили ҳисоби бўйича (4-3 балл) аниқ баҳоланди ва окситоцин билан туғруқ стимуляцияси амалга оширилди. Туғруқнинг стимуляцияси 5 нафар аёлда самарали бўлди, туғруқ кучининг ижобий динамикаси кузатилди ва улар табиий йўл билан туғдирилди. Қолган икки аёлда туғруқ стимуляцияси самарасиз бўлди ва ҳомиланинг бачадон ичи ҳолати ёмонлашди, тегишли равишда, вазият коллегиял ҳолатда жарроҳлик амалиётига ҳал этилди. Умумий ўртача тана вазни

3670,7±43,5 г, бўйи 54,3±0,3 см бўлган 25 нафар чақалоқ дунёга келди, чақалоқларнинг вазни ва бўйи етилган ҳомиладорликдаги кўрсаткичлардан бирмунча юқори бўлди. Барча чақалоқлар Беллентайн-Рунге синдроми бўйича муддатдан ўтган ҳомиладорликнинг белгилари билан туғилдилар. Апгар шкаласи бўйича ўртача баҳо 7,84± 0,3 баллга тенг бўлди.

2 кичик гуруҳга гестациянинг 42 ҳафтаси ва ундан ортиқ муддатли 20 нафар стационарга келиб тушган аёллар киритилди. Ушбу аёлларнинг қон зардоблари таҳлил қилинганда фасцияларнинг морфологик тури структура бирлашувининг энг паст даражаси ва радиал-симметрик суратнинг мавжуд эмаслиги аниқланди. Ушбу гуруҳ ҳомиладор аёлларида бимануал кўрикда бачадон бўйни “етилмаганлиги” аниқланди. Туғруққача тайёрлов мақсадида биз Хофитол эритмасини 2,5-5,0 мл дан 3-4 кун давомида метаболик терапия сифатида буюрдик, кейин эса Гландин E<sub>2</sub> 3,0 мг дозасида интравагинал қўйиш орқали туғруқни индукциялаш амалга оширилди.

Ўрганилаётган кўрсаткичларнинг олиб борилган мониторинги асосида қуйидаги аниқланди: 9 нафар аёлда структуравий бирлашувнинг юқори даражаси кузатилди, бу текширилаётган даврда бўлажак туғруққа организмнинг адаптацион реакциялари комплексининг шаклланаётганини англатади.

Бу аёлларда туғруқ фаолияти спонтан бошланди, туғруқ фаолиятининг динамикаси ижобий бўлиб, барча 9 нафар аёлда туғруқлар консерватив усулда табиий туғруқ йўллари орқали амалга оширилди. Қоникарли ҳолатдаги Апгар шкаласи бўйича 8-9 балл баҳога тенг 9 нафар чақалоқлар дунёга келди, тана вазни 3,700±120,0 г тенг бўлди.

2 кичик гуруҳнинг 11 ҳомиладор аёлларидан 3 нафарида қон зардобининг морфологик кўринишини назорат текширувида структуравий бирлашувнинг ўта паст даражаси ва фасцияларнинг радиал-симметрик суратининг йўқлиги аниқланди. Бимануал кўрикда бачадон бўйни “етилмаган” ҳолатда сақланиб турарди. Ушбу аёлларда ареактив стрессиз тест 75,65% аёлда, ҳаракат фаоллигининг бузилиши – 80,0% аёлда, назорат гуруҳи билан қиёсда қоғаноқ сувларининг камайиб кетиши 1,7 мартага кўп, йўлдош қалинлигининг 1,2 мартага қисқариши кузатилди, шу муносабат билан бу аёллар абдоминал йўл билан туғдирилди. Қон кетиши ўртача 435±15,0 г ни ташкил этди. Апгар шкаласи бўйича 7-8 кўрсаткичга тенг, муддатидан ўтганлик аниқ аломатлари бўлган 3 нафар чақалоқлар туғилди. Эрта неонатал даврда барча чақалоқларда энгил шаклдаги ишемик-гипоксик энцефалопатия ташхисланди. Аёллар ва чақалоқлар қоникарли ҳолатда 7-8 кунга келиб, уйга кетишларига рухсат берилди.

Структуравий бирлашувнинг энгил даражаси ва “етилаётган” бачадон бўйни бўлган қолган 8 нафар ҳомиладор аёлларга биз томонимиздан Гландин E<sub>2</sub> 3,0 мг интравагинал қўйиш орқали туғруқни индукциялашнинг иккинчи тури қўлланилди, бунда аёлга вена ичига в-адреномиметиклардан гинипрал 2,5мг 200 мл физиологик эритмада эритилиб, дақиқасига 8-10 томчидан юборилди. Бу аёлларда 12-24 соатдан сўнг туғруқ фаолияти спонтан бошланди. 5 (62,5%) нафар ҳомиладор аёлнинг туғруқ фаолиятини динамик кузатувида туғруқ жараёни туғруқ фаолияти дискоординацияси билан ва ҳомиланинг бачадон ичи ўткир дистресси билан қийинлашди. Шу асосида коллегиял ҳолатда жарроҳлик амалиётини қўллаш ҳал этилди. 3 (37,5%) нафар аёлда туғруқлар меъёрий кечди,

табий йўл билан туғруқ йўллари бўйича она ва бола учун ижобий равишда туғдирилди. Жарроҳлик ва жарроҳликдан кейинги даврлар сокин ўтди. Умумий тана вазни 3750, ±120,0г га тенг 8 нафар чақалоқ туғилди, Апгар шкаласи бўйича ўртача баҳо 1 дақиқасида 7,52 ±0,91; 5 дақиқасида эса 8,57±0,67 га тенг бўлди. МАТ нинг гипоксик-ишемик зарарланиши 4 нафар чақалоқда ташхисланди, бу 50% ни ташкил этди. Кўзғалиш синдроми 3 (37,5%) нафар чақалоқда кузатилди.

Ушбу 3 кичик гуруҳнинг стационарга гестациянинг 43 ҳафтасида келиб тушган қолган 30 нафар ҳомиладор аёлларида қон зардобиди структуравий бирлашувнинг ўта паст даражаси ва радиал-симметрик суратнинг йўқлиги аниқланди. ХБП ни балл тизими асосида ўрганишда компенсацияли йўлдош етишмовчилиги 16 (53,3%) аёлда, ва субкомпенсацияли шакли 14 (46,6%) аёлда аниқланди. Барча 30 ҳомиладорларда бачадон бўйнининг етилмаганлиги кузатилди. Ҳомиладорларнинг қон зардобларини мониторингида фасцияларнинг морфологик шакли структуравий бирлашувнинг ўта паст даражасида сақланиб қоларди.

Ушбу кичик гуруҳнинг барча ҳомиладорлари стационарга келиб тушганларидан сўнг, уларда туғруқ индукцияси бошланди, бунда биз ўрганаётган параметрлар назоратида остида, мифепристон билан кўрсатилган схема бўйича ва фетаплацентар етишмовчиликни Хофитолнинг икки босқичли тартиби бўйича даволаш билан ишлари амалга оширилди.

Назорат мануал кўригида ушбу кичик гуруҳнинг 30 нафар ҳомиладор аёлидан 22 нафарида бачадон бўйни туғруққа тайёргарликни бошлади, унинг структуравий ўзгаришлари Бишоп бўйича 7-8 баллга мос келди, ва биз томонимиздан “етилган” деб топилди, ҳомиладорлар қон зардобининг оптик зичлиги аниқ радиал-симметрик суратга эга бўлди. Шу муносабат билан, 8 (36,3%) нафар аёлда мифепристоннинг бир марталик қабулидан сўнг, 24-48 соат ичида спонтан туғруқ фаолияти бошланди, 14 (63,6%) нафар ҳомиладорларда эса иккинчи қабулидан сўнг бошланди. 22 ҳомиладордан 16 (72,7%) нафарида туғруқ фаолиятининг динамикаси ижобий бўлди, тўлғоқлар мунтазам, бачадон бўйни очилиш динамикаси параметрлари меъерий физиологик туғруқларга мос бўлди. Қолган 6 нафар ҳомиладорда туғруқ фаолиятининг динамик кузатувида қониқарсиз туғруқ прогресси аниқланди, бунинг асосида амниотомия амалга оширилди ва 2 соат давомида кузатилди. 4 нафар аёлда 1-2 соат ўтиб, тўлғоқлар кучи ўсаётгани аниқланди, туғруқнинг ижобий прогресси туфайли туғруқнинг медикаментоз индукциясидан воз кечилди. 2 нафар аёлда амниотомиядан сўнг, туғруқ фаолиятининг фаоллашиши кузатилмади ва биз томонимиздан окситоцин билан туғруқ тсимуляциясини ўтказиш ҳал этилди. Окситоциннинг 5 бирлиги 400 мл изотоник эритмада эритилиб, дақиқасига 4 томчидан юбориш бошланди, бу тахминан, 2,5мЕд>дақ тўғри келди. Инфузиянинг тезлигини ҳар 30 дақиқада яна 4 томчи/дақиқасига ошириб борилди, бу чора 10 дақиқада 40 сониялик 3-4 тўлғоқ тутишигача амалга оширилди. УТТ тадқиқотининг мониторингида ва балл тизими бўйича баҳоланаётган ХБП кузатувида ҳомиланинг аҳволи 2 балл деб баҳоланди, бу декомпенсацияли йўлдош етишмовчилигидан дарак берди.

Кесарча кесиш йўли орқали икки нафар чақалоқ асфиксиянинг оғир шаклида олинди, Апгар шкаласи бўйича 3-4 балл, неонатологлар томонидан биринчи реанимация ёрдами кўрсатилди. Эрта неонатал давр ишемик-гипоксик

энцефалопатия билан мураккаблашди. Чакалоқларнинг тана вазни 3550,0 и 3780,0 ташкил этди.

Ушбу кичик гуруҳнинг 8 нафар ҳомиладор аёлида туғруқ индукцияси ва медикаментоз терапияси ўтказилгандан сўнг, бачадон бўйнининг мануал кўригида ижобий динамика кузатилмади, у “етилмаган” бўлиб сакланиб турарди, Бишоп шкаласи бўйича 3-4 балл ташкил этди. Қон зардобининг кўриниши эса ноаниқ ва радиал структуравий бирлашувсиз бўлди. Ҳомиланинг бачадон ичи гипоксия ҳолатини инобатга олиб, барча аёлларга жарроҳлик олди тайёрлов комплексида хофитол инфузиясини 5,0 мл в/и қуйишни мақсадга мувофиқ деб топдик. Умумий қон йўқотиш ўртача  $450 \pm 45$  мл ни ташкил этди.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликда 73,3% туғруқлар табиий туғруқ йўллари орқали содир бўлди, 26,6% туғруқлар кесарча кесиш усули орқали якунланди ва шундан, 8 нафар (40%) ҳомиладорда режали тартибда, 12 нафар (60%) ҳомиладор аёлда шошилиш тартибда амалга оширилди (3 жадвал).

### 3 жадвал

#### Проспектив тадқиқот гуруҳида туғруқлар якуни (n=200)

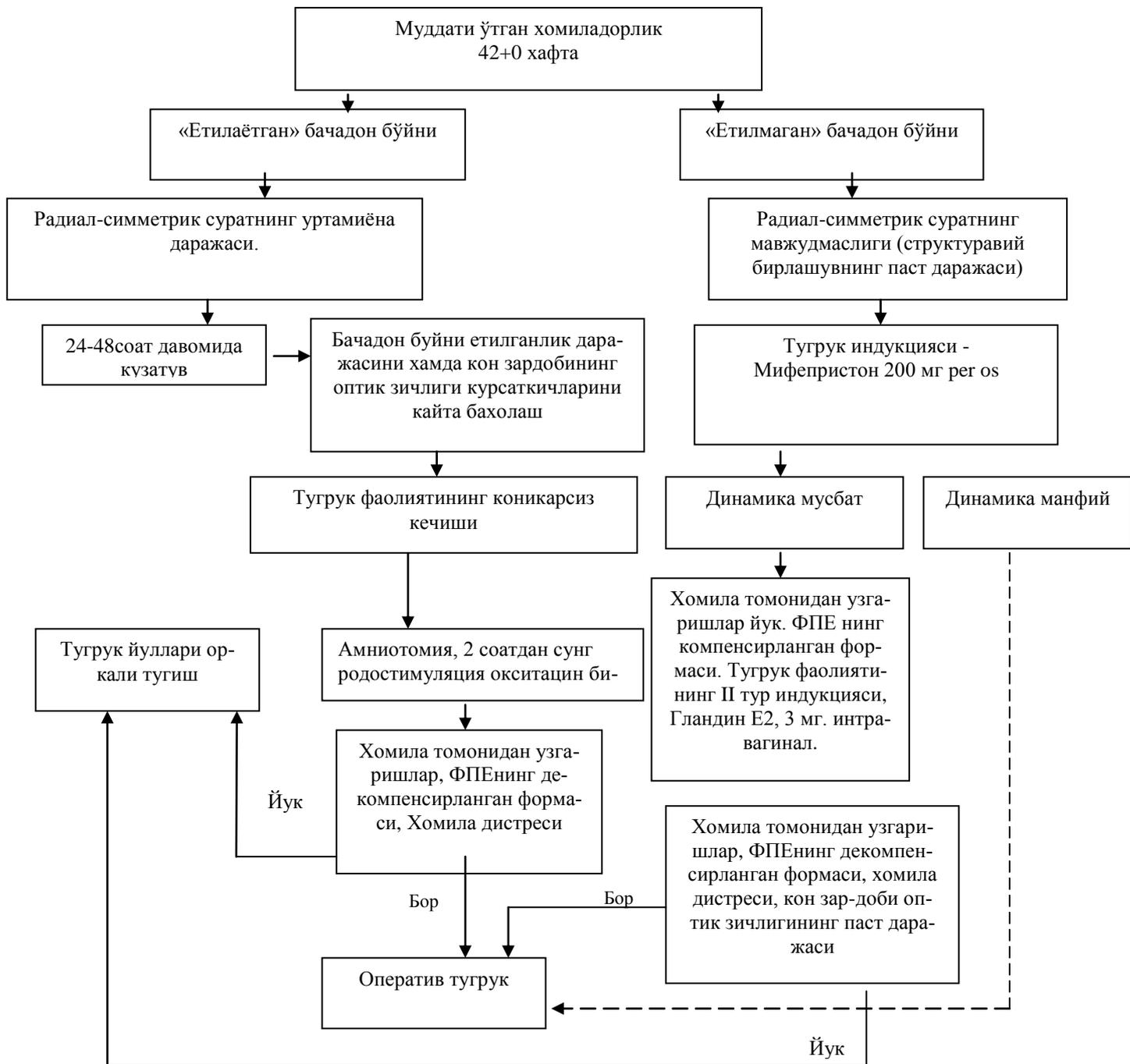
Туғдириш услублари	Назорат гуруҳи (39-40 ҳаф), n=50		2 гуруҳ (41-42 ҳаф), n=75		3 гуруҳ 42 ва ундан ортиқ ҳафта, n=75	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Табиий туғруқ йўллари бўйича туғруқлар						
- спонтан	50	100,0	38	50,6***	25	33,3***^
- индукцияланган	0	0	37	49,3***	50	66,6***^
Жарроҳлик амалиётли туғруқлар:	0	0	7	9,3*	20	26,6***^
- режали;	0	0	4	5,3	8	10,6*
- шошилиш.	0	0	2	2,6	12	16,0***^^
Акушерлик қисқичлари	0	0	1	1,3	0	0

Эслатма: \* - етилган ҳомиладор аёллар гуруҳларининг маълумотларига нисбатан фарқланиш (\* -  $P < 0,05$ , \*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ ), ^ - ҳомиладорлиги узайган аёллар гуруҳлари маълумотлари нисбатан фарқланиш (^ $P < 0,05$ , ^^ -  $P < 0,01$ )

Умуман олганда, муддати узайган ҳомиладорлик билан қиёсланганда МЎ ҳомиладорлик туғруқларининг асоратлари 3,5-4 марта кўп учрамоқда. Асфиксия 43,3% ҳолатда кузатилди. Гиперкўзғалиш синдроми асосий гуруҳда 36,6%ни, қиёсий гуруҳда эса 3,3% ни ташкил этди, бу 11 мартага кам дегани. Геморрагик ва тиришиш синдромлари 3 гуруҳда кузатилди ва мос равишда, 20% ва 10% ни ташкил этди.

Мифепристонни қўллашда бачадон бўйни “етилиши”га 73,3% ҳолатда эришилди. Бунда туғруқ фаолияти мустақил ривожланди, ёки режали туғруқни кўзғаш усули (амниотомия) орқали эришилди. Шу билан бирга, етарлича “етилмаган” бачадон бўйнида динопростоннинг қўлланилиши 26,6% ҳолатда бачадоннинг қисқариш фаолиятида бузилишларга сабаб бўлди ва бачадон бўйни “етилган” даражаси фақат 45% ҳолатда эришилди. Динопростон қўлланилгандан сўнг, 40% ҳолатда патологик прелиминар давр кузатилди, бу ҳолат токолитик терапияни талаб этади.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликда мифепристон билан бачадон бўйнини туғруққа тўғри тайёрлаш юқори тиббий (66,6% табиий туғруқлар, туғруқда она ва боланинг шикастланиш кўрсаткичлари пасайиши) ва ижтимоий (перинатал касалланишлар ва ўлим ҳолатлари камайиши, соғлом авлоднинг дунёга келиши) самарага эришиш имконини беради (6-расм).



**Расм 6. Муддати ўтган ҳомиладорларда туғруқни олиб бориш алгоритми**

## ХУЛОСА:

1. Муддати ўтган ҳомиладор аёллар туғруқда асоратлар рўй бериши мумкин бўлган юқори хавф гуруҳига киритилади, 2,5 марта кўпроқ туғруқлар абдоминал туғдириш йўли билан яқунланади, оддий популяция билан тенглаштирилганда перинатал йўқотишлар миқдори 2 мартага кўп.
2. Муддатидан ўтган ҳомиладорликни аниқлаш ва бачадон қисқариш фаолияти ва унинг утератоникларга рефрактерлигини башоратловчи ишончли индикатор қон зардоби фасцияларида структуравий бирлашувларнинг даражасидир.
3. Қон зардобининг оптик зичлиги, қон липидлари, гормонлар (эстроген, прогестерон, йўлдош лактогени) ва бачадон бўйни етилганлик даражасининг ўзаро специфик корреляцион алоқаси ўрнатилди, улар туғруқ йўллариининг туғруққа тайёрлиги ва туғруқнинг ижобий яқунлари имкониятларига ишора қилади.
4. Бачадон бўйни ҳолати кўп ҳолларда туғруқнинг кечиши ва яқунини белгилаб беради. Ҳомиладорликнинг 41 ҳафтадан ошган даврида бачадон бўйнининг етилмаганлиги акушерлик вазиятини муносиб баҳолаш ва туғруқ йўллариини тайёрлашга қаратилган фаол тактика учун асос бўлиб хизмат қилади.
5. Декомпенсацияли фетоплацентар етишмовчиликда, бачадон бўйнининг медикаментоз туғруқ индукциясига рефрактерлигида туғдиришнинг оптимал усули режали тартибда кесарча кесиш йўли ҳисобланади.

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

**Нажметдинова Дилфуза Фархатовна**

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕ-  
НИЯ РОДОВ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

**14.00.01– Акушерство и Гинекология**

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

**ТАШКЕНТ – 2018**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за В2017.1. PhD/Tib10**

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский) размещен на веб-странице по адресу ([www.tashpmi.uz](http://www.tashpmi.uz)) и информационно-образовательном портале «ZiyoNet» по адресу [www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz).

<b>Научный руководитель:</b>	<b>Негматуллаева Мастура Нуруллаевна</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Официальные оппоненты:</b>	<b>Каримова Деля Фахрутдиновна</b> доктор медицинских наук, профессор <b>Пахомова Жанна Евгеньевна</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Ведущая организация:</b>	<b>Самаркандский Медицинский институт</b>

Защита диссертации состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г. в «\_\_» час. на заседании Научного совета по присуждению ученых степеней DSc.27.06.2017.Tib.29.01 при Ташкентском педиатрическом медицинском институте (Адрес:100140, г.Ташкент, Юнусабадский район, ул. Богишамол, 223.Тел./факс: (+99871) 262-33-14, e-mail: mail @tashpmi. uz).

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

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 год.  
(Протокол рассылки № \_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2018 года).

**А. В. Алимов**

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Э. А. Шамансурова**

Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Д.И. Ахмедова**

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

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

**Актуальность и востребованность темы** диссертации. По всему миру в настоящее время охрана здоровья матери и ребенка находится в центре внимания ученых всего мира и является одним из самых приоритетных направлений здравоохранения Республики Узбекистан. Перенашивание беременности является проблемой представляющей большой научный и практический интерес у акушеров – гинекологов и неонатологов, частота которого, колеблется от 1,4, до 16% составляя, а по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в среднем составляет 8-10% и последние годы не имеет тенденции к снижению. Весьма актуальными являются вопросы диагностики и терапии переносимой беременности, а также оптимальное ведение родов при этой патологии. Высокая перинатальная смертность и отсутствие надежных методов профилактики данной патологии продолжают привлекать внимание ученых.

Во всем мире проводится широкий круг научных исследований по изучению этиопатогенетических аспектов, разработки прогностических критериев при переносимой беременности, существующие методы диагностики уже недостаточны, возникла настоятельная необходимость в дополнительных методах исследования. С этих позиций представляется перспективным изучение физических свойств биологических жидкостей при различных патологических состояниях. В настоящее время методы оценки твердой фазы биологических жидкостей нашли широкое применение в клинической медицине, что связано с простотой исполнения, высокой чувствительностью и информативностью. Изучение структурно-оптических свойств сыворотки крови при переносимой беременности с целью прогноза характера родовой деятельности, позволит наряду с другими общепринятыми клиническими методами индивидуально выбрать наиболее рациональный метод родоразрешения.

В годы независимости в стране сфера здравоохранения коренным образом обновилась, на сегодняшний день актуальной проблемой медицины является обращение особого внимания на раннюю диагностику заболеваний и снижение их осложнений. В этом плане выполнены широкоплановые программные мероприятия. Согласно Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017–2021 годы, для дальнейшего улучшения оказания медицинской помощи населению поставлены важные задачи, направленные на «укрепление здоровья семьи, защиту матери и ребенка, оказание высококвалифицированной технологической медицинской помощи матери и ребенку, внедрение комплексных мер по снижению младенческой и детской смертности»<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Указ Президента Республики Узбекистан от 7 февраля 2017 года №УП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан».

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит решению задач, предусмотренных в Постановлениях Президента Республики Узбекистан: №ПП-2650 от 2 ноября 2016 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы охраны материнства и детства в Узбекистане на 2016-2020 годы», №ПП-4947 от 7 февраля 2017 года «Пять приоритетных направлений стратегии Действий развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы». №ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

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

**Степень изученности проблемы.** Важность проблемы, прежде всего, определяется неблагоприятным влиянием перенашивания на плод и осложненным течением запоздалых родов, что приводит к увеличению показателей перинатальной смертности. По данным Alehander J. M. (2011г), Fok W. Y., Chan L. Y. (2016г) в структуре перинатальной смертности переносимая беременность занимает одно из первых мест. Перенашивание беременности, является причиной многочисленных осложнений при родах: большого процента родоразрешающих операций, высокой перинатальной смертности в связи, с чем остается проблемой представляющей значительный научный практический интерес. В области патологического акушерства до сих пор много нерешенных вопросов, особенно имеющиеся большое разногласие акушеров в выборе оптимального времени для вмешательства при данной патологии беременности (Cunnigham F. G., Mac Donald P. C.,2015).

Многие вопросы данной патологии еще не решены. Все акушеры признают необходимость предотвращения переносимых родов, но их число остается достаточно высоким (Стрижаков А. Н., Игнатко И. В.2016; Федерова М. В. 2013; Румянцева В. П., 2012). Такие широкие колебания объясняются отсутствием единого мнения о начале перенашивания и сложностью определения истинной продолжительности беременности. До настоящего времени отсутствует даже четкое определение самого понятия переносимой беременности, не изучены окончательно вопросы этиологии, патогенеза, диагностики данной патологии, отсутствует единая точка зрения на тактику ведения беременности и родов (Каюпова Л. С., 2008; Заманова Л. Э., 2009).

Одним из интенсивно развивающихся направлений клинической диагностики для своевременной оценки готовности организма беременной к родам является изучение процессов структурирования биологических жидкостей – сложных многокомпонентных систем, динамически изменяющихся при обменных нарушениях и иных патологических процессах. Структурно-оптические свойства сыворотки крови зависят от структуры молекул, меж-

молекулярных связей и отражают физико-химические изменения гуморальных систем (Тишкова О. Г. 2014; Краевой, С. А. 2013; Шатохина, С. Н.2009). В зависимости от системного построения фазии сыворотки крови беременных можно прогнозировать готовность организма женщин к родам.

Как показывает анализ данных исследований, проведённых в Узбекистане, уделяется особое внимание здоровью женщин фертильного возраста, выполняются работы по созданию условий по оздоровлению их, оказывающий со стороны государства. Но вместе с тем данные свидетельствуют об отсутствии прогностических значимых диагностических тестов патологического течения подготовительного периода родов, что указывает на недостаточное использование современных методов диагностики для прогнозирования исхода течения родов.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан и является фрагментом плановой работы Бухарского Государственного медицинского института по теме: «Охрана материнства и детства» (2014-2015 гг.).

**Целью исследования** является определения значения структурно-оптических свойств сыворотки крови для прогноза, характера течения родов и своевременной оценки эффективности индукции родов у женщин с переносной беременностью.

**Задачи исследования:**

определить особенности показателей структурно-оптических свойств сыворотки крови при переносной и доношенной беременности;

определить состояние гормонального фона, содержание белков и их фракций, и липидный спектр крови у женщин с перенашиванием беременности;

выявить чувствительность и специфичность метода определения показателей морфоструктуры сыворотки крови беременных женщин, в сопоставлении с гормональными, биохимическими методами исследования для прогноза развития родов и их исхода;

оценить эффективность современных методов индукции родов при переносной беременности;

разработать алгоритм по ведению беременных с перенашиванием и по принципам индукции родов.

**Объектом исследования** явились 200 беременных, контрольную группу (1) составили 50 беременных с доношенным сроком, 75 беременных с пролонгированной (2 группа) и 75 беременных с переносной беременностью (3 группа).

**Предмет исследования:** для изучения показателей гормонального, белкового, липидного спектра и оптической плотности сыворотки крови были использованы образцы периферической крови.

**Методы исследования.** При выполнении научного исследования использовались общие клинико-лабораторные, гормональные, функциональные (ультразвуковые), биохимические и статистические методы исследования.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

доказана роль морфологической структуры сыворотки крови в комплексе адаптационных реакций организма беременной к предстоящим родам;

установлено влияние снижения апоА белка на фоне увеличения апоВ в сыворотке крови при перенесенной беременности на атерогенез сосудов фетоплацентарной системы;

на основании корреляционных связей степени зрелости шейки матки со структурно оптическими свойствами сыворотки крови впервые дано прогнозирование начала родов и характера их течения при перенесенной беременности;

разработан и внедрен рациональный метод родоразрешения для достижения благоприятного исхода родов на основании степени зрелости шейки матки и структурно-оптические свойства сыворотки крови.

**Практические результаты исследования:**

внедрен простой и доступный метод определения кристаллизации сыворотки крови для оценки характера подготовительного периода родов, своевременной диагностики патологического ее течения у беременных с перенашиванием;

для своевременной оценки готовности организма к родам предложены прогностические показатели метаболизма белков и липидного спектра крови у беременных;

на основании результатов исследования разработан комплекс организационных, диагностических и лечебных мероприятий;

доказана эффективность применения современных методов медикаментозной индукции родов при перенесенной беременности;

**Достоверность результатов исследования** подтверждена примененными в исследованиях современными, взаимодополняющими клиническими, биохимическими, статистическими методами, обсуждение результатов исследования на научных конференциях международного и республиканского масштаба, а также публикация в научных изданиях, признанных Высшей аттестационной комиссией при Кабинете Министров Республики Узбекистан, указывает на достоверность результатов.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.** Научная значимость полученных результатов заключается в том, что представлены новые данные о критериях дифференциального диагноза пролонгированной беременности, которая не вызывает значительной перинатальной патологии, и истинно перенесенной беременности, при которой новорожденные дети относятся к группе риска и требуют более тщательного наблюдения. Определена корреляционная взаимосвязь между степенью зрелости шейки матки со структурно оптическими свойствами сыворотки крови у пациенток с перенесенной беременностью и их диагностическая ценность.

Практическая значимость работы заключается в том, что в результате проведенного исследования разработана и предложена для внедрения в практическое здравоохранение система мероприятий, направленная на ведения родов у женщин с переносенной беременностью.

**Внедрение результатов исследования.** На основе полученных научных результатов по современным аспектам диагностики и тактики ведения родов при переносенной беременности:

утверждены и внедрены методические рекомендации: «Аномалии родовой деятельности и её коррекция» (заключение Министерства здравоохранения №8сп/192 от 03 ноября 2010 года). Данные рекомендации обеспечивает в 66,6% случаях высокий медицинский и социальный эффект при исходах родов и выборе родоразрешения;

утверждены и внедрены методические рекомендации: «Переносенная беременность», (заключение Министерства здравоохранения №8Н-р/132 от 30 мая 2011 года). Данные рекомендации позволяют прогнозировать характер течения родов и своевременной оценки эффективности индукции родов у женщин с пролонгированной и переносенной беременностью;

утвержден и внедрен отчет прикладного исследования по теме «Разработка путей коррекции методов диагностики и тактики ведения родов при переносенной беременности» включенный в государственную научно-техническую программу (сертификат координационного отдела по развитию науки и техники ЁА-10-004, от 9 марта 2016 г.), позволяющий прогнозировать развитие родовой деятельности и выбрать тактику родоразрешения при переносенной и пролонгированной беременности;

полученные результаты применения разработанной схемы по ведению беременных с перенашиванием и по принципам индукции родов, внедрены в практическое здравоохранение, в том числе в клиническую практику городского родильного комплекса г. Бухары, в родильное отделение Бухарской городской больницы (заключение Министерства здравоохранения № 8н-г/49 от 22 августа 2016 года). Внедрение результатов исследования позволило улучшить качество диагностики и тактики ведения родов у женщин с переносенной беременностью, увеличить количество самопроизвольных родов и снизить частоту родовой травмы для матери и плода в среднем на 27,7%.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были представлены и доложены на 1 научных международных и 8 Республиканских научно-практических конференциях.

**Опубликованность результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 18 научных работ, из них 7 журнальные статьи в научных издательствах, рекомендованных, Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан, для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора философии (PhD), в том числе 14 статьёй опубликованы в республиканских и 4 статьи в зарубежных журналах.

**Структура и объем диссертации.** Структура диссертации состоит из введения, четырех глав, заключения, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 132 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, изложены цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологии республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научно-практическая значимость результатов, приводятся сведения о внедрении, апробации и публикации результатов работы, об объеме и краткая структура диссертации.

В первой главе «**Современные представления о переносенной беременности**» обзор литературы диссертации приведен анализ современной литературы о патогенезе, диагностике и тактике ведения беременных с переносенной беременностью. Обзор литературы, состоящий из пяти подглав, включает в себя современную трактовку физических свойств биологических жидкостей при различных патологических состояниях.

Во второй главе диссертации «**Методологический анализ особенностей переносенной беременности**» в соответствии с целями и задачами работы приведены данные комплексного обследования 200 беременных, контрольную группу (1) составили 50 (25,0%) беременных с доношенным сроком, 75 (37,5%) беременных с пролонгированной (2 группа) и 75 (37,5%) беременных с переносенной беременностью (3 группа). Для определения перинатальных исходов беременности и родов были изучены: акушерско-гинекологический и соматический анамнез, особенности течения последней беременности, данные наблюдения состояние плода, характер околоплодных вод, состояние детей при рождении и в раннем неонатальном периоде.

Большинство женщин с переносенной беременностью были в активном репродуктивном возрасте 18-37 лет (средний возраст  $24,5 \pm 1,2$ ). Наибольший процент беременных и рожениц находились в возрасте 19-25 лет: 14 (28,0%) родильниц контрольной группы, 20 (26,7%) - 2 группы, 12 (16,0%) - 3 группы.

*Специальные методы исследования.* Всем беременным, находившимся до родов в стационаре провели клиничко-лабораторные исследования. Определяли гормональный фон: уровень эстрадиола и прогестерона, плацентарного лактогена иммуноферментным методом с использованием реактивов фирмы "HUMAN", производства Германии, определяли оптическую плотность сыворотки крови.

Определяли содержание общего холестерина (ХС), холестерина в его транспортных формах: холестерин в липопротеидах низкой (ХС ЛПНП) и высокой (ХС ЛПВП) плотности, содержание триглицеридов (ТГ) на автоматизированном биохимическом комбайне "Autohumolizer F1" ("Human", Германия) с помощью специальных наборов реактивов. На основании полученных данных, рассчитывали коэффициент атерогенности (КА).

Оптическая плотность сыворотки крови определяли методом, предложенным В. Н. Шабалиным и С. Н. Шатохиной 1990 году. У всех беременных

при поступлении однократно и при необходимости в динамике для оценки готовности организма беременных к родам определялось структурно - оптические свойства крови методом клиновидной дегидратации.

Оценка степени зрелости шейки матки проводили по шкале Е.Х. Бишопа.

Для оценки биофизического профиля плода определяли: сердечную деятельность плода (СДП), дыхательные движения плода (ДДП), двигательная активность плода (ДАП), степень зрелости плаценты (СЗП) (согласно классификации Grannum P., 1979).

Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2012, включая использование встроенных функций статистической обработки.

В **третьей главе** диссертации «**Возможности ранней диагностики перенашивания**» представлены данные комплексного обследования. Нами было определено значение исследования структурно-оптических свойств сыворотки крови беременных в прогнозировании родовой деятельности во всех трех исследуемых группах, в первой группе – однократно, во 2 и 3 группе 2-3 кратное мониторирование.

В первой группе у 50 беременных с доношенной беременностью в сроке 39-40 недель при однократном определении структурно-оптических свойств сыворотки крови методом клиновидной дегидратации, морфологическая картина фасции имела умеренный уровень структуру построения и радиально-симметричный рисунок (рис. 1). При оценке степени зрелости шейки матки бимануальным путем беременные данной группы имели оценку по шкале Бишопа в среднем  $\geq 9$  баллов. В данной группе беременных родовая деятельность наступила в сроке 39-40 недель спонтанно, и роды протекали гладко, с положительной динамикой родовой деятельности через естественные родовые пути.

При исследовании оптической плотности сыворотки крови во 2 группе в сроке гестации 41 недель из 75 пациенток у 20 (26,7%) морфологический тип фасции был с крайне низким уровнем структурной организации, отсутствием радиально-симметричного рисунка (рис. 2.). У них, несмотря на превышающий срок гестации спонтанная родовая деятельность не наступила, в этих случаях было решено индуцировать роды простагландинами. У остальных 55 (73,3 %) беременных констатирован умеренный уровень структуропостроения и радиально-симметричный рисунок спустя 2-3 суток после обследования и корригирующей метаболической терапии (хофитол 2,5-5,0 мл раствора) развилась спонтанная родовая деятельность с положительной динамикой и благополучным исходом родов для матери и плода.

Анализируя, полученные результаты исследования мы обнаружили, что имеется значимая связь между структурной организацией сыворотки крови беременной и предстоящей родовой деятельностью. Определена возможность прогнозирования начала спонтанной родовой деятельности за несколь-

ко дней, при обнаружении у беременных соответственных морфологических типов фаций сыворотки крови, которые имели радиальный симметричный рисунок. При других морфологических типах сделать прогноз развития спонтанной родовой деятельности не представляется возможным.



**Рис. 1. Радиально-симметричный рисунок (умеренный уровень структурной организации)**



**Рис. 2. Отсутствие радиально-симметричного рисунка (низкий уровень структурной организации)**

Таким образом, если за 3-5 дней до родов при исследовании сыворотки крови методом клиновидной дегидратации у беременной обнаруживают умеренный уровень структурной организации и радиально-симметричный рисунок «фации», то возможно значимо прогнозировать развитие хорошей родовой деятельности в предстоящих родах и её спонтанное начало. При наличии крайне низкого уровня структуропостроения и в отсутствие радиально-симметричного рисунка фации, особенно в сроке гестации более 42 недель возможно прогнозирование нарушения развития родовой деятельности, требующее выбора тактики родоразрешения.

Изучение уровня эстрадиола в сыворотке крови женщин с доношенной беременностью составило  $348,8 \pm 18,0$  пг/мл (табл. 1).

В то же время у женщин с пролонгированной беременностью содержание эстрадиола статистически значимо снизилось в 1,66 раза ( $P < 0,001$ ), относительно значений женщин с доношенной беременностью. У женщин с переношенной беременностью данный показатель был статистически значимо ниже значений женщин с пролонгированной беременностью в 1,84 раза ( $P < 0,001$ ) и в 3,05 раза ( $P < 0,001$ ) относительно показателей женщин с доношенной беременностью. У женщин с пролонгированной и особенно переношенной беременностью, данный показатель статистически значимо возрос в 2,55 ( $P < 0,001$ ) и 3,45 ( $P < 0,001$ ) раза относительно значений женщин с доношенной беременностью. Причем, уровень прогестерона у женщин с переношенной беременностью статистически значимо превышал показателей женщин с пролонгированной беременностью в 1,35 ( $P < 0,001$ ) раза.

Проведенные исследования показали, что при доношенной беременности соотношение прогестерон: эстрадиол составляет  $0,020 \pm 0,031$ , при пролонгированной –  $0,086 \pm 0,485$ , что в 4,3 раза ( $P < 0,001$ ) выше значений женщин с доношенной беременностью; при переношенной –  $0,215 \pm 0,176$ . Дан-

ный показатель превышает значения женщин с доношенной и пролонгированной беременностью в 10,75 ( $P<0,001$ ) и 2,50 ( $P<0,001$ ) раза, соответственно. При переношенной беременности в сравнении с доношенной беременностью произошло достоверное снижение уровня ПЛ в сыворотке крови пациенток от 300,8 до 240,3 соответственно, что указывает на то, что удлинение срока беременности приводит к нарушению гормональной функции плаценты.

**Таблица 1**

**Содержание эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови беременных исследуемых групп, ( $m\pm m$ ),  $n=200$**

Показатели	Беременность		
	доношенная, $n=50$	пролонгированная, $n=75$	переношенная, $n=75$
Эстрадиол, пг/мл min – max	350,4±3,08	210,1±4,5***	114,2±7,7***^^^
	314 – 385	196 – 224	65 – 162
Прогестерон, мг/мл min – max	7,1±0,13	18,1±0,48***	24,5±0,54***^^^
	5,7 – 8,5	11,0 – 25,3	16,5 – 31,9

Примечание: \* - различия относительно данных групп женщин с доношенной беременностью значимы (\*\*\* -  $P<0,001$ ), ^ - различия относительно данных групп женщин с пролонгированной беременностью значимы (^^^ -  $P<0,001$ )

Содержание ТГ в сыворотке крови у женщин с пролонгированной беременностью возрастал до  $1,61\pm 0,06$  ммоль/л, при переношенной – до  $1,68\pm 0,07$  ммоль/л, при значении данного показателя у женщин с доношенной беременностью  $1,37\pm 0,06$  ммоль/л. Как видно, из приведенных данных, если уровень триглицеридов при пролонгированной беременности имеет лишь тенденцию к увеличению, то при переношенной беременности он статистически значимо возрастает на 1,23 ( $P<0,01$ ) раза.

Установлена тенденция к увеличению уровня общего холестерина и холестерина в составе ЛПОНП, тогда как холестерин в ЛПНП статистически значимо возрастал в 1,3 ( $P<0,05$ ) раза. Холестерин в ЛПВП статистически значимо снижался в 1,36 ( $P<0,05$ ) раза относительно данных женщин с доношенной беременностью. У женщин с переношенной беременностью содержание общего холестерина, холестерина в ЛПОНП и ЛПНП существенно не отличается от значений показателей женщин с доношенной беременностью. Лишь уровень холестерина в ЛПВП статистически значимо снижался в 1,63 ( $P<0,01$ ) раза. Показатель КА у женщин с пролонгированной и переношенной беременностью статистически значимо повышался с  $4,93\pm 0,08$  до  $5,47\pm 0,08$  и  $5,41\pm 0,18$ , соответственно. Эти показатели превышали нормативные величины в 1,11 ( $P<0,001$ ) и 1,10 ( $P<0,05$ ) раза, соответственно при пролонгированной и переношенной беременности.

Содержание альбуминов в сыворотке крови женщин с пролонгированной беременностью статистически значимо снижается в 1,26 раза ( $P<0,001$ ), относительно значений женщин с доношенной беременностью (табл. 2). Такая же направленность изменений была выявлена и у женщин с переношен-

ной беременностью. Однако вследствие большого разброса вариационного ряда они носили статистически незначимый характер и существенно не отличались от значений женщин с пролонгированной беременностью.

Исследование уровня АпоА белков сыворотки крови показал статистически значимое снижение ее в 1,37 раза ( $P < 0,001$ ) относительно значений женщин с доношенной беременностью. Еще большее снижение содержания данного белка отмечено у женщин с переношенной беременностью (в 1,43 раза,  $P < 0,001$ ). Однако различий между показателями женщин с пролонгированной и переношенной беременностью не было.

**Таблица 2**

**Содержание различных классов белков в сыворотке крови обследованных беременных,  $M \pm m$  (n=200)**

Показатели	Беременность		
	доношенная, n=50	пролонгированная, n=75	переношенная, n=75
Альбумины, г/л, Min – max	39,3±0,64	31,1±0,51***	32,9±0,71***^
	31,8 – 46,6	23,6 – 38,6	23,2 – 42,7
АпоА белки, min – max	66,5±0,70	48,6±0,48***	46,5±1,16***
	58,6 – 73,9	41,6 – 55,6	30,6 – 62,7
АпоВ белки, min – max	42,7±0,43	36,7±0,37***	64,0±1,20***^^
	37,1 – 48,8	31,4 – 42,1	46,0 – 82,3

Примечание: \* - различия относительно данных групп женщин с доношенной беременностью значимы (\*\*\*) -  $P < 0,001$ ), ^ - различия относительно данных групп женщин с пролонгированной беременностью значимы (^ -  $P < 0,05$ , ^^ -  $P < 0,001$ )

Концентрация апоВ белка в сыворотке крови женщин с пролонгированной беременностью имеет тенденцию к снижению, тогда как при переношенной беременности мы наблюдали увеличение его содержания в 1,50 ( $P < 0,001$ ) и 1,16 ( $P < 0,001$ ) раза относительно значений женщин с доношенной и пролонгированной беременностью.

Анализ месторасположение плаценты выявлено, что при 25 (33,3%) случаев в группе пациенток с переношенной беременностью плацента располагалась в дне матки, а у 12 (16,0%) в дне матки слева, у - 8 (10,7%) в дне справа, у остальных 30 (40,0%) по передней стенке полости матки. В группе контроля эти показатели составили 12 (24,0%) и у 38 (76,0%) пациенток отмечено благополучное расположение ее по задней стенке полости матки. При анализе месторасположения плаценты в группе женщин с пролонгированной беременностью не было достоверных различий с группой контроля.

В основной группе незрелая шейка матки встречалась в 55 (73,3%) и только при расположении плаценты в области дна матки. В 20 (26,7%) шейка матки расценивалась как созревающая, в 0 (0%) - как зрелая. В группе пациенток с пролонгированной беременностью в 12 (16,0%) диагностирована незрелая, в 25 (33,3%) - созревающая и в 38 (50,7%) - зрелая шейка матки.

При исследовании биофизического профиля плода нами были выявлены достоверные нарушения внутриутробного плода при переношенной беременности. У беременных с пролонгированной беременностью «созреваю-

шая» шейка матки, выявленная у 25 (33,3%), «зрелая» у 38 (50,7%), а «незрелая» только у 12 (16,0%). А у пациенток с перенесенной беременностью незрелость шейки матки выявлена у 55 (73,3%), созревание у 20 (26,7%) случаев, и зрелости ее не было констатировано. Среди пациенток со «зрелой» шейкой матки, у - 8% она была отклонена кзади, в то время как «созревающей» - у 59%, а с «незрелой» шейкой матки исследуемых пациенток у всех она была отклонена кзади. Частота расположения шейки матки по проводной оси малого таза у пациенток со «зрелой» наблюдалась у 94%, с «недостаточно зрелой» - 28%, с «незрелой» шейки матки ни у одной беременной не располагалась по проводной оси таза. При оценке консистенции ее «плотная» шейка матки среди пациенток со «зрелой» шейкой матки не была выявлена ни у одной, в то время как «плотная» у беременных с «созревающей» и «незрелой» шейкой матки соответственно у 18% и 78%.

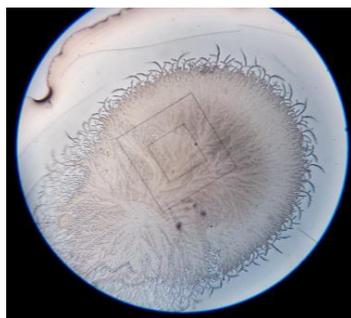
Длина шейки матки при бимануальном исследовании у беременных с перенашиванием колебался от 6 до 25 мм. Средняя длина шейки матки, определенная бимануально, составила  $10,8 \pm 0,3$  мм у пациенток со «зрелой» шейки матки, у беременных с «недостаточно зрелой»  $16,5 \pm 0,6$  и у пациенток с «незрелой» шейки матки  $18,7 \pm 0,24$  мм. При определении положения предлежащей части плода к входу в малый таз практически у всех пациенток с перенесенной беременностью 100% была выявлена прижатая к входу в малый таз.

При анализе оценки структурно-оптических свойств сыворотки крови у 200 беременных было нами выявлено, то, что в 1 группе умеренный уровень структурной организации имели 50 (100,0%) беременных, низкий уровень структурной организации не было. Во 2-й группе 55 (73,3%) беременных имели умеренный уровень структурной организации, 20 (26,6%) низкий уровень, в 3 группе у - 50 (66,7%) пациенток с перенесенной беременностью выявлен низкий уровень структурной организации, а у - 25 (33,3%) умеренный уровень структурной организации.

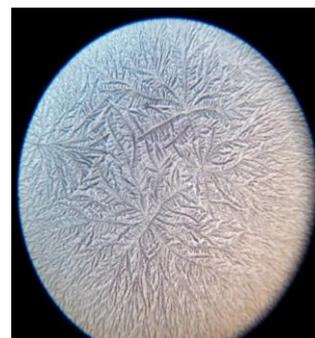
В зависимости от системного построения фации сыворотки крови беременные были распределены на 3 группы. В первую группу вошли 99 (49,5%) беременных, у которых морфологическая картина фации имела умеренный уровень структуропостроения (структурной организации), радиально-симметричный рисунок (рис. 3). Из них у 76 (76,8%) была зрелая шейка матки, только у 23 (23,2%) созревающая. Во вторую группу были включены 64 (32,0%) беременных, у которых морфологический тип фации был низким уровнем структурной организации и отсутствием радиально-симметричного рисунка (рис. 4). Из них у 30 (46,9%) была незрелая, созревающая у 30 (46,9%) и только у 4 (6,3%) зрелая шейки матки. 3 группу составляли 37 (18,5%) беременных, все имели крайне низкую уровень структурной организации (100,0%) (рис. 5). Полученные нами данные подтверждали тот факт, что имело место прямая корреляция между степенью зрелости шейки матки и состоянием структурно-оптических свойств сыворотки крови ( $r=0,859$ ). Так, как у всех 67 (100,0%) беременных с незрелой шейкой матки была выявлена низкий уровень структурной организации.



**Рис.3. Радиально-симметричный рисунок**



**Рис. 4. Отсутствие радиально-симметричного рисунка (низкий уровень структурной организации).**



**Рис. 5. Отсутствие радиально-симметричного рисунка (крайне низкий уровень структурной организации)**

Перечисленные критерии были рассчитаны для обоснования ценности предлагаемой нами в качестве дополнительных критериев диагностики переносимой беременности - определение структурно-оптических свойств сыворотки крови методом клиновидной дегидратации и ее уровень структурной организации. Чувствительность теста составляет 90,0%, специфичность 70,0%, точность 95,0%.

Четвертая глава диссертации **«Выбор оптимальной тактики родоразрешения при переносимой беременности»** посвящена оценке эффективности предложенных методов подготовки к родоразрешению и выбора акушерской тактики при переносимой беременности. Нами прослежено клиническое течение родов, послеродового периода и состояние новорожденных при пролонгированной беременности в зависимости от метода родоразрешения. Беременные были распределены на подгруппы: у 38 (50,7%), родовая деятельность развилась спонтанно (1 подгруппа); в том числе после спонтанной ее начало, роды осложнились неудовлетворительным прогрессом, которым была проведена активная индукция родов окситоцином у 16 (21,3%) рожениц (2 подгруппа). У 29 (38,7%) родовая деятельность вызвано индукцией родов: простагландинами, а у – 8 (10,6%) мифепристоном (3 подгруппа). В родах у 18% женщин 1 подгруппы и 16,3% 2 подгруппы имело место несвоевременное излитие околоплодных вод, упорная слабость потужной деятельности отмечено только у одной роженицы, что составляло 3,3%. Продолжительность индуцированных родов при пролонгированной беременности было несколько меньше средних сроков характерных доношенной беременности, а в 1 и 2 подгруппах практически не отличались от них. При анализе осложнений, возникших, в родах максимальное количество осложнений наблюдалось в 1 и 2 подгруппах, нежели в 3 подгруппе. Так, нарушение отделения последа имело место в 3,3%, 4,3%, 0% случаев соответственно. В одном случае только во 2 подгруппе в периоде потуг наблюдался острый дистресс плода. В 3 группе из 29 пациенток у – 4 (5,3%) на основании УЗИ исследования была диагностирована гипоксия плода.

Оперативные вмешательства имели место у 7 (9,3%) женщин. Операция наложения выходных акушерских щипцов произведена у 1 роженицы 2 подгруппы, в связи с острой гипоксией плода у 4 пациенток и дискоординации родовой деятельности – у двух рожениц 3 подгруппы роды завершены оперативным путем. Операция кесарево сечения в 4 случаях было произведено в плановом порядке, а в 2-х экстренном порядке. Средние показатели оценки состояния новорожденных по шкале Апгар в зависимости от метода ведения родов не отличались в подгруппах ( $7,84 \pm 0,3$ ,  $7,85 \pm 0,24$ ,  $7,75 \pm 0,23$ ). Признаков перенашивания по Беллентайну-Рунге не выявлено. Средняя масса новорожденных составляло  $3500,0 \pm 250,0$  г.

Под наблюдением находились 75 женщин с перенесенной беременностью. Были использованы следующие критерии включения в исследование: срок беременности от 42 до 43 недель, головное предлежание плода, состояние шейки матки от 0- 4 баллов по индексу Бишопа, отсутствие показаний к экстренному родоразрешению. Беременные были распределены на подгруппы: у 25 (33,3) 1- подгруппа, при поступлении в стационар шейка матки путем мануального осмотра была оценена «созревающая», оптическая плотность сыворотки крови имел умеренно выраженный радиальный рисунок. Развилась родовая деятельность спонтанно на фоне проводимой спазмолитической и метаболической терапии через 24-48 часа после поступления в стационар. Во 2- ю подгруппу вошли 20 (26,6%) женщины, у которых была констатирована «незрелая» шейки матки и низкий уровень структуропостроения фасции сыворотки крови, которым интравагинально вводили простагландин E<sub>2</sub> (динапростон 3мг в таб.), в 3-ю- 30(40%) беременных, у которых подготовку шейки матки проводили препаратом мифепристон - антипрогестеронового действия. У 25 беременных, подлежащих 1 подгруппе роды, начались спонтанно и были родоразрешены через естественные родовые пути. В родах у 6 (24%) имело место несвоевременное излитие околоплодных вод. Нарушение отделения последа выявлено 3 (12%), травматизм родовых путей в этой подгруппе не имел существенных отличий от доношенной беременности. У 7 (28%) роды осложнились неудовлетворительным прогрессом родов в связи с чем, была проведена родостимуляция окситоцином после четкой оценки состояния внутриутробного плода методом УЗИ и учетом биофизического профиля плода (4-3 балла). Родостимуляция оказалась эффективной у 5 рожениц, отмечена положительная динамика родовых сил и они были родоразрешены через естественные родовые пути. У оставшихся двух рожениц отмечено безэффективность родостимуляции и ухудшение состояние внутриутробного плода, соответственно, коллегиально был решен вопрос оперативного родоразрешения. Всего родились 25 новорожденных средней массой тела  $3670,7 \pm 43,5$  г, ростом  $54,3 \pm 0,3$  см, масса и рост новорожденных несколько превышало таковые при доношенной беременности. Все новорожденные родились признаками переносимости, соответствующей синдрому Беллентайна-Рунге. Со средней оценкой по шкале Апгар  $7,84 \pm 0,36$ .

Во 2 подгруппу были включены 20 женщин поступившие в стационар со сроком гестации 42 недели и более. При исследовании сыворотки крови у данных пациенток морфологический тип фации был с крайне низким уровнем структурной организации и отсутствием радиально симметричного рисунка. При мануальном исследовании «незрелая» шейка матки было выявлено у всех женщин данной группы. Мы с целью предродовой подготовки назначали метаболическую терапию с включением Хофитол по 2,5-5,0 мл раствора в течение 3-4 дней, с последующей индукцией родов Гландином E<sub>2</sub> в дозе 3,0 мг интравагинально.

На основании проводимого мониторинга, изучаемых показателей было выявлено: у 9 пациенток выраженный уровень структурной организации, что свидетельствовало о формировании в исследуемый период времени устойчивого комплекса адаптационных реакций организма предстоящим родам.

У них родовая деятельность началась спонтанно, динамика родовой деятельности оказалась положительной, у всех 9 рожениц, роды велись консервативно, через естественные родовые пути. Родились 9 новорожденных в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов, масса составляло 3,700±120,0 г.

Из 11 беременных 2 подгруппы у 3 пациенток при контрольном исследовании морфологической картины сыворотки крови выявлено крайне низкий уровень структурной организации и отсутствие радиально-симметричного рисунка фации. При бимануальном исследовании шейка матки оставалась «незрелой». Ареактивный нестрессовый тест у данных пациенток наблюдался в 75,65%, нарушение двигательной активности – в 80,0%, уменьшение количества околоплодных вод чаще в 1,7 раза, уменьшение толщины плаценты чаще в 1,2 раза по сравнению с группой контроля, в связи, с чем эти пациентки были родоразрешены абдоминальным путем. Кровопотеря в среднем составляло 435±15,0 г. Родились 3 новорожденных с оценкой по шкале Апгара 7-8 баллов, с достоверными признаками переносенности. В раннем неонатальном периоде у всех новорожденных была диагностирована ишемическо-гипоксическая энцефалопатия легкой степени. В удовлетворительном состоянии родильницы и новорожденные были выписаны домой на 7-8 сутки.

У оставшихся 8 беременных с умеренным уровнем структурной организации и «созревающая» шейки матки нами был применен второй тур индукции родов Гландин E<sub>2</sub> 3.0 мг интравагинально на фоне внутривенного введения в-адреномиметиков гинипрал 2,5мг растворенной физиологическом растворе 200мл по 8-10 кап в 1 мин. У этих пациенток спустя 12-24 часа началось спонтанная родовая деятельность. При динамическом наблюдении за течением родовой деятельности у 5 (62,5%) пациенток роды осложнились дискоординированной родовой деятельностью и острым дистрессом внутриутробного плода. На основании чего коллегиально был решен вопрос оперативного родоразрешения. А у 3 (37,5%) рожениц роды протекали нормально, были родоразрешены через естественные родовые пути с благополучным ис-

ходом для матери и плода. Операция и послеоперационный период протекали гладко. Всего родилось 8 новорожденных со средней массой тела 3750, ±120,0г. Средняя оценка по шкале Апгара составила на 1 мин – 7,52 ±0,91; на 5 мин -8,57±0,67. Гипоксически - ишемическое поражение ЦНС было диагностировано у 4 новорожденных, что составило 50%. Синдром возбуждения у 3 (37,5%) новорожденных. У оставших 30 беременных данной 3-подгруппы, которые поступили в стационар сроком гестации 43 был выявлен крайне низкий уровень структурной организации сыворотки крови с отсутствием радиально-симметричного рисунка. На основании бальной системы при изучении БПП была выявлена компенсированная плацентарная недостаточность у 16 (53,3%), и субкомпенсированная ее форма у 14 (46,6%) беременных. У всех 30 беременных была выявлена незрелость шейки матки. При мониторинге исследования сыворотки крови беременных морфологический тип фации оставался, крайне низким уровнем структурной организации.

Всем беременным данной подгруппы индукция родов начата с момента поступления мифепристоном по вышеуказанной схеме под контролем изучаемых нами параметров и на фоне лечения фетоплацентарной недостаточности с включением Хофитола в двухступенчатом режиме. Из 30 беременных при контрольном бимануальном осмотре было выявлено, что у - 22 пациенток данной подгруппы шейка матки начала подготавливаться к родам, структурные ее изменения соответствовали > 7-8 баллов по Бишопу, и оценивалась нами как «зрелая», оптическая плотность сыворотки крови беременных приобрели выраженную радиально-симметричную картину. В связи с чем, у 8 (36,3%) пациенток после однократного приема мифепристона через 24-48 часов началась спонтанная родовая деятельность, после повторного приема ее родовая деятельность развивалась у 14(63,6%) беременных. Из 22 пациенток у 16 (72,7%) динамика родовой деятельности оказалась положительной, схватки были регулярными, параметры динамики раскрытия шейки матки соответствовали нормативам физиологических родов. У оставшихся 6 – рожениц при динамическом наблюдении родовой деятельности диагностировано неудовлетворительный прогресс родов, на основании чего была произведена амниотомия и наблюдение в течение 2-х часов. У 4-х рожениц спустя 1-2 часа было отмечено нарастание темпа схваток, прогресс родов, на основании чего воздержались от активной медикаментозной индукции родов. А у -2 рожениц после амниотомии отсутствовала, активизация родовой деятельности и нами был, решен вопрос родостимуляции окситоцином. 5 ед окситоцина развели в 400мл изотонического раствора, введение начали с 4 кап. в мин., что соответствовало примерно 2,5мЕд>мин. Увеличивали скорость инфузии каждые 30 мин. на 4 кап/мин. до достижения 3 -4 схваток за 10 мин. продолжительностью 40 сек. и более. При мониторинге УЗИ исследования и изучении БПП с оценкой по бальной системе, состояние плода была оценена – 2 балла, что и свидетельствовала о декомпенсированной плацентарной недостаточности. Путем кесарева сечения были извлечены двое новорожденных в состоянии асфиксии тяжелой степени, оценкой по шкале Апгара 3- 4балла,

неонатологами оказано первичная реанимационная помощь. Ранний неонатальный период осложнился ишемическо–гипоксической энцефалопатией. Масса новорожденных составила 3550,0 и 3780,0. У 8 беременных данной подгруппы после проведенной индукции родов и медикаментозной терапии положительная динамика не была отмечена при мануальном исследовании шейки матки, она оставалась «незрелой» оценена по шкале Бишопа 3-4 балла. Картина мазка сыворотки крови оказалась очень стертой и без радиальной структуропостроения. Учитывая, выявленную внутриутробную гипоксию плода всем пациенткам в комплексе предоперационной подготовки мы считали целесообразным включать инфузию хофитола 5,0 мл в/в. Общая кровопотеря в среднем составляло 450±45 мл. При перенесенной беременности 73,3% роды завершены через естественные родовые пути, а у 26,6% операцией кесарева сечения и в том числе у 8 беременных (40%) в плановом порядке, у 12 пациенток (60%) экстренном порядке (табл. 3).

**Таблица 3**

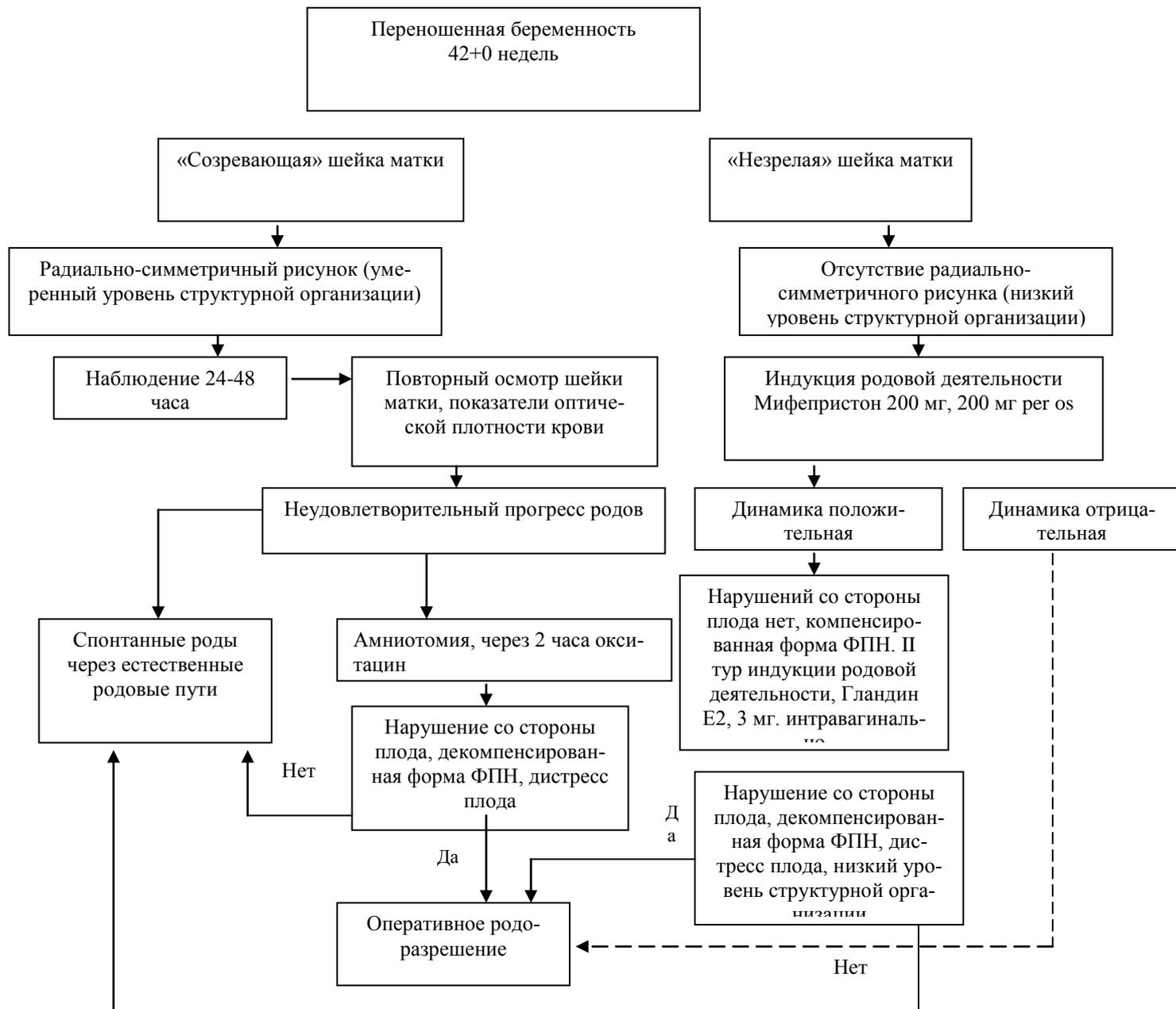
**Исход родов в группе проспективного исследования (n=200)**

Методы родоразрешения	Контрольная группа (39-40 нед), n=50		2 группа (41-42 нед), n=75		3 группа 42 и более недель, n=75	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Роды через естественные родовые пути:						
- спонтанные	50	100,0	38	50,6***	25	33,3***^
- индуцированные.	0	0	37	49,3***	50	66,6***^
Оперативные роды:	0	0	7	9,3*	20	26,6***^
- плановые;	0	0	4	5,3	8	10,6*
- экстренные.	0	0	2	2,6	12	16,0***^^
Акушерские щипцы	0	0	1	1,3	0	0

Примечание: \* - различия относительно данных контрольной группы значимы (\* - P<0,05, \*\* - P<0,01, \*\*\* - P<0,001), ^ - различия относительно данных пролонгированной беременности (^ - P<0,05, ^^ - P<0,01).

В целом, при сравнении с пролонгированной беременностью осложнения течения родов при ПБ встречаются в 3,5-4 раза чаще. Достоверно чаще встречалась асфиксия 43,3%. Синдром гипервозбудимости в основной группе составил 36,6%, а в группе сравнения 3,3, что в 11 раз реже. Геморрагические и судорожные синдромы наблюдались только в 3 группе и составили 20% и 10% соответственно. Было установлено, что при использовании мифепристона «зрелость» шейки матки достигалась 73,3% случаев. При этом либо самостоятельно развивалась родовая деятельность, либо были достигнуты условия для проведения планового родовозбуждения (амниотомия). В то же время применение динопростона при недостаточно «зрелой» шейке матки вызывало нарушения сократительной деятельности матки в 26,6% случаев, и высокая степень «зрелости» шейки матки достигалась только 45% случаев. После применения динопростона у 40% наблюдался патологический прелиминарный период, требующий назначения токолитической терапии.

Правильный выбор подготовки шейки матки при переношенной беременности к родам с помощью мифепристона позволяет получить высокий медицинский (66,6% самопроизвольных родов, снижение родового травматизма для матери и плода) и социальный (уменьшение перинатальной заболеваемости и смертности, рождение здорового поколения) эффект (рис. 6).



**Рис. 6. Алгоритм тактики родоразрешения при переношенной беременности**

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

1. Женщины с перенесенной беременностью относятся в группу высокого риска развития осложнений в родах, в 2,5 раза чаще роды заканчиваются путем абдоминального родоразрешения, 2 раза выше частота перинатальных потерь в сравнении с обычной популяцией.

2. Надежным индикатором определения перенесенной беременности и прогнозирования сократительной деятельности матки и ее рефрактерности к утератоникам является уровень структурной организации фасции сыворотки крови.

3. Установлена достоверная, специфичная коррелятивная связь между оптической плотности сыворотки крови, липидами крови, гормонами (эстрогены, прогестерон, плацентарный лактоген) и степенью зрелости шейки матки, указывающие на готовность родовых путей к родам и возможностей благополучного исхода родов.

4. Состояние шейки матки во многом определяет течение и исход родов. Отсутствия зрелости шейки матки при сроке беременности более 41 недели является основанием для соответствующей оценки акушерской ситуации и активной тактики, направленной на подготовку родовых путей.

5. При декомпенсированной фетоплацентарной недостаточности, рефракторности шейки матки на медикаментозную индукцию родов и ириадального типа фасции сыворотки крови с отсутствием радиально-симметрической её картины оптимальным методом родоразрешения является кесарево сечения в плановом порядке.

**SCIENTIFIC COUNCIL No.DSc.27.06.2017. Tib.29.01**  
**ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES AT TASHKENT PEDIATRIC**  
**MEDICAL INSTITUTE**

---

**BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

**NAJMETDINOVA DILFUZA FARXATOVNA**

**MODERN ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND TACTICS OF**  
**CONDUCTING LABOR DURING OVERDETERMINED PREGNANCY**

**14.00.01 – Obstetrics and Gynecology**

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

**TASHKENT - 2018**

**The theme of the doctoral (PhD) dissertation on medical sciences was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under No.B2017.1. PhD/Tib10.**

The doctoral dissertation was carried out at Bukhara State Medical Institute.

The abstract of the doctoral dissertation was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at [www.tashpmi.uz](http://www.tashpmi.uz) and on the website of «ZiyoNet» information - Educational portal at [www.ziyo.net](http://www.ziyo.net).

<b>Scientific consultant:</b>	<b>Negmatullaeva Mastura Nurullaevna</b> Doctor of Medicine, Professor
<b>Official opponents:</b>	<b>Karimova Delya Faxrutdinovna</b> Doctor of Medicine, Professor <b>Paxomova Janna Evgenevna</b> Doctor of Medicine, Professor
<b>Leading organization:</b>	<b>Samarkand State Medical Institute</b>

The defense of the doctoral dissertation will be held on «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018, at \_\_\_ the meeting of the Scientific Council No.DSc.27.06.2017. Tib.29.01 at Tashkent Pediatric Medical Institute (Address: 223, Bogishamol str., Yunusabad district, 100140 Tashkent. Tel. /Fax: (99871) 262-33-14, e-mail [mail@tashpmi.uz](mailto:mail@tashpmi.uz))

The doctoral (PhD) dissertation can be looked through in the Information Resource Center of Tashkent Pediatric Medical Institute (registered under No. \_\_\_\_\_ ) address: 223, Bogishamol str., Yunusabad district, 100140 Tashkent. Tel. /Fax: (99871) 262-33-14.

The abstract of the dissertation was distributed on «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018.  
(Registry record No.. \_\_\_ dated “ ” \_\_\_\_\_ 2018).

**A.V. Alimov**  
Chairman of the Scientific Council on Award  
of Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Professor

**E.A. Shamansurova**  
Scientific Secretary of the Scientific Council  
on Award of Scientific Degrees,  
Doctor of Medicine, Professor

**D. I. Akhmedova**  
Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific  
Council on Award of Scientific Degrees,  
Doctor of Medicine, Professor

## INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

**The aim of the research** to determine the value of the structural and optical properties of blood serum for the prognosis, the nature of the course of labor and the timely evaluation of the efficiency of induction of labor in women with a pregnant pregnancy

**The object of the research** 200 pregnant women appeared, the control group (1) comprised 50 pregnant women with a full term, 75 pregnant women with prolonged (group 2) and 75 pregnant women with a pregnant pregnancy (group 3).

**Scientific novelty of the research** consists of the following:

the role of the morphological structure of blood serum in the complex of adaptive reactions of the pregnant woman's organism to the forthcoming birth is proved;

the effect of a decrease in apoA protein on the background of an increase in apoV in the serum with a pregnant pregnancy on the atherogenesis of the vessels of the fetoplacental system was established;

on the basis of correlations between the degree of maturity of the cervix and the structural optical properties of blood serum, the forecasting of the onset of labor and the nature of their course for a delayed pregnancy is given for the first time;

developed and implemented a rational method of delivery to achieve a favorable outcome of labor based on the degree of maturity of the cervix and the structural and optical properties of blood serum

**Implementation of the research results.**

On the basis of the received scientific results on modern aspects of diagnostics and tactics of conducting labor during a pregnant pregnancy:

The educational-methodical manual "Anomalies of labor and her correction", which are introduced into practical public health and educational process (reference of the Ministry of Health No. 8cn / 192 of November 03, 2011) was issued. This methodical manual provides in 66.6% of cases a high medical and social effect in the outcomes of childbirth and the choice of delivery;

the results of the application of the developed scheme for the management of pregnant women with perenashivaniem and the principles of induction of labor were introduced into practical public health, including in the clinical practice of the city maternity hospital in Bukhara, the maternity ward of the Bukhara City Hospital (Ministry of Health decision No. 8n-g / 49 from August 22, 2016). The introduction of the results of the study made it possible to improve the quality of diagnosis and tactics of labor in women with a pregnant pregnancy, increase the number of spontaneous childbirth and reduce the incidence of birth trauma for the mother and fetus by an average of 27.7%.

**The structure and volume of the dissertation.** The structure of the dissertation consists of an introduction, 4 chapters, conclusions, a list of used literature and applications. The volume of the thesis is 132 pages

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

**I бўлим (I часть; part I)**

1. Нажметдинова Д.Ф., Негматуллаева М.Н. Оценка эффективности современных методов индукции родов при переносной беременности //Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2013. - № 4. – С. 25-28 (14.00.00. №19).
2. Нажметдинова Д.Ф., Негматуллаева М.Н. Выбор оптимального метода индукции родов у женщин с переносной беременностью и оценка ее эффективности //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. -2013. - № 3. – С.27-28 (14.00.00. № 14).
3. Нажметдинова Д.Ф., Негматуллаева М.Н. Возможности ранней диагностики перенашивания путем определения структурно-оптических свойств сыворотки крови //Вестник Ташкентской Медицинской Академии. – 2015. - №1. – С. 59-62 (14.00.00.№13).
4. Нажметдинова Д.Ф., Негматуллаева М.Н. Показатели липидного спектра сыворотки крови при переносной беременности //Вестник Ташкентской Медицинской Академии. – 2015. - №2. – С. 148-150 (14.00.00. №13).
5. Нажметдинова Д.Ф., Негматуллаева М.Н. Оценка состояния фетоплацентарной системы и ее коррекция при переносной беременности //Теоретическая и клиническая медицина. –2015. – С. 82-85 (14.00.00. №3).
6. Нажметдинова Д.Ф., Негматуллаева М.Н. Прогностическое значение оценки состояния внутриутробного плода в диагностике переносной беременности //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2015. - № 2. – С. 93-95 (14.00.00.№14).
7. Нажметдинова Д.Ф. Ранняя диагностика перенашивания путем определения структурно оптических свойств сыворотки крови //Терапевтический вестник Узбекистана. – 2015. - №3. – С. 326-328 (14.00.00. №7).
8. Najmetdinova D.F. Assessment of fetoplacental system and its correction at term pregnancy //European Science Review. – 2015. - N 5-6. –P.73-75 (14.00.00. №19).
9. Najmetdinova D.F. Features of change of lipid spectrum of blood serum at prolonged pregnancy//European Science Review. – 2015. - N 5-6. –P.70-72 (14.00.00. №19).

**II бўлим (II часть; II part)**

10. Нажметдинова Д.Ф., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И. «Аномалии родовой деятельности и её коррекция» номли услубий тавсиянома Тошкент-2010й.
11. Нажметдинова Д.Ф., Негматуллаева М.Н. «Переносная беременность» номли услубий кулланма Тошкент-2011й.

12. Нажметдинова Д.Ф., Негматуллаева М.Н. Прогнозирование родов при переносимой беременности путем оценки структурно-оптических свойств сыворотки крови // Доктор ахборотномаси. – Самарканд, 2009г. - №3.- С. 177-179.
13. Нажметдинова Д.Ф., Негматуллаева М.Н. Значение изучения оптической плотности сыворотки крови в прогнозе исхода родов при переносимой беременности // Доктор ахборотномаси. – 2010. - №2. – С. 87-89.
14. Нажметдинова Д.Ф., Негматуллаева М.Н. Профилактика и лечение слабости родовой деятельности при переносимой беременности // Доктор ахборотномаси. - 2010. - №2. –С. 94-96.
15. Нажметдинова Д.Ф., Негматуллаева М.Н. Эффективность выбора различных методов родоразрешения при переносимой беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2011. - №5. – Т.11. – С. 46-48.
16. Najmetdinova D.F. Selection of the optimal method of induction of labor in women with term pregnancy and evaluating its effectiveness// International journal of applied and fundamental research. – 2013. - № 2. – P.26-28.
17. Нажметдинова Д.Ф., Негматуллаева М.Н. Структурно-оптические свойства сыворотки крови и ее роль в прогнозировании развития родовой деятельности при переносимой беременности //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2013. - №10. - часть 2. – С. 161-163.
18. Нажметдинова Д.Ф., Негматуллаева М.Н. Оценка эффективности современных принципов родоразрешения при переносимой беременности //Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2013. - № 4. – С.74-75.
19. Нажметдинова Д.Ф., Негматуллаева М.Н. Современные методы диагностики в прогнозировании развития родовой деятельности при переносимой беременности // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2016. – С. 92-93.
20. Нажметдинова Д.Ф. Особенности изменения показателей липидного спектра в сыворотке крови при переносимой беременности// «Актуальные вопросы Акушерства, гинекологии и перинатологии» Сборник материалов XII Международной конференции г. Судак, 12-13 мая 2016 - С. 36-37.

Автореферат «Педиатрия» журналі таҳририяида таҳрирдан ўтказилиб,  
ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босишга рухсат этилди: 19.11.2018.  
Бичими: 60x84 1/8. «Times New Roman»  
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.  
Шартли босма табоғи 3,5. Адади: 100. Буюртма: №89

100060, Тошкент, Я. Ғуломов кўчаси, 74.

«TOP IMAGE MEDIA»  
босмаҳонасида чоп этилди.