



IF = 9.2

**WAYS OF IMPROVEMENT PERINATAL CARE IN THE  
FERGANA REGION OF UZBEKISTAN****Yulduz Kasymovna Djabbarova<sup>1</sup>**

Email: ulduzjab43@mail.ru, Tel. 9989469996402

**Saidolim Murodovich Umurzakov<sup>2</sup>**

Email: umursaid4@gmail.com, Tel. 998911076582

<sup>1</sup>Tashkent State Medical University<sup>2</sup>Fergana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan<https://doi.org/10.5281/zenodo.19002492>**ARTICLE INFO**Received: 06<sup>th</sup> March 2026Accepted: 12<sup>th</sup> March 2026Online: 13<sup>th</sup> March 2026**KEYWORDS***Regional and inter-district perinatal centers, perinatal care, indicators.***ABSTRACT**

**Objective:** to assess the main indicators of perinatal service development in the Fergana region for 2010-2024 and to identify ways of its improvement.

**Material and methods:** a clinical and statistical analysis of the annual reports of the Fergana regional (2009-2024) and two interdistrict perinatal centers (2022-2024) was conducted.

**Results.** The number of births at the Medical Regional Center increased by 2,082 from 2010 (5,504) to 2024 (7,586), with the proportion of premature births rising to 22.1%. Pathological births accounted for 64.8% in 2024. The cesarean section rate reached 41.8%. The maternal mortality rate decreased from 100.44 to 13.84, a 7.26-fold decrease. Over the past two years, the Medical Regional Center has succeeded in preventing maternal mortality. The perinatal mortality rate at the regional center remains high—43.7%.

**Conclusions:** The high perinatal mortality rate in the regional center indicates a need to improve the quality of neonatal care (organizational aspects, medical equipment, drug provision, and medical staff training). Interdistrict perinatal centers require further development of their material and technical base, organizational, treatment, diagnostic, and preventive work, strengthening of human resources with young specialists, improvement of surgical techniques, and implementation of modern technologies of perinatal care.

**ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В  
ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ УЗБЕКИСТАНА****Джаббарова Юлдуз Касымовна**

e-mail: ulduzjab43@mail.ru, тел 9989469996402

**Умурзаков Саидолим Муроdович**

e-mail: umursaid4@gmail.com, тел.998911076582

Ташкентский государственный медицинский университет



**ARTICLE INFO**

Received: 06<sup>th</sup> March 2026

Accepted: 12<sup>th</sup> March 2026

Online: 13<sup>th</sup> March 2026

**KEYWORDS**

Областной и  
межрайонные  
перинатальные центры,  
перинатальная помощь,  
показатели

**ABSTRACT**

**Цель:** оценить основные показатели развития перинатальной службы в Ферганской области за 2010-2024гг. и определить пути ее совершенствования.

**Материал и методы** Проведен клинико-статистический анализ годовых отчетов Ферганского областного (2009-2024гг) и двух межрайонных перинатальных центров (2022-2024гг).

**Результаты.** Число родов в ФОЦ увеличилось на 2082 за период с 2010г (5504) до 2024г (7586), доля преждевременных родов возросла до 22,1%. Патологические роды в 2024г составили 64,8%. Частота кесарева сечения достигла 41,8%. Показатель МС снизился с 100,44 до 13,84, т. е. в 7,26 раз. За последние 2 года в ФОЦ удалось предотвратить материнскую смертность. Уровень перинатальной смертности в ФОЦ держится на высоком уровне - 43,7%.

**Выводы.** Высокий уровень перинатальной смертности в областном центре свидетельствуют о необходимости улучшения качества оказываемой неонатальной помощи (организационные аспекты, медицинское оборудование, лекарственное обеспечение, обучение медицинского персонала). В межрайонных перинатальных центрах необходимо дальнейшее развитие материально-технической базы, организационной, лечебно-диагностической и профилактической работы, укрепления кадрового потенциала молодыми специалистами, совершенствование оперативной техники и внедрения современных технологий перинатальной помощи.

**O'ZBEKISTON FARG'ONA VILOYATIDA PERINATAL YORDAMINI  
TAKOMILLASHTIRISH YO'LLARI**

**Yulduz Qosimovna Djabborova<sup>1</sup>**

Elektron pochta: [yulduzjab43@mail.ru](mailto:yulduzjab43@mail.ru), Tel. 9989469996402

**Saidolim Murodovich Umurzoqov<sup>2</sup>**

Elektron pochta: [umursaid4@gmail.com](mailto:umursaid4@gmail.com), Tel. 998911076582

<sup>1</sup>Toshkent davlat tibbiyot universiteti,



## ARTICLE INFO

Received: 06<sup>th</sup> March 2026

Accepted: 12<sup>th</sup> March 2026

Online: 13<sup>th</sup> March 2026

## KEYWORDS

Viloyat va tumanlararo  
perinatal markazlar,  
perinatal yordam,  
ko'rsatkichlar.

## ABSTRACT

**Maqsad:** Farg'ona viloyatida 2010-2024 yillarda perinatal xizmatni rivojlantirishning asosiy ko'rsatkichlarini baholash va uni takomillashtirish yo'llarini belgilash.

**Material va metodlar.** Farg'ona viloyati (2009-2024) va ikkita tumanlararo perinatal markazlarning (2022-2024) yillik hisobotlarining klinik-statistik tahlili o'tkazildi.

**Natijalar.** Viloyat tibbiyot markazida tug'ruqlar soni 2010 yil (5504) dan 2024 yilga (7586) 2082 taga ko'paydi, erta tug'ruqlar 22,1% ga o'sdi. 2024 yilda patologik tug'ruqlar 64,8% ni tashkil etdi. Kesar kesish darajasi 41,8% ga etdi. Onalar o'limi darajasi 100,44 dan 13,84 ga, 7,26 barobarga kamaydi. So'nggi ikki yil ichida Viloyat tibbiyot markazi onalar o'limining oldini oldi. Viloyat markazida perinatal o'lim darajasi yuqoriligicha qolmoqda — 43,7 foiz.

**Xulosa:** Viloyat markazida perinatal o'lim darajasining yuqoriligi neonatal yordam sifatini (tashkiliy jihatlar, tibbiy asbob-uskunalar, dori vositalari bilan ta'minlash, tibbiyot xodimlari malakasini oshirish) yaxshilash zarurligini ko'rsatadi. Tumanlararo perinatal markazlar moddiy-texnik bazasini yanada rivojlantirish, tashkiliy, davolash, diagnostika va profilaktika ishlarini olib borish, kadrlar salohiyatini yosh mutaxassislar bilan mustahkamlash, jarrohlik texnikasini takomillashtirish, perinatal yordamning zamonaviy texnologiyalarini joriy etishni taqozo etmoqda.

## Введение

Перинатальная служба как самостоятельная отрасль медицины сформировалась сравнительно недавно. В 1973 г на VII Всемирном конгрессе FIGO (Международной федерации акушеров-гинекологов) было принято определение перинатального периода, согласно которому он начинается с 22 полных недель (154 дня) беременности и заканчивается спустя семь полных

суток после рождения, что было включено в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), а в 1976 г. было создано Европейское научное общество перинатологов.

Во всем мире перинатальная медицина стала основой улучшения здоровья будущих поколений, Главной особенностью перинатальной идеологии является равенство приоритетности интересов



матери и интересов плода, то есть предусматривается паритетное отношение интересов матери и плода. В связи с этим основная цель перинатального акушерства — это сохранить здоровье матери и помочь ей родить здорового ребенка. Перинатальная охрана плода и новорожденного — это система мероприятий по ante- и интранатальной охране плода и организации медицинской помощи новорожденным, направленная на снижение перинатальной заболеваемости и смертности и улучшение здоровья новорожденных. [11].

В Узбекистане первые шаги перинатологии состоялись около 30 лет назад с момента организации в г. Ташкенте городского перинатального центра (1996г). Значительное развитие в соответствии с международными стандартами перинатальная помощь приобрела с началом открытия Республиканского перинатального центра в г. Ташкенте (2002 г). Большой вклад в становление и организацию перинатальной службы в Узбекистане в течение 20 лет внесла заслуженный врач республики Любчич Аделина Семеновна. Дальнейшее развитие связано с созданием областных (2010г) и с 2022 г – межрайонных перинатальных центров [7,8]. Анализ научной документации показал, что опыт и достижения перинатальной помощи Республиканского перинатального центра нашли отражение в ряде местных публикаций [1,5,6], однако не проведен анализ деятельности

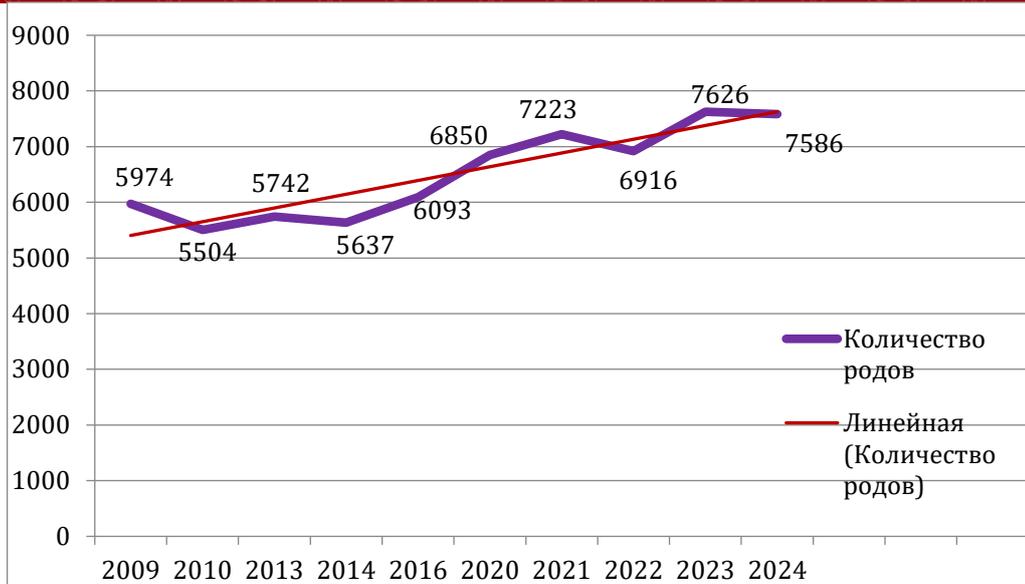
перинатальных региональных центров республики.

**Цель:** оценить основные показатели развития перинатальной службы в Ферганской области за 2010-2024гг. и определить пути ее совершенствования.

**Материал и методы исследования.** Проведен клинико-статистический анализ годовых отчетов Ферганского областного перинатального центра (с 2022г - Ферганского областного филиала Республиканского научно-практического медицинского центра охраны здоровья матери и ребенка) за 15 лет (2009-2024гг) и двух межрайонных перинатальных центров (2022-2024гг): количество родов, преждевременных родов, соматическая и акушерская патология беременных, оперативная деятельность (частота кесарева сечения, показания к абдоминальному родоразрешению), материнская и перинатальная смертность.

**Результаты и их обсуждение.** В состав Ферганского областного центра ФОЦ входят: администрация, клинико-биохимическая лаборатория, консультативно-диагностическая поликлиника, акушерский блок (172 койки), гинекология (40 коек), педиатрический блок (47коек).

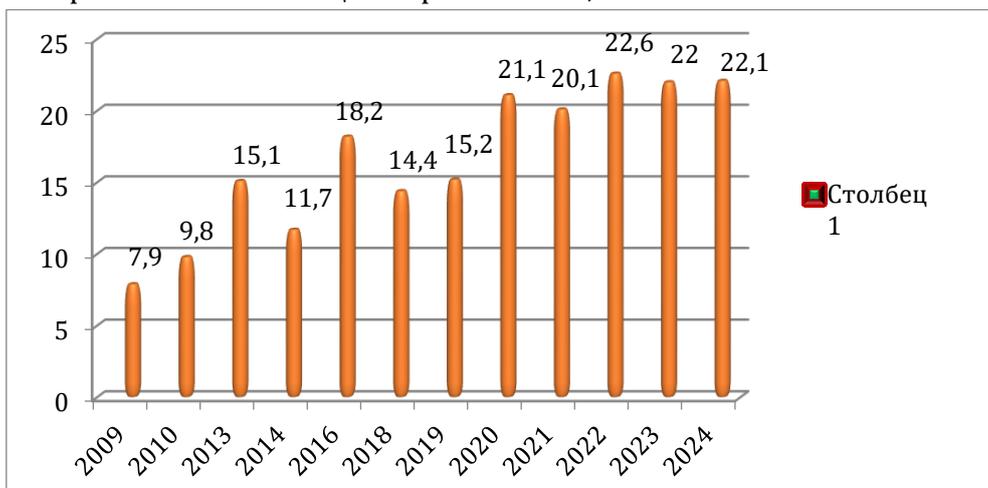
Динамика родов в ФОЦ представлена на рис.1. Анализ показал достоверное увеличение на 2082 родов за период с 2010г (5504) до 2024г (7586).



**Рис.1. Динамика количества родов в ФОЦ (2009- 2024гг)**

Отмечается также положительная динамика в оказании специализированной помощи при

преждевременных родах (рис.2). Как следует из данных, представленных на рис.2., доля преждевременных родов с 2009г до 2024г увеличилась на 14,2 %.



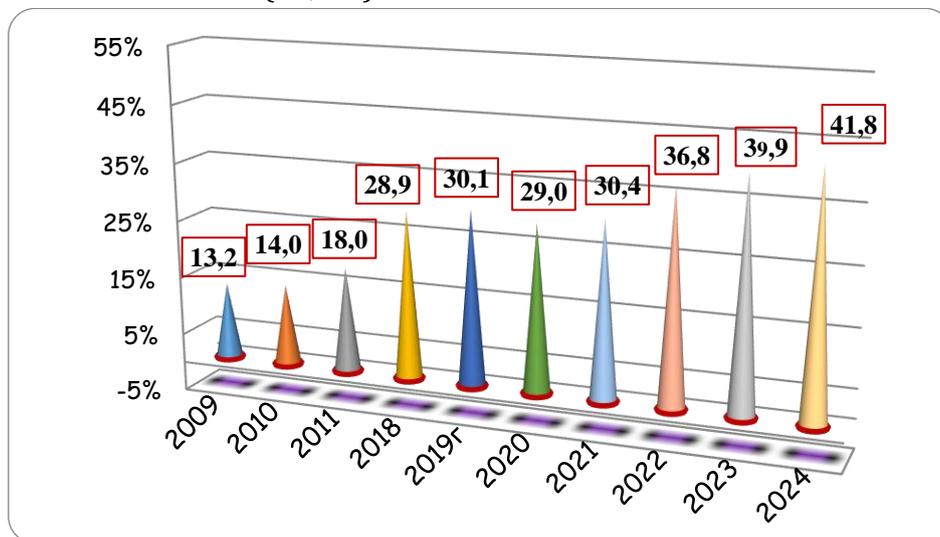
**Рис.2. Динамика преждевременных родов в ФОЦ (2009- 2024гг, %)**

Частота патологических родов в 2024г составила 64,8%, которые были обусловлены поступлением беременных с 2-3 и более рубцами на матке после кесарева сечения, с крайне отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, истмико-цервикальной недостаточностью, антифосфолипидным синдромом,

после экстракорпорального оплодотворения, с резус-конфликтом. В динамике отмечается рост поступления беременных с тяжелой преэклампсией в 2,14 раза с 4,1% (2009г) до -8,8% (2024г).

Анализ частоты кесарева сечения показал (рис.3), неуклонный рост частоты абдоминального родоразрешения с 13,2 % (2009г) до 41,8 % (2024г), что связано с концентрацией беременных с отягощенным акушерским

анамнезом, осложненным течением гестации (15,4%) и тяжелой соматической патологией (45,4%).



**Рис.3. Частота кесарева сечения в динамике в ФОЦ (2009-2024гг,%)**

В течение последних 30 лет, согласно данным ВОЗ, доля КС повысилась во всем мире [15]. У нас в республике также количество операций КС растет с каждым годом (в 2010–2012 гг. было проведено 176 152 операции КС, то в 2018–2019 гг. — 303 629, т.е. в 1,7 раза больше [9]. В Республиканском перинатальном центре частота КС в 2023 году составила 43,7%. [5,13].

В рекомендациях ВОЗ отражено, что кесарево сечение может быть спасительным при таких осложнениях, как гипертоническая болезнь дородовое кровотечение, дистресс плода и т. д. Многие авторы указывают, что «основными причинами увеличения количества абдоминального родоразрешения являются возраст первородящих более 30 лет в сочетании с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом;

перинатальный аспект (кесарево сечение, производимое в интересах плода); тазовое предлежание плода» [14]. В течение последних лет наиболее частым показанием к кесареву сечению стал рубец на матке после предыдущего абдоминального родоразрешения [4,14].

Интерес представляет показания к КС, которые представлены в табл.1. Из данных таблицы 1 следует, что превалирует КС, которое проводилось в экстренном порядке и составляло 84,8-77,8%. Данные литературы указывают на то, что риск развития послеоперационных осложнений значительно повышается при производстве операции в экстренном порядке, особенно, это касается материнской смертности, которая при КС повышается в 3-4 раза по сравнению с естественным родоразрешением. Анализ показаний к кесареву сечению (табл. 1) показал, что наиболее частым показанием к абдоминальному родоразрешению в 2024 году являлась



несостоятельность рубца на матке после предыдущего кесарева сечения (44,3%), на втором месте — тазовое предлежание плода (8,8%) на третьем — преэклампсия/ эклампсия (6,7%),

**Таблица 1**  
**Показания для кесарева сечения в ФОЦ**

| Показания   | 2023 г. |      | 2024 г. |      |
|---|---------|------|---------|------|
|   | n       | %    | n       | %    |
| Кесарево сечение  | 2893    | 38,8 | 3186    | 42,0 |
| Плановое  | 441     | 15,2 | 706     | 22,2 |
| Экстренное  | 2452    | 84,8 | 2480    | 77,8 |
| Рубец на матке  | 1353    | 46,8 | 1410    | 44,3 |
| Тазовое предлежание плода   | 291     | 10,1 | 281     | 8,8  |
| Преэклампсия/эклампсия  | 204     | 7,1  | 212     | 6,7  |
| Угрожающее состояние плода (ФПН II«О» кровотока, острый дистресс) | 266     | 7,8  | 174     | 5,5  |
| Дородовое кровотечение  | 164     | 5,6  | 172     | 5,4  |
| Многоплодие   | 111     | 3,9  | 171     | 5,4  |
| Тазово-головная диспропорция                                      | 123     | 4,3  | 134     | 4,2  |

За последние 5 лет (2019-2023ггв ФОЦ внедрены современные инновационные методы диагностики и ведения беременных:

- ✓ конфиденциальное исследование случаев материнской смертности [2],
- ✓ аудит критических ситуаций [3],
- ✓ УЗ скрининг плода с выявлением ВПР плода, подлежащих хирургической коррекции в РПЦ,
- ✓ новые органосохраняющие технологии при вращении и предлежании плаценты [12],
- ✓ серкляж и кольцо при истмико-цервикальной недостаточности,
- ✓ веление беременных с АФС,
- ✓ органосохраняющие операции при несостоятельности швов на матке после кесарева сечения и послеродовом перитоните [10].

Благодаря внедрению инновационных технологий число летальных исходов с 6 случаев в 2009г снизилось до 1 случая в 2021. Интенсивный показатель на 100 000 родов снизился с 100,44 до 13,84, т. в 7,26 раз. За последние 2 года в ФОЦ удалось предотвратить материнскую смертность.

О качестве неонатальной службы можно судить по таким показателям, как выживаемость новорожденных, перинатальная и неонатальная смертность, которые представлены на рис. 4 и 5.

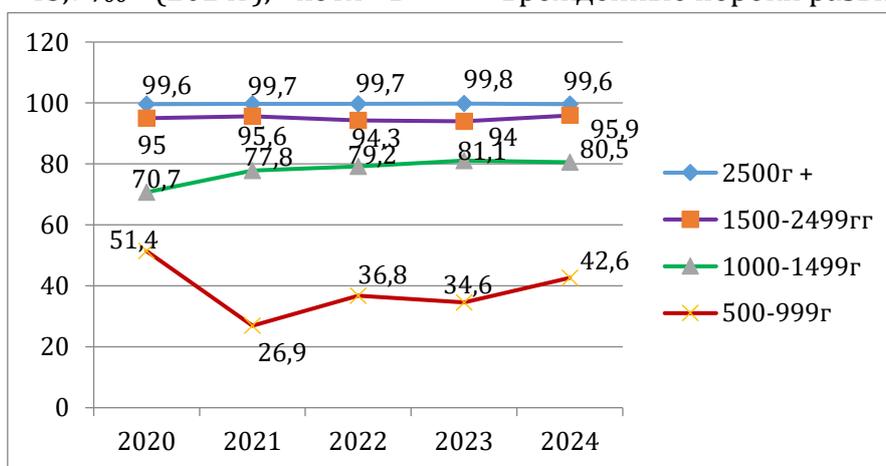
Анализ полученных данных (рис.4) позволяет заключить, что в 2024г выживаемость детей с экстремально низкой массой тела достигла 42,6%, что ниже уровня в РПЦ на 16,0%, с низкой массой тела -



составила 80,5%, что на 5,0% ниже республиканского показателя, а уровень выживаемости новорожденных с низкой массой тела в обоих центрах практически идентичный - 95,9%.

Из данных рис.5 следует, что в течение последних 5 лет уровень перинатальной смертности в ФОЦ держится на высоком уровне: 49,3‰ (2019г) и 43,7‰ (2024г), хотя в

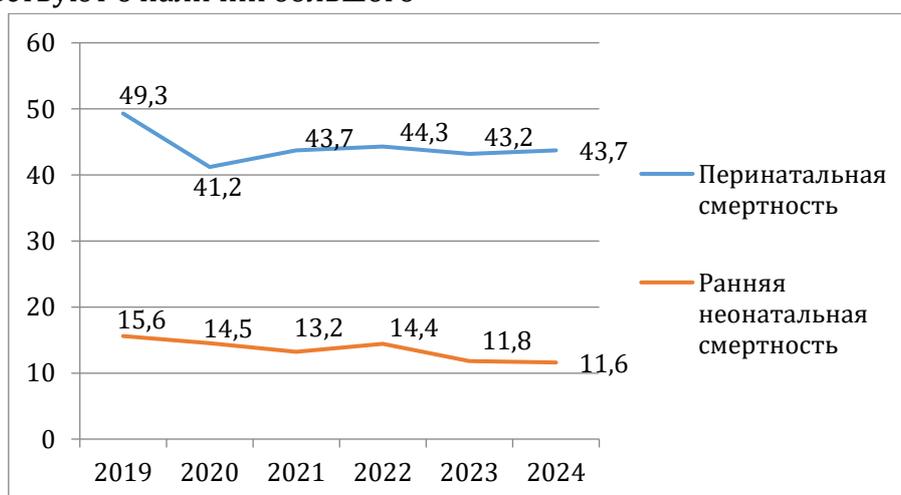
динамике отмечается некоторое снижение - на 5,6‰. Данный показатель на 27,5‰ выше аналогичного показателя в РПЦ, то есть в 2,7 раза. Показатель неонатальной смертности за этот же период уменьшился лишь на 4,0 ‰, основной причиной которой были синдром дыхательных расстройств (62,5%), инфекция (31,2%) и врожденные пороки развития (6,2%)..



**Рис.4. Выживаемость новорожденных с учетом весовой категории в ФОЦ (2020-2024 гг)**

Вышеуказанные данные свидетельствуют о наличии большого

резерва в улучшении качества оказываемой неонатальной помощи в областном центре.



**Рис.5. Динамика перинатальной и ранней неонатальной смертности в ФОЦ, ‰ (2019-2024 гг)**

Для повышения качества перинатальной помощи в регионе актуальными остаются следующие направления:



IF = 9.2

- Повышение доступности и качества консультативно-диагностической помощи женщинам и новорожденным на догоспитальном этапе;
- Разработка и внедрение инновационных технологий профилактики интраоперационных акушерских кровотечений при аномалиях плацентации;
- Снижение частоты абдоминального родоразрешения, особенно его экстренного выполнения;
- Совершенствование организации акушерской и неонатологической помощи в межрайонных перинатальных центрах с учётом современных клинических протоколов, инновационных технологий, подготовленности медицинского персонала.

Анализ деятельности Кокандского и Маргиланского межрайонных перинатальных центров (МПЦ) показал, значительный объем работы по приему родов, число которых в год в среднем составляет 8500 и 6100, соответственно. Однако следует отметить, что уровень преждевременных родов на этапе становления МПЦ еще довольно низок (3% и 4,8%). Преждевременные роды преимущественно представлены в сроки 32–36 недель — 2,43% и 4,0%, что обусловлено направлением беременных в сроки 22-31 недели на 3 уровень - в Ферганский областной перинатальный центр. Патологические роды составили 43,3% и 26,5% от общего числа родов.

Среди соматических заболеваний преобладали заболевания почек (34,3%) и железодефицитная анемия (33,4%). Из осложнений беременности наиболее часто встречалась преэклампсия – у 6,0% и 3,6% женщин. Эти показатели подтверждают, что центр выполняет функции перинатального учреждения второго уровня, поскольку пациентки с тяжёлой патологией направляются для родоразрешения в ФОПЦ. Частота кесарева сечения находится на оптимальном уровне (12,4% и 12,8%), производится преимущественно в экстренном порядке, что свидетельствует о низком уровне дородовой помощи. Основным показанием к абдоминальному родоразрешению является несостоятельность рубца на матке после предыдущего кесарева сечения (47% и 54,6%), что соответствует международным и национальным трендам в акушерской практике. [15], а также тазовое предлежание – 7,8%; поперечное положение плода – 7,6%; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 6,9%.

Для обеспечения качественной медицинской помощи и выполнения функций перинатального центра рекомендуются следующие предложения: организация консультативно-диагностической поликлиники при МПЦ; введение должностей узких специалистов (кардиолог, пульмонолог, офтальмолог),

**Выводы.** Следует отметить положительный прирост поступления в ФОЦ женщин с



IF = 9.2

преждевременными родами и патологической беременностью. Внедрение в перинатальном центре новых технологий диагностики, профилактики и лечения акушерских осложнений помогает своевременно выявлять патологию беременных, совершенствовать антенатальную помощь беременным высокого риска, роженицам и родильницам и снизить смертность матерей при больших акушерских осложнениях. Высокая же частота абдоминального родоразрешения, особенно проведенного в экстренном порядке, свидетельствует о наличии резервов по их снижению в антенатальном периоде и при ведении родового процесса. Высокий уровень перинатальной и неонатальной смертности в областном центре также свидетельствуют о необходимости улучшения качества оказываемой

неонатальной помощи (организационные аспекты, медицинское оборудование, лекарственное обеспечение, обучение медицинского персонала).

Результаты проведенного анализа периода становления межрайонных перинатальных центров подтверждают рациональность их организации в условиях высокой рождаемости данного региона, а также необходимость дальнейшего развития материально-технической базы, организационной и лечебно-диагностической и профилактической работы центров, укрепления кадрового потенциала молодыми специалистами, совершенствования оперативной техники и внедрения современных технологий перинатальной помощи.

### References:

1. Асадова Г.А., Джаббарова Ю.К. Современное медико-организационное состояние перинатальной службы в Узбекистане // Педиатрия 2022, №1, с.2-4.
2. Бабажанова Ш., Джаббарова Ю.К., Любчич Н.И. Основные причины и структура материнской смертности по данным конфиденциального исследования в Республике Узбекистан // *Медицинский журнал Узбекистана*, 2018.- №6.- С.64-66.
3. Бабажанова Ш. Д., Любчич Н.И., Джаббарова Ю.К. *Метод конфиденциального анализа критических ситуаций в акушерской практике: Методические рекомендации.*-Ташкент, 2019.- 42с.
4. Бадаева А.А. Динамика частоты кесарева сечения по Тульской области за 2000-2010 гг.: мультицентровое ретроспективное исследование // *Вестник новых медицинских технологий* – 2014 – N 1 Электронный журнал Публикация 2-117. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4991.pdf> (дата обращения: 11.12.2014).
5. Джаббарова Ю.К. Уринбаева Н.А. , Искандерова Ш.Т. Умурзаков С.М., Джаббарова Л.А Основные достижения перинатальной помощи в Республике Узбекистан *Евразийский ВЕСТНИК ПЕДИАТРИИ*, 2024 №3 (21). С. 4-12
6. Любчич А.С. Достижения и перспективы перинатальной службы в Республике Узбекистан. // *Журнал теоретической и клинической медицины. Материалы 1-ой*



научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы перинатальной медицины» 9-10 октября 2019 года. Ташкент, 2019, № 5, С.11-13.

7. Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №378 от 2010 года «Об организации перинатальных центров и мерах по дальнейшему совершенствованию деятельности учреждений родовспоможения».

8. Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №151 от 28.06. 2021 года «О целевом направлении перинатальной медицинской службы в Республики Узбекистан». *лучшение*

9. Улучшение медицинской помощи и здоровья женщин для спасения жизни матерей. Отчёт по конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности за 2018–2020 гг Ташкент, 2022.156с.

10. Умарова Н.М., Аюпова Ф.М., Нигматова Г.М. Особенности реконструктивной операции при несостоятельности шва на матке после кесарева сечения // Тиббиетда янги кун. - 2021, № 3 (35/1) – С. 170-173.

11. Шабалов. Н.П. Неонатология: Учебн. пособие: В 2 т. 3-е изд., испр. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2004.

12. Babazhanova Sh.D., Lyubchich A.S., Djabbarova Yu.K. Organ-preserving technologies and their effectiveness in patients with placenta accreta //Obstet Gynecol Int J. 2020;11(5):287–289. DOI: 10.15406/ogij.2020.11.00525 ([Google Scholar](#)).

13. Umurzakov S. M.,Djabbarova Y.K., Urinbaeva N.A., Sydikov A. A. Assessment Of The Effectiveness Of Using Innovative Methods In Perinatal Care. // Journal of Educational & Scientific Medicine, 2025. Vol.1 , Issue 5 , pp.715-720

14. Wang C.P., Tan W.C., Kanagalingam D. [et al. Why we do caesars: a comparison of the trends in caesarean section delivery over a decade] // Ann Acad Med Singapore. 2013. Vol. 42. №8. P. 408–412.

15. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02).