

СОМАТИК ПАТОЛОГИЯДА АКУШЕРЛИК ВА ПЕРИНАТАЛ ЖИҲАТЛАР



Илмий-амалий конференция материаллари

т.ф.д., профессор А.А. Қодирова

ҳотирасига бағишланади

Тошкент 5.03.2024й.



Ассоциация
акушеров-
гинекологов
Узбекистана



Центр развития
профессиональной
квалификации
медицинских
работников РУз



Министерство
здравоохранения
Республики
Узбекистан



Ташкентская
медицинская
академия



Ташкентский
медицинский
педиатрический
институт



Ташкентский
государственный
стоматологический
институт

Акушерские и перинатальные аспекты при соматической патологии

*научно-практическая конференция с международным участием,
посвящается памяти профессора А.А. Кадировой*

Сборник Тезисов

Ташкент – 5.03.2024г.

поддается лечению и требует своевременного родоразрешения. Прогноз для здоровья матери и плодов при сочетании фето-фетального трансфузионного синдрома и зеркального синдрома, как правило, неблагоприятный. Течение данного состояния, при отсутствии лечения, сопровождается высокой частотой гибели одного или обоих плодов, а также приводит к тяжелым нарушениям состояния беременной, что было показано в приведенных нами наблюдениях. Своевременно проведенная терапия – лазерная коагуляция сосудистых анастомозов плаценты, улучшающая состояние плодов, способна привести к пролонгированию беременности и улучшению клинического состояния женщины. По данным литературы патологический симптомокомплекс купируется вскоре после устранения причины вызвавшей водянку плода или после прерывания беременности (в среднем 8-9 дней)

РОЛЬ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В НЕДОНОШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Джаббарова Л.А.

Республиканский перинатальный центр, Ташкент, Узбекистан

В Республике Узбекистан в течение последних десять лет внедрены международные критерии живорождения и мертворождения. В связи с этим стали учитываться роды в сроки гестации 22-27 недель. Однако причины очень ранних идиопатических преждевременных родов и рождения детей с чрезвычайно малой массой тела (ЧММТ - 500-999 г) мало изучены. Именно в этой группе новорожденных отмечается высокая перинатальная смертность. Дискуссионными остаются вопросы выхаживания глубоко недоношенных детей в сроки 22-25 недель гестации. Уточнение факторов риска очень ранних ПР и основных причин перинатальных потерь плодов с ЧММТ позволит определить стратегическое решение проблемы, а также новые

подходы к антенатальной охране плода и снижению акушерских осложнений для матери и ребенка.

Цель: изучить роль соматической патологии среди факторов риска недонашивания беременности.

Материал и методы исследования. Организация перинатальной службы в республике позволила концентрировать беременных с преждевременными родами в перинатальных центрах. Для выяснения частоты и структуры ПР подвергнуты анализу показатели матрицы BABIES в РПЦ за 10 лет (2013-2022гг). Ретроспективно проведен анализ причин самопроизвольного недонашивания в сроки гестации 22-27 недель у 65 пациенток. Преимущественно беременные были в возрасте 20-29 лет - 69,2%. Юные первобеременные составили 6,2%, возрасте старше 35 лет было 6,2% женщин. Большинство составили повторнобеременные-64,6%, а первобеременные - 35,4%.

Результаты и их обсуждение. Анализ структуры ПР в РПЦ за указанный период по сроку гестации показал, что частота рождения детей массой тела от 500г до 999г от общего числа родившихся составляла в среднем 1,0% (от 0,8 до 1,2%). Благодаря внедрению новых технологий по уходу за новорожденными потери недоношенных детей с ЧММТ, родившихся живыми, снизились с 90% до 60%. Из соматической патологии у беременных наиболее часто была диагностирована ЖДА у 95,4%, из них легкой степени - у 24%, средней тяжести - у 56,9% и тяжелой - у 13,9%, на втором месте - ОРВИ у 46,2%, на третьем - хронический пиелонефрит у 29,2%, затем - эндемический зоб у 18,5%. Довольно редко отмечены ожирение II степени (7,7%), варикозная болезнь (4,6%) и ревматизм и порок сердца (1,5%). Причиной недонашивания беременности могли быть такие гинекологические заболевания, как кольпит (27,7%) и истмико-цервикальная недостаточность (6,2%). Беременность осложнилась ПОНРП (26,2%), преэклампсией (16,9%), многоводием (13,9%), ВПР (18,5%) и многоплодием (7,7%).

Выводы. На основании ретроспективного анализа установлено, что к факторам риска самопроизвольного недонашивания беременности в сроки 22-27 недель можно отнести следующие соматические заболевания: ЖДА, ОРВИ, хронический пиелонефрит эндемический зоб. Первостепенное значение в профилактике очень ранних ПР имеет выявление соматической патологии и оздоровление в детском, подростковом возрасте, до наступления беременности, в период после аборт, родов и в интергенетическом интервале.

СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Джаббарова Ю.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республиканский перинатальный центр, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Материнская смертность (МС) является важной государственной проблемой. **Цель.** Уточнить структуру соматической патологии при материнской смертности и возможности ее предотвращения. **Материал и методы исследования.** Нами проведено ретроспективное исследование 30 случаев МС при соматической патологии. Распределение беременных женщин по нозологии: заболевания ССС-10, ЦНС- 6, печени - 6, почек-3, поджелудочной железы- 2, селезенки -1, опухоли-2,. **Заболевания ССС-10.** ВПС-7:дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородки-3, аортальные пороки-3, рестеноз легочной артерии; и другие: дилатационная кардиомиопатия (с 12 лет наблюдалась у детского кардиолога), острая идиопатическая суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия, ишемическая болезнь сердца. Высокому риску материнской смертности подвержены перобеременные с ССЗ, не состоящие на врачебном учете, избегающие обследование, нелеченные. При ВПС вопрос о сохранении беременности и

ЗНАЧЕНИЕ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА В РАЗВИТИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. Гайбуллаева Д.Ф.	57
ЗЕРКАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. Гафурова Нодирахон Ойбек кизи	60
РОЛЬ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В НЕДОНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ Джаббарова Л.А.	61
СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ Джаббарова Ю.К.	63
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ A/G В ГЕНЕ AGTR2 У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Джамилова Х.А., Курбанов Б.Б	65
ФЕТОПЛАЦЕНТАР ЕТИШМОВЧИЛИКДА PDE-5 ИНГИБИТОРЛАР (СИЛДЕНАФИЛ, ТАДАЛАФИЛ) ЁРДАМИДА ҲОМИЛАДОРЛИКНИ ОЛИБ БОРИШ ТАҲЛИЛИ Жолымбетов Исламбек Пазылбекович	67
РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА THR174MET В ГЕНЕ AGT В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ. Ильхамова К.А	69
АКТУАЛЬНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ ПЛОДА Ильясов А.Б.	70
ИНФЕКЦИОННЫЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ д.м.н., М.С.Комилова	74