

«Akusherlik va ginekologiyaning
dolzarb masalalari»
III Xalqaro yoshlar
ilmiy-amaliy anjumani

Tezislar to'plami

Сборник тезисов

III Международная молодежная
научно-практическая
конференция
«Актуальные вопросы
акушерства и гинекологии»



Toshkent
2024



O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash azirligi
Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан

«Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi
ilmiy-amaliy tibbiyot markazi» DM
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр здоровья матери и ребёнка»

«Akusherlik va ginekologiyaning dolzarb masalalari»
III Yoshlar ilmiy-amaliy anjuman

III Молодежная научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы акушерства и гинекологии»

TEZISLAR TO'PLAMI

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

5 aprel 2024 y., Toshkent
5 апреля 2024 г., Ташкент



Shopulotova Z.A., Djumayev M.Dj. GESTATSION PIELONEFRITNI STENTLASH ORQALI DAVOLASH NATIJALARI.....	29
Shosaidova O.R. ANAMNEZIDA REPRODUKTIV YO'QOTISHLARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA BACHADON BO'YNI KASALLIKLARI XUSUSIYATLARI	30
Soliyeva X.A. SEMIZLIK BOR HOMILADOR AYOLLARDA VARIKOZ KASALLIGI KELIB CHIQISH SABABLARI VA BARTARAF ETISH YO'LLARI.	31
Tillayeva M.A. YUVENIL DAVRDAGI QIZLARDA BACHADONDAN ANOMAL QON KETISHNI TASHXISLASH VA DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUV	32
Xudoykulova Z.S. SAMARQAND VILOYATIDA O'SMIR QIZLARNING MENSTRUAL FUNKSIYASINI O'RGANISH.....	33

Blok 2. Блок 2.

Абдуганиева Д.Ф. РАННЯЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ КАК ФАКТОР ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ОГРАНИЧЕНИЯ РОСТА ПЛОДА	34
Абдуллаева М.Н. АЛЛЕРГИЯ И ВУЛЬВОВАГИНИТ У ДЕТЕЙ	36
Абдуллаева О.Г. ВОЗДЕЙСТВИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ТАЗОВОГО ТАЗА В РЕПРОДУКТОЛОГИИ: ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРИ ЭКСКООРПОРАЛЬНОМ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ	36
Абдуллаева Ш.Ю., Отаханова М.К. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ.....	37
Алибекова Н.А. АНАЛИЗ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	38
Алимова Х.А. АНАМНЕЗИДА ҲОМИЛА ТУШИШ МАВЖУД БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ПРЕДГРАВИДАР ТАЙЁРГАРЛИК ОЛИБ БОРИШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТИ	40
Аллаярова С.Д. РОЛЬ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СТРУКТУРЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.....	41
Бозорова Д.Б. РЕЦИДИВ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПРИ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ И СОПРЯЖЕННЫЕ С НЕЙ НЕГАТИВНЫЕ ФЕТАЛЬНЫЕ И НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ	43
Давронова Ю.А., Шукурова М.Р., Эшонова К.Г. ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ МАТЕРИНСКОГО СЕПСИСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СКРИНИНГОВЫХ ШКАЛ	44
Джаббарова Л.А. СТРУКТУРА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ.....	46
Джайяпандиан Дж., Нуралиева Н.Р. СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНО-ПЛОДОВОГО КРОВотоКА ПЛОДА.....	47
Жумаева Д.Р. ЧАСТОТА СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С МАСТОПАТИЕЙ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ.....	49
Ильхамова К.А. ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РЕГУЛЯТОРА РАС В +ДИАГНОСТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	51
Исмаилова Г.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ-ГЕНОТИПИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ	51



одна из рекомендованных шкал не является идеальным инструментом для скрининга сепсиса, однако их положительные результаты должны и могут насторожить клинициста о возможности сепсиса. Большей прогностической информативностью обладает акушерско-модифицированная шкала SOS, меньшей – шкалы SIRS и qSOFA. Одним из преимуществ шкалы qSOFA является ее простота, возможность быстрой оценки состояния пациента у кровати, также она имеет оптимальную прогностическую силу при оказании неотложной медицинской помощи на этапе приемного отделения. В тоже время, нет преимуществ изолированного использования qSOFA в качестве единственного инструмента скрининга на сепсис по сравнению с SIRS и SOS.

СТРУКТУРА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Джаббарова Л.А.

*Научный руководитель: Рузиева Н.Х., д.м.н., профессор
Республиканский перинатальный центр, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Преждевременные роды (ПР) являются проблемой, имеющей важное не только медицинское, но и государственное, социальное значение. В современном акушерстве проблема недонашивания беременности является одной из наиболее актуальных проблем из-за высокой перинатальной смертности и огромных затрат на выхаживание недоношенных детей. ПР происходят в 7–15% всех беременностей и являются причиной более 65% случаев перинатальной смертности. Перинатальная смертность при ПР в 33 раза выше, чем при родах в срок. По данным литературы в развитых странах за последние десять лет смертность младенцев с весом при рождении 1000-1500 г снизилась с 50% до 5%, а смертность младенцев с весом при рождении от 500 до 1000 г снизилась с 90% до 20%, но при этом 50-60% перинатальной смертности приходится на детей с массой ниже 1000 г (меньше 1% всех родов). В нашей стране прошло более 20 лет с момента организации перинатальной помощи, однако вопросы структуры ПР в перинатальных центрах мало освещены в литературе.

Цель. Изучить структуру преждевременных родов в Республиканском перинатальном центре, выживаемость живорожденных и причины ранней неонатальной смертности.

Материал и методы исследования. Изучены статистические отчетные данные Республиканского перинатального центра (РПЦ) за 20 лет (2003-2022 гг.). Определена динамика и структура преждевременных родов, частота выживаемости недоношенных, основные причины ранней неонатальной смертности.

Результаты и их обсуждение. Первые шаги в становлении перинатальной помощи в Узбекистане связаны с организацией городского (1996 г) и Республиканского (2002 г.) перинатальных центров в г. Ташкент. Позже в 2010 году были организованы Республиканский перинатальный центр Республики Каракалпакстан (РПЦ РК) и 12 областных перинатальных центров. В первые пять лет (2003-2007 гг.) частота ПР в РПЦ была довольно низкой и постепенно возросла с 3,8% до 8,5%. В течение следующих пяти лет отмечается положительный прирост ПР с 11,5% в 2008 г до 15,0% в 2012г. С открытием региональных перинатальных центров и внедрением регионализации акушерской помощи частота поступления в РПЦ женщин с ПР снизилась до 12,2% в 2013 г и в 2022 г достигла 15,5%. За последние 10 лет медиана ПР составила 14,4%. С 2013 г в родовспоможении стали внедряться международные критерии живорождения и мертворождения, стали учитываться роды в 22-27 недель беременности. Анализ структуры ПР по сроку гестации показал, что частота рождения детей массой от 500 г до



999 г составляет в среднем 1,0% (от 0,8 до 1,2%), 1000-1499 г – 4,5% , 1500-2499 г – 10,0%. Выживаемость живорожденных с чрезвычайно малой массой тела возросла на 25,9% (с 17,0% в 2012 г до 42,9% в 2022 г), с очень малой массой тела – на 34,1% (с 53,6% до 87,7%) и малой массой тела – на 3,6% (с 93,3% до 96,9%). Выживаемость глубоко недоношенных детей связана с внедрением новых технологий по уходу за новорожденными и внедрением сурфактант терапии. Перинатальная смертность за 2022 г. снизилась и составила 18,9 ‰, что на 7,1‰ по сравнению с 2010 г (26,0‰). Среди умерших в неонатальном периоде (0-6 суток), преобладающее большинство детей составляли недоношенные новорожденные: от 87% в 2019 г до 73,0% в 2022 г. Основной причиной неонатальной смертности остаются синдром дыхательных расстройств (СДР) (35%), инфекция (29,1%) и на третьем месте стоят ВПР плода (17,1%). Несомненно, на показатели выживаемости и перинатальной смертности, особенно в группе недоношенных детей, влияет здоровье матери до и во время беременности. Проведенный нами анализ данных показал, что в РПЦ концентрируются беременные с тяжелыми соматическими заболеваниями (сердца, легких, печени, почек и др.) и акушерской патологией (преэклампсия, недонашивание беременности, беременность после ЭКО, после 3-4 операций кесарева сечения, вращение плаценты, ПОНРП, резус иммунизация, с фетоплацентарной недостаточностью и нарушением маточно-плацентарно-плодового кровотока II-III степени). В связи с улучшением антенатальной ультразвуковой диагностики операбельных аномалий развития плода и значительным прогрессом инновационной неонатальной хирургии в РПЦ возросло число родов с ВПР плода. Патологические роды составили 70,0 -75% от общего числа родов.

Выводы. За двадцать лет число преждевременных родов в РПЦ возросло с 3,8% до 15,5%. Преждевременные роды в 22-27 недель составили в среднем 1,0%, в 28-33 недели -4,5% и в 34-36 недель – 10,0%. Выживаемость живорожденных с чрезвычайно малой массой тела возросла и достигла 42,9% с очень малой массой тела – 87,7% и малой массой тела – 96,9%. Среди умерших новорожденных в раннем неонатальном периоде 73% составляют недоношенные дети. Основной причиной неонатальной смертности являлись СДР, инфекция и врожденные аномалии развития плода. Для разработки мер профилактики преждевременных родов и снижения перинатальной смертности мы планируем проведение дальнейших исследований по изучению причин и факторов высокого риска недонашивания в каждой категории преждевременных родов.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНО-ПЛОДОВОГО КРОВОТОКА ПЛОДА

Джайяпандиан Дж., Нуралиева Н.Р.

Научный руководитель: Иноятowa Н.М., к.м.н., доцент

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность: Синдром ограничения роста плода (СОРП) связан с неблагоприятным перинатальным прогнозом и более высоким риском мертворождения, неонатальной смертности и детского церебрального паралича. В основе данной проблемы лежат нарушения гемодинамики, микроциркуляции и обменных процессов в системе мать–плацента–плод, которые тесно связаны между собой, а также нарушение проницаемости плацентарного барьера. Диагностика нарушений маточно-плодово-плацентарного кровотока плода (МППК) и оценка его тяжести благодаря применению различных диагностических методов имеют большое значение для акушерской тактики. Анализ