

**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.*

содержание sFlt1 составило  $0,38 \pm 1,14$  нг/мл, когда как у женщин в основной группы отмечалось достоверное повышение количества sFlt1 в среднем  $10,1 + 0,23$ , Можно суммировать, что с нарастанием тяжести гипертонического состояния повышается концентрация белка sFlt1, который может достигать уровня до  $10,1 + 0,23$  нг/мл.

Плацента при гипертензивных состояний имеет следующие патоморфологические особенности: Уменьшение размеров плаценты из-за нарушения кровоснабжения. Увеличение числа тромбоцитов (тромбов) в плаценте. Образование тромбов в сосудах плаценты которая может привести к нарушению кровоснабжения плода и развитию гипоксии. Некроз тканей плаценты. При тяжелой форме преэклампсии могут развиваться участки некроза тканей плаценты из-за нарушения кровоснабжения.

**Выводы.** Установлена прогностическая роль белка sFlt 1, содержание которого коррелирует с тяжестью гипертензии и нарастанием клинических признаков заболевания. Патоморфологические особенности плаценты могут включать в себя широкий спектр изменений, таких как некроз поверхностных слоев плаценты, отек хориона и виллоузов, а также увеличение количества фибриноидов.

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА**

Бекбаулиева Г.Н., Жураева А.Ж.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Введение:** В структуре экстрагенитальной патологии при беременности инфекции мочевого тракта (ИМТ) занимают второе место после заболеваний сердечно-сосудистой системы (Аполохин О.И., 2010; Абдулин И.И. 2010; Foxman B., 2010). Бессимптомная бактериурия (ББУ) является доклинической формой ИМТ и характеризуется рецидивирующим течением, низкой долей самоизлечения, высоким риском осложнений для

матери, плода и новорожденного, вероятностью манифестации в симптоматическую форму (Капильный В.А., 2008; Козырев Ю.В., 2012; Romero R., 2009; Otto G. Et al., 2009; Pastore L.M., 2009).

**Материал и методы исследования:** проведена выкопировка из первичных статистических отчетных форм (№ 2-ССВ, № 2 tibbiyot shakli) за 2010-2020 гг.; а также осложненных форм пиелонефрита у 50 беременных, находившихся на обследовании и лечении в «Городском акушерском комплексе №9» г. Ташкента в 2019-2020 гг.

**Результаты:** Анализ распространенности патологии мочевыводящих путей в структуре соматических заболеваний, показал, что показатель заболеваемости мочеполовой системы за 10 лет колебался от 8,4‰ до 9,6%. По данным акушерского комплекса №9 частота осложненных форм пиелонефрита не снижалась и составляла более половины среди поступивших беременных в отдельные годы (в 2018 г. 52,5%, в 2020 г - 53,4%). Это послужило поводом, проанализировать факторы риска развития осложненных форм пиелонефрита, роль бессимптомной бактериурии (ББУ) в зависимости от титра КОЕ в их развитии, выявить дефекты наблюдения на амбулаторном этапе.

Большинство пациенток поступало в отделение патологии беременных на 3-5 сутки от начала заболевания. Пациентки были в возрасте 18-40 лет, медиана возраста составила  $25 \pm 0,49$  лет, преобладали первобеременные (55,3%). Большая часть наблюдаемых имела беременность в сроке 22-28 недель (40,6%); 29-36 - 26,0%, 16-21 - 24,0%, до 16 недель - 5,3%, в 37-38 - 4,0%. К неблагоприятным факторам были отнесены наличие в анамнезе хронического тонзиллита (35,3%), кариеса (5,3%), частой простуды (3,3%). Низкий социальный статус имели женщины, не имеющие благоустроенного жилья (19,3%), женщины с областей без регистрации и разрешения на временное проживание (8,0%). Лишь у 26% беременных неблагоприятных социальных факторов выявлено не было.

Все-таки ведущим фактором, приведшим к развитию пиелонефрита, а в дальнейшем и к его осложненным формам было наличие ББУ у беременных. При этом наблюдались и дефекты оказания медицинской помощи, в т.ч. связанные с нерегулярным посещением беременными женской консультации. К дефектам наблюдения были отнесены: однократное определение ББУ в течение гестации без последующего контроля (35,3% женщин); отсутствие обследования и динамического контроля после проведенной терапии (8,6%); отсутствие лечения беременных с титром  $10^3-10^4$  КОЕ/мл (19,3%); неадекватная терапия ББУ с титром  $10^5$  КОЕ (курсы - менее 5 дней) и пиелонефрита (курс лечения менее 7 дней) (36,8%). Следовательно, организационные вопросы диагностики и лечения ББУ требуют совершенствования тактики ведения беременных врачами разных специальностей.

**Заключение:** Таким образом, ведущим фактором риска развития гестационного пиелонефрита является бессимптомная бактериурия. Выявленные дефекты оказания медицинской помощи, в т.ч. связанные с нерегулярным посещением беременными женской консультации, однократное определение ББУ в течение гестации без последующего контроля; отсутствие обследования и динамического контроля после проведенной терапии; неадекватная терапия ББУ требуют совершенствования тактики ведения беременных врачами разных специальностей.

## **ЗНАЧЕНИЕ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА В РАЗВИТИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.**

Гайбуллаева Д.Ф.

Ташкентская медицинская академия, кафедра акушерства и  
гинекологии. Ташкент, Узбекистан.

**Актуальность.** Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает невынашивание

<b>EFFECTIVENESS OF DIFFERENT TYPES OF PROGESTERONE FOR PREVENTING SPONTANEOUS MISCARRIAGE.</b> <i><sup>1</sup> Kamilova I.A. <sup>2</sup> Sharipova D.Sh.</i>	<b>36</b>
<b>BACHADON BO'YNI EROZIYASI FONIDA TUG'RUQDA QOG'ONOQ SUVI ERTA KETISHIDA VAGINAL INFEKSIYANING AHAMIYATI</b> O.R.Shosaidova, M.T. Hotamova	<b>38</b>
<b>PREEKLAMPSIYA KELIB CHIQISHIDA S-ENDOGLINNING AHAMIYATINI BAHOLASH</b> <i><sup>1</sup> Kamilova I.A. <sup>2</sup> Xamdamov I.F.</i>	<b>40</b>
<b>HOMILADORLIK DAVRIDAGI GIPERTENZIV HOLATLARNING ZAMONAVIY MUAMMOLARI</b> Xudoyarova D.R., Shopulotova Z.A., Bazarova F.	<b>42</b>
<b>CHARACTERISTICS OF COVID -19 COURSE IN PREGNANT WOMEN AND OUTCOME OF DELIVERY FOR MOTHER AND CHILD</b> Yuldasheva G. R. <sup>1</sup> Djabbarova Y. K. <sup>2</sup> , Azizova Z.Sh. <sup>3</sup>	<b>44</b>
<b>THE WEAKNESS OF LABOR - CURRENT PERFORMANCE</b> Yusupova M.A., Matrizayeva Sh.B.	<b>45</b>
<b>ИЗМЕНЕНИЙ В ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b> Абдикабиров Р.С., Тиллашайхова М.Х.	<b>47</b>
<b>ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ</b> Абдуллаева Л.С. , Турсункулова М.Э., Каттаходжаева М.Х.	<b>50</b>
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ФОСФОЛИПИДОВ В ЛЕЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ</b> Атахонов М.М., Юсупова М.А.	<b>52</b>
<b>ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.</b> Атхамова Ш.Р.	<b>54</b>
<b>ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА</b> Бекбаулиева Г.Н., Жураева А.Ж.	<b>55</b>