



MINISTRY OF HEALTH OF THE  
REPUBLIC OF UZBEKISTAN



MINISTRY OF HIGHER AND  
SECONDARY SPECIALIZED  
EDUCATION OF THE  
REPUBLIC OF UZBEKISTAN



MINISTRY OF INNOVATIVE  
DEVELOPMENT OF THE  
REPUBLIC OF UZBEKISTAN



ANDIJAN STATE  
MEDICAL INSTITUTE

[www.adti.uz](http://www.adti.uz)

December 2, 2022.

# International scientific and practical conference on

## "MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GYNECOLOGICAL DISEASES".

# MATERIALS



Andijan

**Цель** настоящего исследования — сравнительный анализ течения постабортного периода при медикаментозном и хирургическом прерывании неразвивающейся беременности в ранние сроки.

**Материал и методы:** В основу работы положены результаты обследования 38 женщин с неразвивающейся беременностью в сроках до 9 нед, находившихся на лечении в период с 2014 по 2016 гг. Всем пациенткам при первичном осмотре проводилось комплексное обследование. Критериями исключения из исследования по изучению консервативного прерывания беременности явились подозрение на внематочную беременность; беременность, наступившая на фоне использования ВМС. Женщины (n=21), которые на первом этапе прерывания получали мифепристон в дозе 200 мг, составили 1-ю группу; 2-ю — 17 женщин, неразвивающейся беременностью, которым был проведен хирургический аборт с выскабливанием стенок полости по стандартной методике под общей анестезией. Все пациентки находились под наблюдением в клинике в условиях стационара в течение 24-72 ч. С целью обезболивания применяли ненаркотические анальгетики. Контрольный осмотр проводился на 3—4-е сутки. Контрольное ультразвуковое исследование (УЗИ) выполнялось на 12—14-е сутки с момента изгнания плодного яйца.

**Результаты и обсуждение:** Обследованные группы женщин с неразвивающейся беременностью существенно не различались по клинико-анамнестическим параметрам. Возраст больных колебался от 20 лет до 41 года при среднем значении  $29,5 \pm 5,73$  года и соответствовал показателям в контрольной группе. На фоне приема мифепристона клинические признаки прерывания беременности в виде кровянистых выделений из половых путей и экспульсии плодного яйца в течение 1—2-х суток наблюдалась у 9 (42,9%) женщин 1-й группы. У остальных пациенток признаки начала изгнания погибшего плодного яйца были выявлены на 3-и сутки, в среднем через  $2,5 \pm 1,74$  ч после приема мизопростола. Назначение повторной дозы мизопростола через 24 ч в связи с отсутствием клинических признаков начавшейся экспульсии плодного яйца потребовалось 2 (0,95%) женщинам с неразвивающейся беременностью 1-й группы. Следует отметить, что эти пациентки не предъявляли никаких жалоб, неразвивающаяся беременность была диагностирована при УЗИ, срок гестации у них не превышал 9 недель. Среди женщин с физиологической беременностью дополнительная доза препарата потребовалась по указанной причине существенно чаще — в 4 (1,9%) случаях, что еще раз доказывает несостоятельность — эндометрий при неразвивающейся беременности.

**Таким образом,** проведенное исследование показало высокую эффективность медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности в I триместре. Использование мифепристона в комбинации с мизопростолом может являться альтернативой хирургическому аборту, так как позволяет избежать риска, связанного с хирургическим вмешательством и анестезией, хорошо переносится пациентками.

## ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ

Сагтарова К.А., Бабаджанова Г.С., Аликулова Н.Э.  
Ташкентская медицинская академия

**Актуальность темы.** Начиная с момента зачатия, между эмбрионом и материнским организмом формируются сложные иммунобиологические взаимосвязи, во многом определяющие дальнейшее течение беременности и ее исход. В основе развития ГБПиН лежит иммунизация женского организма эритроцитами плода, несущими на себе различные антигены, отсутствующие у матери. Резус-несовместимость встречается у 13% всех супружеских пар. Проблемы резус-конфликтной беременности и гемолитической болезни новорожденных имеют также и социальный аспект. Например, у 87-92% резус-

отрицательных женщин, которым своевременно после первой беременности не проводилась иммунопрофилактика, последующие беременности заканчивались потерями детей и психологической травмой для обоих родителей. Первая беременность примерно в 1-1,5% случаев у резус-отрицательных женщин и в 10% после родов осложняется эритроцитарной сенсибилизацией. Чаще всего (95%) это относится к системе резус, реже к системе АВ0. Резус-фактор отчетливо обнаруживается у плода на 10-14 недели развития. Несмотря на то, что в работу акушерско-гинекологической службы внедрен клинический протокол «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода» (2020 г.), частота развития резус-изоиммунизации (РИ) в последние годы не имеет существенной тенденции к снижению.

**Цель исследования.** Изучить течение беременности и исход родов у женщин с резус отрицательной принадлежностью крови.

**Материалы и методы.** Для выполнения поставленных целей и задач проводилась работа с медицинской документацией (истории родов родильниц с Rh-отрицательной принадлежностью крови, родоразрешенных в 9 акушерско гинекологическом комплексе в сроки 2020–2021 гг., а также медицинские карты стационарного больного новорожденных с ГБН). Было проанализировано 78 истории родов и 6 медицинских карт стационарного больного.

При анализе особое внимание уделялось выявлению факторов риска, включающих данные общего анамнеза, данные акушерско-гинекологического и соматического анамнеза, а также результатам лабораторных и инструментальных методов исследования.

Критериями включения историй болезни в исследование послужили диагнозы «Rh-отрицательная принадлежность крови», «Сенсибилизация по Rh-системе», «Гемолитическая болезнь новорожденного по резус-фактору». В зависимости от наличия резус-антител в крови пациентки были разделены на 2 группы: I группа — 62 женщины без титра антител в крови, II группа — 6 женщин с выявленными резус-антителами.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Среди исследуемых преобладали женщины в возрасте 26-35 лет (32%), по паритету преобладали 1 е роды, среди гинекологических заболеваний были зарегистрированы кольпиты в анамнезе, из экстрагенитальной патологии привалировала анемия, гипертензивные нарушения во время беременности, из анамнеза предыдущие беременности осложнялись выкидышами на ранних сроках беременности, угрозами преждевременных родов. Роды у исследуемых беременных в 21 случае произведены путем кесарева сечения по акушерским показаниям, в 1 случае по показанию Гемолитической болезни плода в сроке 34 недель, при наличии асцита плода. В послеродовом периоде вакцинация антирезус иммуноглобулином была проведена в 62 х случаях родов. Ни одна беременная не получала вакцинацию антирезус иммуноглобулином в сроке 28 недель.

Прогностически неблагоприятным в отношении развития тяжелых форм ГБН является раннее (до 20 недель) выявление высокого титра антител (1:16 и более), его нарастание в течение беременности и (или) неравномерный, «скачущий» титр резус-антител. Только у 1 из 6 пациенток антиэритроцитарные антитела были выявлены на раннем сроке (12 недель) в низком титре — 1:2, у остальных — со второго триместра беременности (с 22–38 недели).

Осложнения настоящей беременности по данным УЗИ было многоводие, преждевременное созревание плаценты, маловодие, крупный плод, обвитие пуповины и признаки анемии плода.

**Выводы.** Таким образом необходимо обеспечить беременным с резус отрицательной принадлежностью крови без иммунизации и при резус положительной принадлежности крови отца введение анти-Rh (D) иммуноглобулина G в сроке 28 недель, а так же тщательно собирать анамнез предыдущих беременностей.

<b>НАШ ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ОРГАНОСХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ</b>	79
<b>Пашов А. И., Волкова Л.В., Сивова Е. Н.</b>	
<b>АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ</b>	80
<b>Расулова Г., Юлдашева О.С.</b>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ГЛАНДИН В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ</b>	81
<b>Эркинова Н., Юлдашева С.</b>	
<b>АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ</b>	82
<b>Ахмаджанова М., Юлдашева О С</b>	
<b>РОЛЬ ТРОМБОЦИТОПАТИИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b>	82
<b>Рахимова.З.И, Асранкулова.С.К</b>	
<b>НОВЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b>	83
<b>Рахматуллаева М.М</b>	
<b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ</b>	85
<b>Рузиев К.Х (научный руководитель –Арзиева Г.Б)</b>	
<b>ОПТИМИЗАЦИЯ РАННИЕ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ</b>	86
<b>Рухиддинова Н.И., Исламова З.К.</b>	
<b>ПОСТНАТАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ПОТОМСТВА КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ГЕСТОЗОМ</b>	87
<b>Садриддинова Малика Равшановна научный руководитель –Арзиева Г.Б</b>	
<b>АДЕНОМИОЗ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ</b>	87
<b>Саиджалилова Д.Д., Мадолимова Н.Х., Аюпова Д.А.</b>	
<b>ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ</b>	88
<b>Саидова Ф.И.</b>	
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИХ СРОКАХ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b>	89
<b>Саломова И.С., Адизова З.А., Каримова Н.Н.</b>	
<b>ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ</b>	90
<b>Саттарова К.А., Бабаджанова Г.С., Аликулова Н.Э.</b>	
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ</b>	92
<b>Сафаралиева Г.Ф (научный руководитель –Арзиева Г.Б)</b>	