



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

2 (88) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (88)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026
февраль

Received: 20.01.2025, Accepted: 06.02.2026, Published: 10.02.2026

УДК 618.3-089:618.2

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО МЕТОДА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Наврузова Р.С. <https://orcid.org/0000-0002-4532-5410>
Наврузова Ш.Б. <https://orcid.org/0009-0002-2520-9049>
Мамажонова Н.Ш. <https://orcid.org/0009-0006-4896-0045>

Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан,
ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Резюме

Оценить эффективность и безопасность медикаментозного аборта при неразвивающейся беременности. В исследовании участвовали 91 женщина, которым проводили пероральное введение Мифепристона с последующей интроцервикальной индукцией Мизопростолом. Медикаментозный метод показал высокую эффективность, минимальный риск осложнений и лучшую переносимость по сравнению с хирургическим абортом. Данные позволяют рассматривать медикаментозное прерывание как метод выбора в ранние сроки неразвивающейся беременности.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, медикаментозный аборт, Мифепристон, Мизопростол, хирургический аборт, клинический опыт.

RIVOJLANMAYOTGAN HOMILADORLIKDA DORI USULINI QO‘LLASHNING KLINIK TAJRIBASI

Navruzova R.S. <https://orcid.org/0000-0002-4532-5410>
Navruzova Sh.B. <https://orcid.org/0000-0002-4532-5411>
Mamajonova N.Sh. <https://orcid.org/0009-0006-4896-0045>

Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, 100109 Toshkent, O‘zbekiston Farobiy ko‘chasi 2,
Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Rezyume

Rivojlanmayotgan homilalikda medikamentoz abortning samaradorligi va xavfsizligini baholash. Tadqiqotda 91 ayol ishtirok etgan bo‘lib, ularga og‘iz orqali Mifepriston berilib, so‘ngra introservikal Misoprostol induksiyasi o‘tkazilgan. Medikamentoz usul yuqori samaradorlikni, minimal asorat xavfini va jarrohlik abortga nisbatan yaxshiroq chidamlilikni ko‘rsatdi. Ushbu ma‘lumotlar medikamentoz abortni rivojlanmayotgan homilalikning erta muddatlarida tanlov metodi sifatida ko‘rib chiqish mumkinligini tasdiqlaydi.

Kalit so‘zlar: rivojlanmayotgan homilalik, medikamentoz abort, Mifepriston, Misoprostol, jarrohlik aborti, klinik tajriba.

CLINICAL EXPERIENCE IN THE USE OF A MEDICATIONAL METHOD DURING UNDEVELOPED PREGNANCY

Navruzova R.S. <https://orcid.org/0000-0002-4532-5410>
Navruzova Sh.B. <https://orcid.org/0000-0002-4532-5411>
Mamajonova N.Sh. <https://orcid.org/0009-0006-4896-0045>

Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street, Tel:
+998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ **Resume**

To evaluate the effectiveness and safety of medical abortion in cases of non-viable pregnancy. A total of 91 women participated in the study and received oral Mifepristone followed by intracervical induction with Misoprostol. The medical method demonstrated high efficacy, minimal risk of complications, and better tolerability compared to surgical abortion. These findings support considering medical abortion as the method of choice in the early stages of non-viable pregnancy.

Keywords: non-viable pregnancy, medical abortion, Mifepristone, Misoprostol, surgical abortion, clinical experience.

Актуальность

Так, по данным исследования, проведенного в рамках Объединенной программы по изучению аборта (IPSA), частота осложнений при прерывании беременности во втором триместре в 3-4 раза выше, чем в I триместре, а при неразвивающейся беременности эта проблема увеличивается в несколько раз [1,3,5].

Учитывая тот факт, что в мире увеличивается частота неразвивающейся беременности, можно говорить о серьезности этой проблемы. Однако применяющиеся в настоящее время методы искусственного прерывания беременности не всегда являются достаточно эффективными и безопасными (Назирова М.У., 2005). Задача изыскания новых, а также дальнейшее совершенствование уже существующих методик, приобретает все большее практическое значение [2,4,6,7].

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность медикаментозного аборта при неразвивающейся беременности.

Материал и методы исследования

Для решения поставленных целей и задач нами проведено обследование следующих групп женщин. В первую ретроспективную группу вошли 78 пациенток, у которых НБ была прервана хирургическим путем, во вторую основную группу вошли 51 женщина, у которых беременность была прервана медикаментозным путем, контролем служили 91 практически здоровых женщин, обратившихся в клинику в Межрайонный Ташкентский центр.

Клиническое обследование включало изучение соматического, акушерского и гинекологического анамнеза с учетом перенесенных заболеваний во время данной беременности.

Результаты собственных исследований и их обсуждение

Все обследованные беременные были разделены по возрасту и паритету. В I и II группах больных преобладали женщины в возрасте от 21 до 30 лет – 26 (47%). Средний возраст составил: в I группе 26,0±4,9, во II группе - 27,8±6,2.

Основными симптомами НБ являются уменьшение размеров матки в I триместре - около 39,2%, во II триместре - в 60%, исчезновение субъективных симптомов беременности - в 51,7% случаев, боли и кровянистые выделения из половых путей – в 33,3% и 26,3% соответственно.

В 38% случаев диагноз устанавливается при отсутствии субъективных и объективных симптомов во время УЗИ. Это подтверждает необходимость такого исследования, начиная с I триместра беременности, для ранней диагностики этой патологии. Характерным критерием УЗИ-диагностики НБ в сроках с 7 до 12 недель является, в 70% случаев, наличие неоднородной, с очагами понижения, эхохориальной пластинки с её локальным истончением или утолщением, практически всегда наблюдается отслойка чаще всего по краям. Обращает на себя внимание наличие гипозехогенной зоны толщиной 2-4 мм в зоне плацентации, соответствующей базальной и парабазальной пластинки, свидетельствующей о формировании децидуита.

В 30% случаев, характерным для НБ в более ранние сроки – до 7 недель беременности, явилось нарушение формирования хориальной пластинки. При этом хориальная пластинка и место ее локализации четко не визуализировалось. В 20,3% наблюдалась анэмбриония, либо, при наличии плода, отсутствие сердцебиения. Более выраженные изменения в плаценте мы обнаружили во II триместре беременности. Эти изменения также были характерны для воспалительной реакции, т.е. сформировавшегося плацентита.

Очевидно, наблюдается взаимоусиливающее влияние ИППП и условно патогенной бактериальной флоры, в результате чего страдает общий и местный иммунитет, способствующий колонизации в женских половых органах других микроорганизмов.

Аntenатальное инфицирование является ведущей причиной нарушения нормального течения беременности, нередко ведущей к спонтанным выкидышам, отставанию развития плода и перинатальной патологии.

Общепринятым является то, что развитие инфекционного процесса у плода, его тяжесть и исход заболевания зависят от инфекционного агента, его вирулентности, способности проникать через плацентарный барьер и защитных свойств матери и плода.

К безусловным антенатальным возбудителям относятся вирусы простого герпеса, краснухи, гепатита, цитомегаловирус. Аналогичными свойствами обладают бактерии и простейшие – микобактерии, хламидии, микоплазма, токсоплазма, трепонемы и т.д.

Таким образом, результаты наших исследований согласуются с данными литературы, свидетельствующими о том, что наряду с генетической патологией, гормональными, иммунологическими нарушениями в этиологии НБ определенную роль играет инфекция, в особенности ИППП.

Прерывание неразвивающейся беременности до 14 недель, как правило, производится одновременно путем инструментальной дилатации шейки матки с последующим опорожнением полости матки.

Для прерывания беременности в поздние сроки наиболее широкое распространение получило интраамниальное введение гипертонического раствора, простагландинов и окситотических средств.

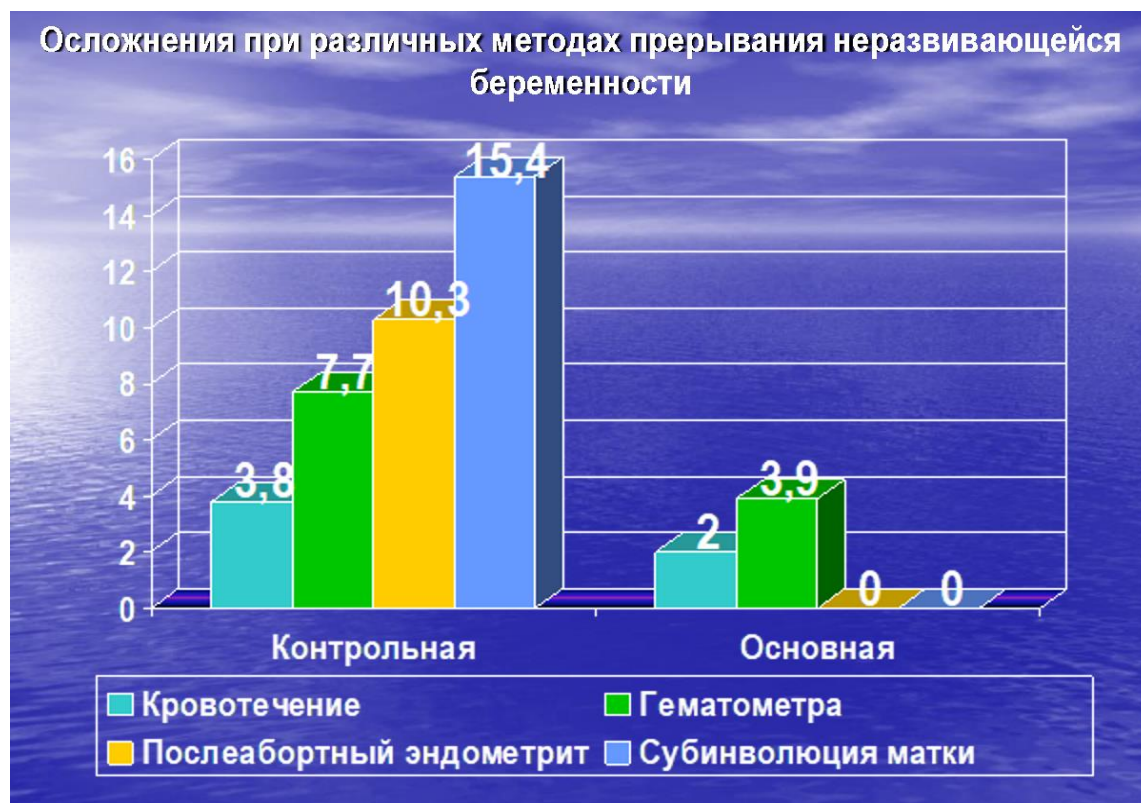
При хирургических методах прерывания беременности обезболивание производилось во всех случаях при внутривенной анестезии, с использованием наркотических анальгетиков в сочетании с бензодиазепинами (морфин 10 мг и сибазон или валиум 10 мг).

В настоящее время во многих развитых странах мира медикаментозный аборт занимает одно из первых мест среди общего количества прерывания беременности.

К медикаментозным средствам для прерывания беременности относят антигестагены и простагландины. Наиболее приемлемыми препаратами для этих целей является Мифепристон и Мизопростол. Однако до последнего времени не определены оптимальные дозы и методы введения этих препаратов с целью прерывания беременности.

Учитывая вышеизложенное, нами проведено прерывание нежелательной беременности у 91 женщин с использованием данной схемы:

Схема. Перорально Мифепристон в дозе по 200 мг три раза с интервалом 2 часа и через 36 часов Мизопростол в дозе 200 мкг интроцервикально.



Результаты проведенных исследований показывают, что при прерывании НБ хирургическими способами осложнения встречаются гораздо чаще, чем при медикаментозном ее прерывании.

Кровопотеря в контрольной I группе при этом в I триместре составила $154,4 \pm 22,5$ мл, а в более поздние сроки - $222,7 \pm 29,5$ мл, что соответственно более чем в 3 раза больше чем при медикаментозном прерывании в I триместре, и 1,6 раза больше чем во II триместре в сравниваемых группах.

Так кровотечение в контрольной группе наблюдалось в 3 (3,8%) случаях и носило коагулопатический характер. При этом удалось купировать кровотечение консервативными методами. В то время как в основной группе в 2-х случаях имело место кровопотеря в 250 и 400 мл, что было обусловлено, как мы считаем, нахождением замершего плодного яйца в полости матки более 6 недель с выраженным аутолизом, и эта кровопотеря не была обусловлена коагулопатическим кровотечением.

Этот факт можно объяснить механизмом действия антипрогестеронов и простагландинов и в патогенетическом аспекте действия препаратов при прерывании НБ.

Учитывая эти патогенетические эффекты действия антипрогестинов и простагландинов (Мифепристона и Мизопростола) при прерывании нежелательной и, особенно неразвивающейся беременности риск попадания тромбопластических субстанций в кровоток женщины практически исключен, и при этом коагулопатическое кровотечение сведено к минимуму.

Гематометра в послеабортном периоде встречается почти в 2 раза чаще в контрольной группе, чем в основной группе. Более того, субинволюция матки при хирургическом методе прерывания беременности была выявлена в 12 (15,3%) случаях, а послеабортный эндометрит в 8 (10,2%) случаев, тогда как в основной группе, у женщин, неразвивающаяся беременность которых была прервана медикаментозными средствами не наблюдались.

Но в тоже время в основной группе женщин в 2-х (3,9%) случаях было произведено удаление остатков плодного яйца путем вакуум аспираций. Это видимо было обусловлено особенностями расположения матки (гипер, анте или гипер-ретрофлексия матки), т.е. она носила механический характер.

Нами проведено также изучение инволюции матки в сравниваемых группах на 2-3 и 7 сутки послеабортного периода и в зависимости от триместра гестации. Полученные результаты свидетельствуют, что при медикаментозном прерывании происходит инволюция матки в 1,1-1,2 раза быстрее, чем при хирургическом методе.

Заключение

Таким образом, медикаментозное прерывание НБ в сравнительном аспекте по отношению к хирургическому методу является безопасным, физиологичным, значительно меньшей кровопотерей, с минимальными осложнениями и не требующей медикаментозного обезболивания, абортom.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Назирова М.У., Каттаходжаева М.Х. Состояние иммунной системы при неразвивающейся беременности с применением простагландинов // Журнал теоретической и клинической медицины. 2005;1:63–67.
2. Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P. Complications after second trimester surgical and medical abortion. Reproductive Health Matters. 2008;16(Suppl 1):173–182.
3. Dickinson JE, Doherty DA. Maternal complications associated with second trimester medical abortion using mifepristone priming and subsequent misoprostol. Contraception. 2023;125:110080. DOI:10.1016/j.contraception.2023.110080
4. Grossman D., Blanchard K., Blumenthal P. Complications after second trimester surgical and medical abortion. Reproductive Health Matters. 2008;16(Suppl 1):173–182. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18772098/>
5. London S. Complication Rate Is Lower For Surgical Than Medical Second-Trimester Abortion. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/journals/psrh/2003/01/complication-rate-lower-surgical-medical-second-trimester-abortion>
6. Second trimester abortions: trends and medical complications. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7795180/>
7. MSD Manual Professional — Induced Abortion. Гинекология-и-акушерство/планирование-семьи/индуцированный-аборт. <https://www.msmanuals.com/ru/professional/>

Поступила 20.01.2026