



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

3 (89) 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. САФОВЕВ (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)

3 (89)

2026 *март*

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

Received: 20.02.2026, Accepted: 06.03.2026, Published: 10.03.2026

UDK 618.3/5:618.177-089.888.11-036(575.121)

ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР МЕТОДА РОДОРАЗРЕЩЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Суяркулова М.Э. <https://orcid.org/0009-0008-1069-476X> E-mail: madhiya12@gmail.com
Абдузхаттапова Н.Э. <https://orcid.org/0000-0001-6431-2298> E-mail: naziraxoneriklievna@gmail.com

Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения, г. Фергана, ул. Новый
Турон 2-дом. Телефон: +998732455907 E-mail: info@fjsti.uz

✓ Резюме

В последнее время диагноз «бесплодие» воспринимается не как безвыходный приговор, а как состояние, поддающееся лечению. Развитие наномедицины и ИИ (искусственного интеллекта), особенно в сфере ВРТ (вспомогательных репродуктивных технологий), повысило актуальность применения ЭКО (экстракорпорального оплодотворения) в Узбекистане, в частности в Фергане, и активно внедряется сегодня в клинику. Однако результаты ЭКО у женщин с бесплодием, стремящихся иметь собственных детей, остаются переменными: наряду с успехами отмечаются неудачи. Кроме того, не все беременные после ЭКО донашивают плод до срока; возможны преждевременные роды с разными перинатальными исходами, вплоть до выписки домой с живым или мертвым ребенком. Доношенные пациентки вправе выбирать метод родоразрешения с учетом соматического и акушерского статуса, желания минимизировать травмы и значительных финансовых затрат семьи. В нашем исследовании чаще выполняли оперативное родоразрешение: лапаротомию по Джоэл–Кохену и кесарево сечение в нижнем маточном сегменте, хотя встречались и естественные роды. Анализ этих состояний поможет оптимизировать ведение беременности и выбор родоразрешения после ЭКО, улучшив материнские и перинатальные исходы.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, бесплодие, перинатальные исходы, многоплодие, преждевременные роды, акушерские осложнения, перинатальная смертность.

OPTIMAL CHOICE OF DELIVERY METHOD FOR WOMEN AFTER IN VITRO FERTILIZATION

M.E. Suyarkulova <https://orcid.org/0009-0008-1069-476X>
E-mail: madhiya12@gmail.com
N.E. Abduzapparova <https://orcid.org/0000-0001-6431-2298>
E-mail: naziraxoneriklievna@gmail.com

Fergana Medical Institute of Public Health, Fergana, st. New Turon 2-house. Phone: +998732455907
Email: info@fjsti.uz

✓ Resume

Recently, the diagnosis of infertility has been perceived not as a hopeless sentence, but as a condition that can be treated. The development of nanomedicine and AI (artificial intelligence), especially in the field of ART (assisted reproductive technologies), has increased the relevance of the use of IVF (in vitro fertilization) in Uzbekistan, in particular in Ferghana, and is being actively introduced today in the clinic. However, IVF outcomes in infertile women seeking to have children of their own remain variable, with failures noted alongside successes. In addition, not all pregnant women after IVF carry the fetus to term; premature birth is possible with different perinatal outcomes, up to discharge home with a living or dead child. Full-term patients have the right to choose the method of delivery, taking into account the somatic and obstetric status, the desire to minimize injuries, and the high financial costs for the family. In our study, surgical delivery was more often performed: laparotomy according to Joel-Cochin and cesarean section in the lower uterine segment, although there were also natural births. Analysis of these conditions will help optimize pregnancy management and birth selection after IVF, improving maternal and perinatal outcomes.

Keywords: assisted reproductive technologies, infertility, perinatal outcomes, multiple pregnancies, preterm birth, obstetric complications, perinatal mortality.

AYOLLARIDA EKSTRAKORPORAL URUG'LANTIRISHDAN KEYINGI OPTIMAL TUG'RUQ YO'LINI TANLASH

Suyarkulova M.E. <https://orcid.org/0009-0008-1069-476X>

E-mail: madhiya12@gmail.com

Abdujapparova N.E. <https://orcid.org/0000-0001-6431-2298>

E-mail: naziraxoneriklievna@gmail.com

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Farg'ona sh. Yangi Turon ko'chasi 2-a uy.

Tel: +998732455907 Email: info@fjsti.uz

✓ Rezyume

So'nggi yillarda "bepushtlik" tashxisi boshi berk ko'cha yoki davolab bo'lmaydigan hukm sifatida emas, balki davolash mumkin bo'lgan holat sifatida qabul qilinmoqda. Nanomeditsina va sun'iy intellekt (SI), ayniqsa yordamchi reproduktiv texnologiyalar (YRT) sohasidagi rivojlanish O'zbekistonda, xususan Farg'onada ekstrakorporal urug'lantirish (EKU)ning dolzarbligini oshirdi va u bugun klinik amaliyotga faol joriy etilmoqda. Biroq bepushtlikdan aziyat chekayotgan, o'z farzandiga ega bo'lishni istagan ayollarda EKU natijalari turlicha: muvaffaqiyatlar bilan bir qatorda muvaffaqiyatsizliklar ham uchraydi. Bundan tashqari, EKUdan so'ng homilador bo'lgan ayollarning barchasi ham homilani muddatigacha olib bora olmaydi; turli perinatal natijalar bilan kechuvchi muddatidan oldin tug'ruqlar kuzatilishi mumkin, hatto ayrim hollarda tirik yoki o'lik chaqaloq bilan uyga javob berish holatlari ham uchraydi. Muddatigacha homiladorlikni olib borgan bemor ayollar somatik va akusherlik holatini, shuningdek, jarohatlanishlarni minimal darajaga tushirgan holda sog'lom farzand ko'rish istagini hamda oilaning katta moliyaviy xarajatlarini inobatga olib, tug'ruq usulini tanlash huquqiga ega. Tadqiqotimizda ko'proq operativ tug'ruq amalga oshirildi: Joel-Kohen usulida laparotomiya va bachadonning pastki segmentida kesarcha kesish, biroq tabiiy tug'ruqlar ham uchradi. Ushbu holatlarni tahlil qilish EKUdan keyingi homiladorlikni optimal boshqarish taktikasi hamda tug'ruq usulini tanlashni takomillashtirishga yordam beradi va bu, o'z navbatida, onalik hamda perinatal yakuniy natijalarni yaxshilaydi.

Kalit so'zlar: yordamchi reproduktiv texnologiyalar, bepushtlik, perinatal natijalar, ko'p homiladorlik, erta tug'ilish, akusherlik asoratlari, perinatal o'lim.

Актуальность

В большинстве случаев родоразрешение экстракорпорально оплодотворенных беременностей заканчивается оперативным путем. В свою очередь снижение рутинного оперативного родоразрешения после экстракорпорального оплодотворения является актуальной задачей акушер-гинекологов. В этом случае во многом имеется ввиду финансовый вопрос планирования семьи с вложением огромной суммы для рождения здорового ребенка, без травматизации во время естественного родоразрешения. Снижение числа кесаревых сечений и допущение к естественным родам женщин у которых беременность наступила с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, в частности экстракорпоральным оплодотворением [1, 5, 8, 9, 10].

Исследование было проведено за 2024-год в Ферганском областном филиале Республиканского научно-практического медицинского центра здоровья матери и ребенка. Экстракорпоральное оплодотворение было проведено у этих пациентов в Республике Узбекистан, в Республике Казахстан, в Российской Федерации и в Турции [1, 3], к сожалению, ни одна из них не имела документов, подтверждающих о выполнении ЭКО процедуры или выписки из стационара. Информация о проведении ВРТ была зафиксирована только со слов пациентов [1, 5, 8, 10].

Всего было изучено 59 истории болезней беременных женщин. Отмечалось, что экстракорпоральное оплодотворение проводилось женщинам по поводу женского и мужского бесплодия [1,5,8,10]. Мужское бесплодие включало азооспермию, олигоспермию, астеноспермию, тератозооспермию, криптоспермию, варикоцеле и обструктивную закупорку семявыносящих путей [4, 6, 12].

В женском бесплодии имело место нейроэндокринный синдром, ановуляция, синдром поликистозных яичников, дисфункция щитовидной железы, непроходимость маточных труб,

состояние после внематочной беременности и тубоэктомии и эндометриоз [11,12]. Пациенты были отобраны от всех регионов Ферганской области. Трудовая деятельность этих женщин составляла 50% домохозяйка, 30% со средним образованием и 20% с высшим образованием. Основной заработок этих семей зависело от зарплаты мужа и материальной помощи родственников. Были отобраны женщины как с первичным, так и со вторичным бесплодием. Не использовались донорский эмбрион и донорская сперма, имело место только в одном случае донорская яйцеклетка. Со стороны лечащего врача гинеколога и учитывая статус женщины на пятые сутки после оплодотворения эмбрионы были посажены во многих случаях количеством два, редко одного. Имплантация происходила как минимум у одного или у обоих, а в редком случае один эмбрион делился на два, что составляло многоплодную беременность [2, 10].

Среди них возрастная категория включала от 26-40 лет, которые имели надежду на рождение ребенка и сохранение семьи независимо от их возраста [9]. Брак по счету составляли первый и второй. В исследуемой группе не отмечался родственный брак, что стало бы одной из причин первичного бесплодия у обоих супругов. Продолжительность бесплодия составляла от трех до семнадцати лет. Супружеская пара с коротким сроком бесплодия после подтвержденного диагноза и осознанного выбора решалась на ЭКО процедуру. Лица с многолетним бесплодием на ЭКО процедуру определились после многократного, безуспешного консервативного лечения как для устранения мужской и женской этиологии [1, 4, 5, 6, 8, 10, 12].

При этом за эти годы они собирали базовый капитал и выбирали наилучшее место для осуществления вспомогательной репродуктивной технологии с наилучшим результатом. В контингент входили беременные как выше было сказано, проживающих по Ферганской области со всеми экстрагенитальными заболеваниями. Со стороны сердечно-сосудистой системы хроническая артериальная гипертензия, синусовая тахикардия, варикозная болезнь, анемия средне тяжелой степени [5, 8, 10]. Со стороны эндокринной системы ожирение, дисфункция щитовидной железы, нейроэндокринный синдром, сахарный диабет второго типа.

Состояния, связанное с беременностью - это преэклампсия, гестационная гипертензия, многоплодная беременность [2, 5, 7, 8, 10]. Проведенные операции из анамнеза аппендэктомия, лапароскопическая диагностика трубной и трубно-перитонеальной непроходимости, лапароскопическое и традиционное удаление зародышевого эмбриона по поводу внематочной беременности и тубоэктомии, удаление тубоовариального абсцесса [11, 12]. Из гинекологического анамнеза отмечено неразвивающаяся беременность, самопроизвольный аборт, внематочная беременность, истмико-цервикальная недостаточность с вставлением акушерского пессария, неуспешный ЭКО из предыдущего [11, 12]

Акушерский статус составлял рубец на матке из предыдущих родов, преждевременный разрыв плодных оболочек, изменения амниотической жидкости у плода, нарушение фетоплацентарного кровотока, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, дистресс плода что послужило для оказания срочного оперативного родоразрешения [2, 5, 8, 10]. Были выяснены причины показаний к оперативным родам у женщин с экстракорпоральным оплодотворением.

Показания к оперативным родам со стороны матери: возраст женщины, гестационная гипертензия тяжелой степени, преэклампсия тяжелой степени, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, аномалии женских половых органов, незрелость шейки матки по шкале Бишопа, рубец на матке [7]. Показанием к оперативным родам со стороны плода: требование родителей на операцию, чтобы получить здорового, желанного ребенка, многоплодная беременность, поперечное положение плода, ягодичное предлежание плода, родовый разрыв плодных оболочек, острое маловодие, НМППК 2-3 степени, дистресс плода, крупный плод [2, 5, 8, 10].

В дальнейшем оценено состояние женщины по всем акушерским параметрам, суммированы показания к допущению естественным физиологическим родам. Показания к физиологическим естественным родам: желание родителей, без во влечения хирургических вмешательств, отсутствие экстрагенитальных заболеваний матери, зрелость шейки матки по шкале Бишоп, стабильная динамика плода на УЗИ, без всяких отклонений, возраст 28-32 лет, мужской фактор бесплодия [1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, 12].

По результатам исследований вычислено 5% физиологическое и 95% оперативное родоразрешение. Всего из 59 беременных женщин трое имели физиологические роды, а пятьдесят шесть из них оперативные роды [1, 10].

Среди 59-беременных женщин, некоторые имели многоплодную беременность: 28 одноплодная=28детей; 27 двойня=54 детей; 3 тройня=9детей; 1 четверня=4детей [2, 10].

Тип беременности	Количество беременных женщин	Количество рожденных детей
Один	28	28
Двойня	27	54
Тройня	3	9
Четверня	1	4

Доношенный срок: 37-39 недель, недоношенный срок: 27-36 недель. По сроку гестации: 12% или семеро детей недоношенные, 84% или сорок девять детей доношенные. Всего рождается 67 детей. Выжившие 66, смертельный исход 1. Причина смерти недоношенность, рождение на 27-недели, то есть одна из четверни. Где показатели составили 6% - 6-7 баллов у четверых новорожденных, 34% 8-9 баллов у двадцати новорожденных, 60% 7-8 баллов у тридцати шести новорожденных [2, 8, 10].

Вывод: Оперативным родам могут быть показания со стороны матери, как возрастная беременность, аномалии женских половых органов, экстрагенитальные заболевания, многоплодная беременность, крупный плод, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и так далее. Также надо учитывать мужской фактор бесплодия, которое послужило к наступлению беременности с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. В этом случаи, повышается шанс к допущению женщины к вагинальным родам, исключается вопрос неспособности женщины рожать через естественные родовые пути.

Естественные роды ЭКО женщин - один из факторов снижения рубца на матке и ее дальнейших после операционных осложнений для будущей матери [1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, 12].

Заключение

Анализ современных литературных данных свидетельствует о том, что проблема оптимального выбора метода родоразрешения у женщин после экстракорпорального оплодотворения остаётся актуальной и до конца не решённой в современной акушерской практике. Несмотря на высокий уровень развития вспомогательных репродуктивных технологий и совершенствование методов ведения беременности после ЭКО, до настоящего времени отсутствует единый, научно обоснованный и универсальный подход к определению способа родоразрешения у данной категории пациенток.

Во многих исследованиях подчёркивается повышенная частота оперативных родов у женщин после ЭКО, что нередко обусловлено как акушерскими и соматическими факторами риска, так и настороженным отношением врачей к данной группе беременных. Вместе с тем имеющиеся данные указывают на возможность и безопасность физиологических родов у женщин после ЭКО при благоприятном течении беременности, отсутствии противопоказаний со стороны матери и плода, а также при стабильном функциональном состоянии фетоплацентарной системы.

Таким образом, вопрос о необходимости обязательного оперативного родоразрешения у женщин после ЭКО остаётся дискуссионным. Допуск к физиологическим родам при наличии всех клинико-функциональных показателей и адекватном мониторинге состояния матери и плода представляется обоснованным и перспективным направлением. В то же время очевидна необходимость проведения дальнейших, более глубоких и многоцентровых исследований, направленных на разработку дифференцированных критериев выбора метода родоразрешения у женщин после ЭКО, что позволит повысить безопасность родов и улучшить перинатальные исходы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Яковлева ОВ, Глухова ТН, Рогожина ИЕ, Проданова ЕВ, Столярова УВ. Основные проблемы беременности после ВРТ. Современные проблемы науки и образования. 2018;(6). Available from: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=28279>
2. Костюков КВ, Гладкова КА, Ионов ОВ. Оценка исследования перинатальных исходов типа плацентации при беременности двойней, осложненной дискордантным ростом плодов. Акушерство, гинекология и репродукция. 2021;15(1):51-60. doi:10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2021.172
3. Мелкозёрова ОА, Башмакова НВ, Данькова ИВ, Окулова ЕО. Репродуктивные и перинатальные исходы применения криотехнологий в программах экстракорпорального оплодотворения (обзор литературы). Проблемы репродукции. 2019;25(3):82-90. doi:10.17116/repro20192503182
4. Raad G, Azouri J, Rizk K, et al. Adverse effects of paternal obesity on the motile spermatozoa quality. PLoS One. 2019. doi:10.1371/journal.pone.0211837
5. Кузьмин ВН, Машина МА. О влиянии факторов риска на исходы беременности, наступившей вследствие вспомогательных репродуктивных технологий. Лечащий врач. 2020;(1):52-54. doi:10.26295/OS.2019.47.57.011
6. Dankova IV, Melkozerova OA, Tretyakova TB. Genetic and hemostasiological predictors of IVF pregnancy. Gynecological Endocrinology. 2017;33(Suppl 1):32-35.
7. Choux C, Barberet J, Ginod P. Severe ovarian hyperstimulation syndrome modifies early maternal serum beta-human chorionic gonadotropin kinetics, but obstetrical and neonatal outcomes are not impacted. Fertility and Sterility. 2017;108(4):650-658.
8. Подзолкова НМ, Скворцова МЮ, Полетова ТН, Прилуцкая СГ. Беременность после экстракорпорального оплодотворения: особенности клинического течения и исходы. Проблемы репродукции. 2017;23(1):103-109.
9. Скворцова МЮ, Прилуцкая СГ, Барская ЕС. Особенности психоэмоционального состояния у женщин во время беременности, наступившей в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий. Доктор.Ру. 2018;10(154):62-67.
10. Подзолкова НМ, Скворцова МЮ, Прилуцкая СГ. Беременность после ЭКО: факторы риска развития акушерских осложнений. Проблемы репродукции. 2020;26(2):120-131.
11. European Society of Human Reproduction and Embryology. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss. Human Reproduction Open. 2018;2018(2):hoy004. doi:10.1093/hropen/hoy004
12. Прилуцкая СГ. Влияние фактора бесплодия на течение беременности, наступившей в результате экстракорпорального оплодотворения. В: Горизонты медицинской науки: материалы VIII конференции молодых ученых РМАПО с международным участием; 19–20 апр 2017; Москва, Россия. Москва; 2017. Т.2. С.107-109.

Поступила 20.02.2026