



ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАР ЎЛИМИНИНГ САБАБЛАРИ, КЛИНИК-АНАМНЕСТИК ТАҲЛИЛИ

Эшбаев Э.А.

Тошкент тиббиёт академияси

✓ *Резюме*

Оналар ўлими, бу – муҳим статистик кўрсаткич, ҳомиладорлик даври ва туғруқдан кейин 42 кунгача кузатиладиган онанинг ўлими ҳисобланади. Дунёда бир йил давомида 200 млн аёлда ҳомиладорлик кузатилади, ундан 137,6 млн туғруқ билан тугайди. Ҳар куни 830 та аёл ҳомиладорликга ва туғруқга боғлиқ ҳолда нобуд бўлади. Оналар ўлими кўрсаткичи, бу – 100 000 та тирик туғилганларга нисбатан оналар ўлимидир ва бу кўрсаткич дунё соғлиқни сақлаш тизими ишининг самарадорлиги баҳолаш бирлиги ҳисобланади.

Калит сўзлар: Оналар ўлми, ҳомиладорлик, сурункали гепатит, жигар циррози, холестаза, фудьминат гепатит.

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БЕРЕМЕННОЙ, КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Эшбаев Э.А.

Ташкентское медицинское академия

✓ *Резюме*

Материнская смертность является важным статистическим показателем, материнская смертность наблюдается во время беременности и до 42 дней после родов. В мире 200 миллионов беременностей в год, из них 137,6 миллиона заканчиваются родами. Каждый день 830 женщин умирают из-за беременности и родов. Коэффициент материнской смертности – это коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений, и этот показатель является единицей оценки эффективности глобальной системы здравоохранения.

Ключевые слова: материнская смертность, беременность, хронический гепатит, цирроз печени, холестаза, фульминантный гепатит.

CAUSES OF DEATH OF A PREGNANT WOMEN, CLINICAL AND ANAMNESTIC ANALYSIS

Eshbayev E.A.

Tashkent Medical Academy

✓ *Resume*

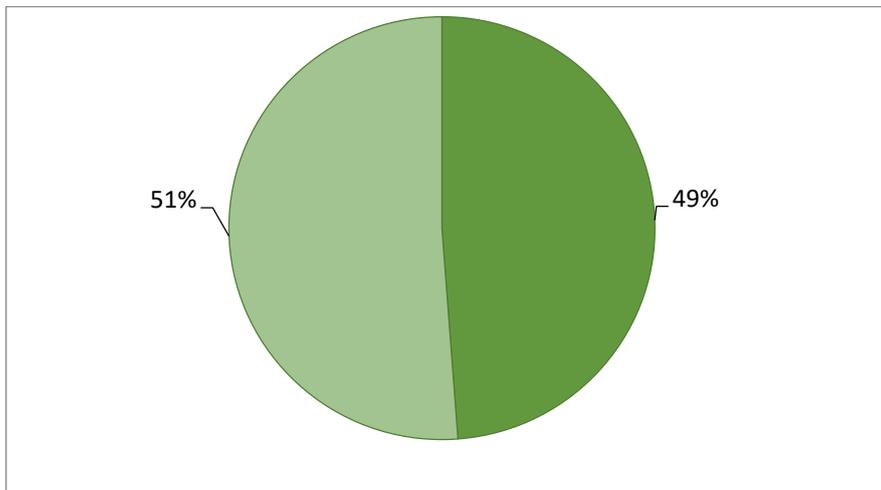
Maternal mortality is an important statistical indicator, maternal mortality is observed during pregnancy and up to 42 days after birth. There are 200 million pregnancies a year in the world, of which 137.6 million end in childbirth. Every day, 830 women die due to pregnancy and childbirth. The maternal mortality rate is the rate of maternal mortality per 100,000 live births and is a measure of the performance of the global health system.

Key words: maternal mortality, pregnancy, chronic hepatitis, liver cirrhosis, cholestasis, fulminant hepatitis.

Долзарблиги

Оналар ўлими сабаблари икки гуруҳга бўлинади: 1) акушерлик сабабларга бевосита боғлиқ ўлим, ёки ҳомиладорлик ҳолатининг акушерлик асоратлари оқибатида, ҳамда ҳомиладорликга аралашув, нотўғри даво ва уларга боғлиқ бўлган сабаблардан ўлим; 2) акушерлик сабабларга билвосита боғлиқ ўлим, ёки ҳомиладорлик даврида авж олган ёки ривожланган касалликлар, ҳамда ҳомиладорлик ҳолатини оғирлаштирган таъсиротлардан ўлим.

Ушбу ишда Республика Патологик Анатомия Марказида 2020-2021 йиллар мобайнида патологоанатомик текширувдан ўтказилган 131 та ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейин ўлган оналар ўлими таҳлил қилинган. 1-жадвалда ёш гуруҳлари бўйича маълумотлар келтирилган, кўринишича яримидан кўпини 31 ёшдан 40 ёшгача даврда ўлганлар ташкил қилган. Ўлганлар сонининг асосий қисмини акушерлик патологиялар ташкил қилган, яъни 131 тадан 64 таси (48,8%), экстрагенитал касалликлардан ўлганлар 67 тани (51,2%) ташкил қилди (1-расм).



1-расм

Ёшлар бўйича тақсимланиши қуйидагича кўринишга эга бўлди (1-жадвал). Бунда, энг кўп даражаги ўлим 18-25 ёшли аёлларда кузатилди, яъни барча ҳолатларнинг 37,4% ташкил қилди. Кейинги ўринда 25-30 ёшлилар бўлиб, ўртача 26,7% бўлиб чиқди. Кейинги ёш гуруҳлари бўйича учраш даражаси 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал Оналар ўлимида аёллар ёши бўйича учраш даражаси

№	Ёш гуруҳлари	Абсолют сони	%
1	18-24	49	37,4
2	25-30	35	26,7
3	31-35	24	18,3
4	36-40	19	14,5
5	41-45	4	3,1
	Жами	131	100

Оналар ўлимида аёллар ёши бўйича ҳомиладорлик муддати, яъни ҳомиладорликнинг ҳафталик кўрсаткичи 2-жадвалда келтирилган. Ҳомиладорлик муддатининг энг камлиги 36-40 ёшли гуруҳда учраганлиги ва ўртача $28,5 \pm 2,6^{**}$ ҳафтани ташкил қилгани аниқланди. Ундан кейинги кўрсаткич 2- ва 3-гуруҳ аёлларда $30,9 \pm 1,7^{**}$ ҳафтани ташкил қилди. Энг узоқ муддатни 5-гуруҳ аёлларда, яъни $33,0 \pm 3,7$ ҳафтани ташкил қилганлиги кузатилди.

2-жадвал. Оналар ўлимида аёллар ёш гуруҳлари бўйича ҳомиладорлик даври кўрсаткичи

Ёш гуруҳлари	1	2	3	4	5	Жами
	18-25 ёш	25-30 ёш	30-35 ёш	35-40 ёш	40-45 ёш	
Ҳомиладорлик муддати (ҳафта)	31,1±1,2**	30,9±1,7**	30,8±2,0**	28,5±2,6**	33,0±3,7	30,7±0,81***
Меъёр	39-40 ҳафта					

Эслатма: *-меъёрий кўрсаткичларга нисбатан фарқланиш ишончли (*- $P<0,05$; **- $P<0,01$; ***- $P<0,001$)

Ҳар хил сабабларга кўра ўлган аёллар касаллик тарихида келтирилган маълумотлар асосида айрим лаборатор кўрсаткичларни олиб тизимга солиб, ўрганиш шуни кўрсатдики, гематокрит назорат гуруҳига нисбатан 11 фоизга камайганлиги, лейкоцитларнинг деярлик барча турлари меърга ва назорат гуруҳига нисбатан бироз кўтарилгани аниқланди. Қон таркибидаги лимфоцит ва моноцитлар миқдори бироз камайгани кузатилди. Мочевина миқдори эса меърга нисбатан 5, назорат гуруҳига нисбатан 2 баробар кўпайганлиги аниқланди. Протробин индекси меърга ва назорат гуруҳига нисбатан 38%га камайганлиги топилди (3-жадвал).

3-жадвал. Айрим лаборатор маълумотлар кўрсаткичи.

	Бемор	Назорат	Меъёр
Гематокрит %	31,5±1,2***	42,0±1,5	35-49%
Т/я	7,1±0,28**	6,0±0,21	1 - 6
С/я	62,0±2,2	59,5±2,1	47-72%
Эузонофил	2,0±0,09***	3,2±0,11	0,5-5%
Лимфоцит	21,2±1,1	23,5±0,81	10-37%
Моноцит	3,8±0,12***	7,0±0,25	3-11%
Мочевина	10,5±0,46***	5,4±0,19	2,5-8,3ммоль/л
ПТИ (Протромбин индекси)	62,0±2,2***	100,0±3,5	80-120%

Эслатма: *- назорат кўрсаткичларга нисбатан фарқланиш ишончли (*- $P<0,05$; **- $P<0,01$; ***- $P<0,001$)

Ҳар хил сабабларга кўра ўлган аёллар касаллик тарихида келтирилган маълумотлар асосида айрим лаборатор кўрсаткичларни олиб тизимга солиб, ўрганиш шуни кўрсатдики, гематокрит назорат гуруҳига нисбатан 11 фоизга камайганлиги, лейкоцитларнинг деярлик барча турлари меърга ва назорат гуруҳига нисбатан бироз кўтарилгани аниқланди. Қон таркибидаги лимфоцит ва моноцитлар миқдори бироз камайгани кузатилди. Мочевина миқдори эса меърга нисбатан 5, назорат гуруҳига нисбатан 2 баробар кўпайганлиги аниқланди. Протробин индекси меърга ва назорат гуруҳига нисбатан 38%га камайганлиги топилди (3-жадвал).

Акушерлик патологиялардан преэклампсия в эклампсия (28 та ҳолат, ёки 43,7% %) биринчи ўринни эгаллади, иккинчи ўринни HELLP синдром (11 та ҳолат, ёки 17,2%) эгаллади. Кейинги ўринларни жигарнинг ўткир ёғли гепатози (7 та ҳолат, ёки 10,9%) ва ҳомиладорлик холестази (5 та ҳолат, ёки 7,8%) эгаллади. Меърда жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши 6 ҳолатда, ёки 9,4% да, туғруқдан кейинги сепсис 4 та ҳолатда, ёки 6,2%, ҳамда қағоноқ суви эмболияси 3 ҳолатда, ёки 4,7% да учради (2-жадвал).

Экстрагенитал касалликлардан 2020-2021 йиллар пандемия даврига тўғри келганлигидан коронавирусли инфекция энг кўп, яъни 33 та ҳолатда, ёки 49,2% да аниқланди. Иккинчи ўринни ўткир вирусли гепатит, 10 та ҳолатда, яъни 14,9% ни, сурункали вирусли гепатит 9 ҳолатда, ёки 13,4% да учради. Кейинги ўринни юрак-томир касалликларидан юракнинг туғма нуқсони 6 та ҳолатда, ёки 8,9% да тасдиқланди. Жигар цирроз касаллиги ва оқ қон касаллик 3 тадан ҳолатда, ёки 4,5% да аниқланди. Айрим ҳолларда асоратланган холецистит касаллиги ҳам ўлимга олиб келганлиги, яъни 2 та ҳолатда, ёки 3,0% да, сут бези рак касаллиги 1 та ҳолатда, ёки 1,5% да аниқланди (3-жадвал).

2-жадвал Оналар ўлими акушерлик патологиялар учраш даражаси, %

№	Акушерлик патологиялар турлари	%
1	Прееклампсия ва эклампсия	43,7
2	HELLP синдром	17,2
3	Ҳомиладорлик ўткир ёғли гепатози	10,9
4	Меёрда жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши	7,8
5	Ҳомиладорлик холестази	9,4
6	Туғруқга боғлиқ сепсис	6,2
7	Қағонок суви эмболияси	4,7

3-жадвал Оналар ўлими экстрагенитал касалликлар учраш даражаси, %

№	Экстрагенитал касалликлар турлари	%
1	Ковид-19	49,2
2	Ўткир вирусли гепатит	14,9
3	Сурункали вирусли гепатит	13,4
4	Жигар циррози	4,5
5	Оқ қон касаллиги	4,5
6	Юрак туғма нуқсонлари	8,9
7	Сурункали холекистит	3,0
8	Сут бези аденокарциномаси	1,5

Прееклампсия.

Прееклампсия ва эклампсия гуруҳида бевосита ўлим сифатида бош мияга қон қуйилиш (21,4%), бош мия ишемик инфарктлари (14,3%), бош мия шиши (25,0%), йўлдошнинг барвақт кўчиши ва қон кетиш (10,7%), HELLP синдром (7,1%), ўткир ёғли гепатоз (7,1%), жигарнинг ёрилиши ва қон кетиш (10,7%), полиорган етишмовчилик (10,7%), массив акушерлик қон кетиши (3,5%), геморрагик шок (14,3%), ўткир буйрак етишмаслиги (14,3%), ДВС синдром (21,4%) ва ўпка шиши (25%) аниқланди (4-жадвал).

4-жадвал Прееклампсия ва HELLP синдромда бевосита ўлим сабаблари кўрсаткичлари, %

№	Прееклампсия		HELLP синдром	
	Сабаб	%	Сабаб	%
1	Бош мияга қон қуйилиш	21,4	Бош мия шиши	27,3
2	Бош мия инфаркти	14,3	Ўпка шиши	32,5
3	Бош мия шиши	25,0	ДВС синдром	28,6
4	Йўлдошни барвақт кўчиши	10,7	Геморрагик шок	18,7
5	Ўткир ёғли гепатоз	7,1	Геморрагик инсулт	16,5
6	Полиорган етишмаслик	10,7	Қоринга қон кетиши	9,5
6	Геморрагик шок	14,3	Респиратор дистресс-синдром	11,7
5	Ўткир буйрак етишмаслиги	14,3		
6	ДВС синдром	21,4		
6	Ўпка шиши	25,0		

Маълумки, преэклампсиянинг муҳим патогенези эндотелиал дисфункция бўлганлигидан, бачадон-йўлдош комплексида гипоксия ривожланишига, эндотелийсининг шикастланишига, кейин тарқоқ ҳолда томирлар тонуси бошқарилишининг бузилишига, девори ўтказувчанлигининг ошишига, клинки жиҳатдан гипертензия, протеинурия, шишлар, бачадон-йўлдош етишмовчилиги, қон ивиш тизими бузилиши, полиорган етишмовчиликга олиб келдаи. Пациентлар касаллик тарихини таҳлил қилишда анамнестик, клиник, лаборатор ва инструментал омиллар ажратилиб аниқланди. Аксарият ҳолларда преэклампсия билан тушган аёллар лаборатор таҳлилида кучли лейкоцитоз борлиги, $14,7 \times 10^9/\text{л}$, антибактериал даво ўтказилгандан кейин аста-секин $8,9 \times 10^9/\text{л}$ гача тушганлиги кузатилди. АСАТ касалликнинг дастлабки кунларида деярлик 3 баробар кўтарилганлиги, $141,7 \text{ u/l}$, бу ҳам даводан кейин меъёрга яқинлашганлиги $5,9 \text{ u/l}$ гача тушганлиги кузатилди. Билирубин кўрсаткичи динамикада ўзгариб борганлиги кузатилди, касал тушган пайтида 3-4 баробар юқорилиги, $35,7 \text{ мкм/л}$, даводан кейин касалликнинг 5-6-кунига келиб $11,6 \text{ мкм/л}$ гача тушганлиги аниқланди. Касалда буйрак етишмовчилиги белгилари пайдо бўлгандан кейин мочевина ва креатинин миқдори ҳам ўзгариб борганлиги кузатилди. Касалликнинг биринчи кунда $10,3 \text{ мм/л}$ бўлган бўлса 14-кунига келиб $12,9 \text{ мм/л}$ ташкил қилди. Бир сўз билан айтганда, преэклампсиянинг оғир формасида жигар-хужайралари етишмовчилиги белгилари пайдо бўлганда лаборатор таҳлилларда қонда умумий оқсил ва албумин миқдори кескин тушиб кетганлиги, холестерин ва холинэстерза миқдори кўтарилиб кетганлиги, бромсульфамин ажралишининг камайиши, амиак, феноллар, аминокислоталар миқдорининг кўтарилиши кузатилди.

HELLP синдром

HELLP синдром ривожланганда бевосита ўлим сабаби сифатида бош мия шиши (27,3%), ўпка шиши (32,5%), ДВС синдром (28,6%), бачадондан қон кетиши ва геморрагик шок (18,7%), геморрагик инсульт (16,5%), қорин бўшлиғига қон кетиши (9,5%), респиратор дистресс-синдром (11,7%) кузатилди (4-жадвал).

HELLP синдром одатда ҳомиладорликнинг 33-ҳафтасидан 36-ҳафталари оралиғида ривожланганлиги кузатилди. 32% ҳолларда HELLP синдром туғруқдан кейин 24-48 соат ўтиб, аёл организмида гормонлар бўрони бошланганда юзага чиқиши аниқланди. Лекин кўпинча HELLP синдром бошланган билан аёлда қон босими ошмаганлиги кузатилади. Клиник жиҳатдан, дастлаб эпигастрал соҳада оғриқ, кўнгил айниш ва қусиш, безовталаниш, бош оғриғи, кўришнинг бузилиши, танада кучли шиш ривожланиши кузатилади. HELLP синдромда асосий лаборатор кўрсаткич бу гемолиз, яъни қон анализида эритроцитларнинг бужмайганлиги, деформацияланганлиги ва полихромазия пайдо бўлиши аниқланади. Лаборатор текширувларда ЛДГ, АЛТ, АСТ кескин кўтарилиши, қонда гипербилирубинемия, глутатион-S-трансфераза ошиши, жигар гепатоцеллюляр етишмовчилик кузатилади. HELLP синдром натижасида ривожланган жигар-хужайралари етишмовчилиги белгилари пайдо бўлганда лаборатор таҳлилларда қонда умумий оқсил ва албумин миқдори кескин тушиб кетганлиги, холестерин ва холинэстерза миқдори кўтарилиб кетганлиги, бромсульфамин ажралишининг камайиши, амиак, феноллар, аминокислоталар миқдорининг кўтарилиши кузатилди.

Ҳомиладорлар ўткир ёғли гепатози

Ҳомиладорлар ўткир ёғли гепатозида бевосита ўлим сабаби сафатида гиповалемик шок (42,8%), метаболик ацидоз (28,7%), ўткир буйрак етишмаслиги (57,1%), ўткир жигар етишмаслиги (28,7%), ўпка шиши (57,1%) учради (5-жадвал). Меъёрга жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишида аёллар асосан ўткир постгеморрагик анемия ва геморрагик шокдан ўлганлиги тасдиқланди. Қағоноқ суви эмболиясида бевосита ўлим сабаби бўлиб геморрагикшок, ўпка шиши, кучли полиорган етишмовчилик эканлиги аниқланди.

Ҳомиладорлар ўткир ёғли гепатози аксарият ҳолларда унча аён бўлмаган клиник белгилар билан бошланганлиги, баъзида сариклик бор ва йўқлиги кузатилди. Бизнинг кузатувимиздаги 2 та ҳолатда ХҶЁГ тез бошланганлиги ва кучли даражада ривожланиб борганлиги, қисқа вақт оралиғида жигар етишмовчилиги, ДВС синдром ривожланганлиги ва ҳомиланинг нобуд бўлганлиги аниқланди. Кўпинча касаллик 30 - ҳафтадан 38 - ҳафталик оралиғида бошланганлиги, дастлаб сарик белгисиз давом этганлиги, ва ҳолсизлик, кўнгил айниш, қусиш,

дискомфорт ҳолати, қорин соҳасида кучли оғриқ пайдо бўлганлиги аниқланади. ХҶЁГнинг кейинги даврида сариқлик пайдо бўлиб, кўнгил айниши ва кофе қуйқасисимон модда қусиши кузатилади. Кейин эса кучли даражадаги жигар етишмовчилиги, энцефалопатия, ҳушдан кетиш кузатилади. Лаборатор таҳлилда асабий белгилар сифатида кучли лейкоцитоз, баъзида гиперлекоцитоз, тромбоцитопения, гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг камайиши аниқланади. Бу касалликда митохондриял цитопатия бўлганлигидан кўпинча гипогликемия, гипераммонийемия ва метаболит ацидоз ривожланганлиги аниқланди. Бу касалликнинг деярлик барча ҳолатларида буйрак етишмовчилиги мавжудлиги аниқланди.

5-жадвал Ҳомиладорлар ёғли гепатози ва холестазида ўлим сабаблари кўрсаткичи, %

№	Ҳомиладорлар ўткир ёғли гепатози		Ҳомиладорлар холестази	
	1	Гиповалемик шок	42,8	Бош мия ядролари сариқлиги
2	Метаболит ацидоз	28,7	Жигар етишмаслиги	16,8
3	Ўткир буйрак етишмаслиги	57,1	Коагулопатия ва қон кетиши	6,8
4	Ўткир жигар етишмаслиги	28,7	Бош мия шиши	18,2
5	Ўпка шиши	57,1	Ўпка шиши	26,8

Ҳомиладорлик холестази

Ҳомиладорлик жигар ичи холестаз синдроми илк бор 1883 йили Ф. Алфелд томонидан аниқланган. Лекин 1954 йили швед олимлари А.Сванборг ва Л.Торлинг бу синдромнинг этиология, патогенез ва клиник белгиларини ҳомиладорлик патологияси сифатида ўрганган. Шу билан бирга, ҳомиладорлик холестази сабаблари номалумлигича қолмоқда [24]. Ҳозирги кунда гормонал назария асосий ўринни эгаламоқда. Нимага деганда, глюкозон ва олтингугурт кислоталари томонидан амалга оширадиган ноадекват ҳолда ферментлар инактивация ва стероид гормонлар конъюгацияланиши жигар ҳужайралари ва ўт йўллариининг ўт сафро ишлаб чиқариш хусусиятини камайтиради. Эстраген конъюгатлари жигар ҳужайралари томонидан қондан ўт кислоталарини ушлаб қолишни пасайтиради. Аниқланишича, ҳомиладорлик холестазида ўт кислота метаболизми ва ишлаб чиқарилишини пасайтирадиган прогестероннинг метаболитлари миқдори ошади. Шунинг учун, ҳомиладорлик холестази эстраген миқдорининг энг юқори даври учинчи триместрда кузатилади.

Ҳомиладорлик холестази касаллигида клиник жиҳатдан қуйидагиларга эътибор берилади: терининг қичиши, натижада тери юзасида ёриқлар ва яралар пайдо бўлиши, ўнг қавурға остида оғриқ, тери ва шиллиқ пардалар рангининг ўзгариши, яъни сариқ рангга кириши, диспептик бузилишлар, пешобнинг тўқлашиши, гиповитаминоз белгиларининг пайдо бўлиши. Қон таҳлилида анемия, лейкоцитоз, СОЭ кўтарилиши кузатилади. Биокимёвий текширувда қонда гипербилирубинемия, кўпинча тўғри билирубиннинг кўпайиши ҳисобига, гиперлипидемия, ферментлар фаоллиги ошиши, АЛТ ва АСТ, ишқорий фосфатаза кўтарилиши кузатилади. Ҳомиладорлик холестази ҳолатида ҳам айрим пайтларда ўлим кузатилиши мумкин, сабаби бош мия ядролари сариқлиги (14,6%), жигар етишмовчилиги (16,8%), тромбоцитопения ва коагулопатия натижасида қон кетиши (6,8%), бош мия шиши (18,2%), ўпка шиши (26,8%) кузатилади (5-жадвал).

Хулоса

Патологоанатомик текширув натижалари бўйича оналар ўлимида акушерлик патологиялар 48,8%, экстрагенитал касалликлар 51,2% ташкил қилди.

Акушерлик патологиялардан презклампсия, HELLP синдром, ўткир ёғли гепатози, ҳомиладорлик холестази асосий ўринларни эгаллади, йўлдошнинг барвақт кўчиши, туғруқдан кейинги сепсис, қағонок суви эмболияси алоҳида ҳолатларда аниқланди.

Экстрагенитал касалликлардан пандемия даври бўлганлигидан коронавирусли инфекция энг кўп учради, кейинги ўринларда ўткир ва сурункали вирусли гепатит, юракнинг туғма, жигар циррози, оқ қон касаллиги, айрим ҳолларда холецистит, сут беши рақ ўлимга олиб келганлиги аниқланди.

Презклампсияда бевосита ўлим сифатида бош миёга қон қуйилиш, бош мия ишемик инфарктлари, бош мия шиши, йўлдошнинг барвақт кўчиши ва қон кетиш, жигарнинг ёрилиши ва қон кетиш, полиорган етишмовчилик, геморрагик шок, ўткир буйрак етишмаслиги, ДВС синдром ва ўпка шиши аниқланди.

HELLP синдромда бевосита ўлим сабаби сифатида бош мия шиши, ўпка шиши, ДВС синдром, бачадондан қон кетиши ва геморрагик шок, геморрагик инсульт, қорин бўшлиғига қон кетиши, респиратор дистресс-синдром кузатилди.

Ҳомиладорлар ўткир ёғли гепатозиди бевосита ўлим сабаби сафатида гиповалемик шок, метаболик ацидоз, ўткир буйрак етишмаслиги, ўткир жигар етишмаслиги, ўпка шиши учради.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Ахмедов Ф.К. Особенности почечного кровотока у женщин при беременности, осложненной преэклампсией // *Новости дерматовенерол. и репрод. здоровья.* – 2013. – №3. – С. 27-28.
2. Бабанов Б.Х., Абдуллаходжаева М.С. Частота, факторы риска и патологическая анатомия эклампсии по данным аутопсий // *Актуальные проблемы акушерства и педиатрии.* – Ташкент, 2003. – С. 103-106.
3. Воднева Д.Н., Романова В.В., Дубова Е.А. и др. Клинико-морфологические особенности ранней и поздней преэклампсии // *Акуш. и гин.* – 2014. – №2. – С. 35-40.
4. Герасимова Н.Г., Кругляков П.П., Балашов В.П. Морфофункциональные изменения миокарда при адаптации к стрессу // *Морфология.* – 2009. – №4. – С. 38.
5. Доброхотова Ю.Э., Джохадзе Л.С., Кузнецов П.А. и др. Преэклампсия: от истории до сегодняшнего дня // *Пробл. репрод.* – 2015. – №5. – С. 120-126.
6. Долгушина В.Ф., Сяндюкова Е.Г. Особенности плацентарного апоптоза и клеточной пролиферации при преэклампсии // *Акуш. и гин.* – 2015. – №2. – С. 12-19.
7. Зарипова З.Ш., Исроилов Р.И., Курбанов С.Д. Преэклампсия ва сурункали вирусли гепатит В билан оғриган аёлларнинг йўлдошини морфологик ва морфометрик хусусиятлари // *Илмий-амалий тиббиёт журнали.* – 2008. – №1. – С. 28-31.
8. Кокоева Ф.Б., Торчинов А.М., Цахилова С.Г. и др. Роль окислительного стресса в патогенезе преэклампсии (обзор литературы) // *Пробл. репрод.* – 2014. – №4. – С. 7-9.
9. Куликов А.В., Шифман Е.М., Спиринов А.В. Острая печеночная патология в акушерстве // *Рос. мед. журн.* – 2014. – №2. – С. 37-44.
10. Леваков С.А., Боровкова Е.И., Шешукова Н.А. Возможности снижения риска развития преэклампсии // *Гинекология.* – 2015. – Т. 17, №3. – С. 52-53.
11. Макаров О.В., Волкова Е.В., Копылова Ю.В., Джохадзе Л.С. Роль ангиогенных факторов роста в патогенезе преэклампсии и плацентарной недостаточности // *Акуш. и гин.* – 2014. – №12. – С. 64-70.
12. Меркушева Л.И., Козловская Н.Л. Современные представления о патогенезе поражения почек при преэклампсии // *Акуш. и гин.* – 2015. – №8. – С. 12-17.
13. Мурашко Л.Е., Ильинский И.М. Иммуноморфология почек после перенесенной преэклампсии // *Акуш. и гин.* – 2011. – №3. – С. 23-26.
14. Мурашко Л.Е., Файзуллин Л.З., Мурашко А.В. Роль эндотелина в патогенезе преэклампсии // *Акуш. и гин.* – 2013. – №11. – С. 4-8.
15. Павлов О.Г., Ивананов В.П. Генетические аспекты гестозов (история и состояние проблемы) // *Акуш. и гин.* – 2005. – №3. – С. 8-10.
16. Перфилова В.Н., Михайлова Л.И., Тюренков И.Н. Роль эндотелиальных биологически активных веществ в прогнозировании развития и оценке степени тяжести преэклампсии // *Акуш. и гин.* – 2013. – №11. – С. 24-29.
17. Сивицкая Л.Н., Даниленко Н.Г., Барановская Е.И., Давыденко О.Г. Гестоз: некоторые генетические механизмы его развития // *Мед. генетика.* – 2014. – №10. – С. 3-8.
18. Сидирова И.С., Дмитриева Т.Б., Гурина О.И., Галинова И.Л. Исследование проницаемости гематоэнцефалического барьера у беременных с гестозом // *Акуш. и гин.* – 2006. – №5. – С. 15-17.
19. Сидирова И.С., Милаванов А.П., Никитина Н.А. и др. Особенности плацентации при преэклампсии и эклампсии // *Рос. вестн. акуш.-гин.* – 2014. – №3. – С. 4-10.
20. Сидирова И.С., Никитина Н.А. Гестоз или преэклампсия? // *Рос. вестн. акуш.-гин.* – 2013. – №4. – С. 67-73.
21. Сидорова И.С., Милованов А.П., Никитина Н.А., Рзаева А.А. Патоморфологические особенности изменений в почках при тяжелой преэклампсии // *Рос. вестн. акуш.-гин.* – 2014. – №1. – С. 4-9.
22. Сидорова И.С., Милаванов А.П., Никитина Н.А., Рзаева А.А. Патоморфологические особенности повреждений мозга при тяжелой преэклампсии и эклампсии // *Акуш. и гин.* – 2014. – №3. – С. 44-48.
23. Сидорова И.С. Решенные вопросы и нерешенные проблемы преэклампсии в России // *Рос. вестн. акуш.-гин.* – 2015. – №2. – С. 4-9.
24. Смирнова Т.Л. Морфология плаценты при гестозе // 11-й конгресс Международной ассоциации морфологов. – М., 2011. – Т. 141, №3. – С. 145.

Қабул қилинган сана 09.06.2022