



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

4 (54) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
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)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**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)

4 (54)

2023

апрель

Received: 20.03.2023, Accepted: 25.03.2023, Published: 15.04.2023.

УДК 618.3-06:618.8

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гозиева Ш.С. <https://orcid.org/0000-0002-5001-473X>

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон, Андижон, Ул.
Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Резюме

Преэклампсия является одной из нерешенных акушерских проблем в связи с широким распространением, недостаточной эффективностью комплексной терапии, зачастую с неблагоприятными исходами беременности для матери и плода.

Ключевые слова: гипертензивные расстройства, преэклампсия, низкомолекулярный гепарин.

OPTIMIZATION OF PREVENTION METHODS IN PREGNANT WOMEN WITH HYPERTENSIVE DISORDERS

Gozieva Sh.S. <https://orcid.org/0000-0002-5001-473X>

Andijan State Medical Institute Uzbekistan

✓ Resume

Preeclampsia is one of the unresolved obstetric problems due to the wide spread, insufficient effectiveness of complex therapy, often with adverse pregnancy outcomes for the mother and fetus.

Key words: hypertensive disorders, preeclampsia, low molecular weight heparin.

ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ГИПЕРТЕНЗИВ БУЗИЛИШЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ УСУЛЛАРИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Гозиева Ш.С.

Андижон давлат тиббиёт институти Ўзбекистон

✓ Резюме

Преэклампсия кенг тарқалганлиги, комплекс терапиянинг етарли даражада самарасизлиги, кўпинча она ва ҳомила учун салбий ҳомиладорлик натижалари билан боғлиқ ҳолда ҳал қилинмаган акушерлик муаммоларидан биридир.

Калит сўзлар: гипертензив касалликлар, преэклампсия, паст молекуляр оғирликдаги гепарин.

Актуальность

Гипертензивные расстройства во время беременности возникают в 6-8%, являются одной из ведущих причин материнской смертности в мире и в 20-25% случаев - причиной перинатальной смертности. Особое место при этом занимает преэклампсия, частота которой



колеблется от 2 до 8%. 10-15% всех случаев материнской смертности в мире связаны с преэклампсией или эклампсией, что составляет, по меньшей мере, 70 000 смертей в год. Патогенез ПЭ не вполне ясен, существующая в настоящее время теория развития ПЭ во время беременности предполагает две стадии процесса: на первой стадии происходит поверхностная инвазия трофобласта, что приводит к неадекватному ремоделированию спиральных артерий. Предполагается, что это является причиной второй стадии, которая включает реакцию на дисфункцию эндотелия у матери и дисбаланс между ангиогенными и антиангиогенными факторами, которые приводят к появлению клинических признаков заболевания. При позднем начале заболевания (с дебютом после 34 недель беременности) плацентация обычно происходит нормально, однако потребности фетоплацентарной системы превышают возможности кровоснабжения. Несмотря на то, что плацента, безусловно, играет важную роль в развитии ПЭ, появляется все больше доказательств того, что данное осложнение после 34 недель беременности развивается при участии сердечнососудистой системы и гемодинамических особенностей матери, влияющих на функцию плаценты. Наиболее часто тяжелая преэклампсия развивается у беременных, имеющих соматическую патологию. Так, при анализе материнской смертности женщин, погибших в 2019 г от преэклампсии и эклампсии, ряд авторов отметили, что почти 90% умерших имели от двух до пяти соматических заболеваний: более половины страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы, каждая третья - заболеваниями почек, нейрообменно-эндокринными заболеваниями; мальформация сосудов мозга выявлена у 8,8% погибших женщин. Из гинекологических заболеваний чаще всего встречались хронические воспалительные заболевания матки и придатков - в 20,6% [16].

Цель исследования: изучение оптимизации методов профилактики у беременных с гипертензивными расстройствами.

Материал и методы

В ретро и проспективном анализе были исследованы 1500 женщин с различными видами гипертензивных расстройств разделенные на 3 группы. Изучали биохимический анализ, общий анализ крови и мочи, доплерометрия. С помощью анамнеза жизни и проведенной во время беременности терапии были разработаны методы профилактики гипертензивных расстройств.

Результат и обсуждения

При анализе данных были получены следующие данные (таб 1). В клинической практике доплер-сонография утеро-плацентарной перфузии после 20 недели беременности позволяет выделить группу риска, в которой от 30 до 50% случаев при двухстороннем патологическом доплере могут в дальнейшем привести к развитию преэклампсии. У 70 % исследуемых женщин была диагностировано ФПН—первой Аи Б степени, у 25 % ФПН второй степени. Степень ФПН напрямую соответствовало степени тяжести течения преэклампсии. Всем женщинам была проведена превентивная терапия на основании национального научного руководство по ведению женщин с гипертензивными расстройствами [8].

Обсуждения. Преэклампсия является одной из нерешенных акушерских проблем в связи с широким распространением, недостаточной эффективностью комплексной терапии, зачастую с неблагоприятными исходами беременности для матери и плода. Тяжелая преэклампсия уносит ежегодно жизни 50000 женщин в мире. Преэклампсия встречается в 8-17% в России, в США - в 7-10 % [8,9]. В комплексную терапию беременных с преэклампсией входит магниальная терапия, гипотензивная терапия, а также инфузионная терапия с целью коррекции гиповолемии и гемоконцентрации, улучшения маточно-плацентарного кровообращения [4, 5, 6]. Важнейшее значение имеет своевременное решение вопроса о необходимости родоразрешения беременной. В настоящее время существуют четкие рекомендации по тактике ведения и лечения беременных с преэклампсией.

Таблица.1

Исследуемые показатели	1 группа		2 группа	Контрольная группа
	Основная подгруппа	Подгруппа сравнения		
ПТИ (%)	96,2±4,11 p>0,5	95,2±3,90 p>0,5	98,2±2,92 p>0,5 p1>0,5	92,1±3,20
ВСК (мин.)	4,4±0,30 p <0,05	4,3±0,20 p <0,05	4,0±0,50 p <0,05 p1>0,5	6,3±0,51
АПТВ (сек)	24,1±1,10 p <0,001	23,9±1,20 p <0,001	20,5±1,10 p <0,001 p 1<0,05	31,0±2,11
Фибриноген (г/л)	4,4±0,20 p <0,02	4,5±0,18 p <0,02	5,6±0,19 p <0,001 p 1<0,05	3,7±0,21
Фибринолитическая активность (мин.)	8,8±0,60 p <0,05	8,6±0,58 p <0,05	10,5±0,55 p <0,001 p 1<0,05	6,8±0,45

Заключения

Из приведенного комплекса причин понятно, что надежная первичная профилактика не доступна. Возможна вторичная профилактика низкодозированной ацетилсалициловой кислотой (50-150 мг в день), в пользу чего говорит метаанализ рандомизированного исследования с более чем 32000 беременных с доказанным снижением риска на 10% [10]. Надежды на антиоксидантную терапию витамином С и Е не оправдались [11]. Имеются обнадеживающие сведения в пользу профилактики низкомолекулярным гепарином или донаторами NO, которые еще не доказаны достаточным количеством наблюдений. При готовности беременной и еженедельных посещениях врача возможно амбулаторное наблюдение легких форм гипертонии или преэклампсии (ко всему прочему самоконтроль кровяного давления дома). Помимо щадящего режима и исключения дополнительных факторов стресса (запрет на профессиональную деятельность) проводится измерение артериального давления, веса и контроль протеинурии. Кроме того необходим ультразвуковой контроль роста плода, количества околоплодных вод, а также КТГ контроль. Медикаментозная терапия сложно протекающих форм является задачей исключительно клиники, так как, только стационарное наблюдение под контролем, может определить необходимость медикаментозного снижения кровяного давления. Терапия остается проблематичной, с точки зрения развития плода, и должна быть начата только при сохраняющихся показателях артериального давления >170 мм рт. ст. систолического и/или >110 мм. рт. ст. диастолического, а также при показателях больше 160/100 при наличии до беременности высокого давления, заболевания почек, диабета и т.д. По современным представлениям антигипертензивная терапия тяжелой гипертонии является профилактикой материнских церебро- и кардиоваскулярных осложнений. При этом на передний план выступает профилактика церебральных кровоизлияний, при этом эффективной профилактикой эклампсии является дополнительное внутривенное введение магнезии начиная из расчета 1 г в час [14]. Метаанализ многочисленных исследований по медикаментозному снижению артериального давления при легкой и средней степени тяжести гипертонии (меньше 170/110 мм. рт. ст), показал, что антигипертензивные мероприятия являются, в большинстве случаев, малоэффективными для состояния матери [15] и приводят увеличению частоты гипотрофии у плода и к снижению массы внутриутробного плода [16]. До настоящего времени не доказана польза медикаментозного снижения кровяного давления с точки зрения состояния плода и прогноза для его дальнейшего развития. С этой точки зрения рекомендация терапии является компромиссом для уменьшения отрицательных эффектов для обоих пациентов матери и плода. Пациентки с желанием иметь детей и хронической гипертонией должны получать

гипотензивную терапию препаратами не противопоказанными во время беременности. При медикаментозном снижении кровяного давления у женщин с хронической гипертензией должно быть учтено физиологическое падение артериального давления в первой половине беременности (соответственно возможно редуцирование дозы или отмена препаратов). При выборе антигипертензивного препарата следует учитывать возможное воздействие на развитие плода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity. Case-control study // *BMJ*. 2011;3(22):1089-1094.
2. AWMF-Leitlinie 015/018, 2017. Diagnostik und Therapie hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen.[Электронный ресурс]
3. Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy // *Am. J. Obstet. Gynaecol.* 2018;142:159-167.
4. Redmann C., Sargent I. Latest Advances in Understanding Preeclampsia // *Science*. 2015;308:1592-1594.
5. Stepan H., Geipel A., Schwarz F. et al. Circulatory soluble endoglin and its predictive value for preeclampsia in second-trimester pregnancies with abnormal uterine perfusion // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2018;198:175-176.
6. During P. Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen. In: Die Geburtshilfe, Hrsg. H. Schneider, P. Husslein, KTM. Schneider. Springer -Verlag Berlin Heidelberg New York, 2014;302.
7. Conde-Agudelo A., Villar J., Lindheimer M. World Health Organisation systematic review of screening tests for preeclampsia // *Obstet. Gynecol.* 2014;104:1367-1391.
8. Dekker G., Sibai B. Primary, and tertiary prevention of preeclampsia // *Lancet*. 2011;357:209-215.
9. Askie L.M., Duley L., Henderson-Smart D.J., Stewart L.A. On behalf of the PARIS Collaborative Group. Antiplatelet agents for prevention of pre-eclampsia: a meta-analysis of individual patient data // *Lancet*. 2017;369:1791-1798.
10. Rumbold A., Duley L., Crowther C.A., Haslam R.R. Antioxidants for preventing pre-eclampsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018; Issue 1. Art. No.: CD004227. DOI: 10.1002/14651858.CD004227.pub3.
11. Brown M.A., Buddie M.L., Farrell T., et al. Randomised trial of management of hypertensive pregnancies by Korotkoff phase IV or phase V. *Lancet* 2020;352:777-781.
12. Thangaratinam S., Coomarasamy A., O'Mahony F. et al. Estimation of proteinuria as a predictor of complications of preeclampsia: a systematic review. // *BMC Medicine* 2009;7:10. doi:10.1186/1741-7015-7-10.
13. Sibai B., Dekker G., Kupferminc M. Pre-eclampsia // *Lancet*. 2015;36:785-799.
14. Abalos E., Duley L., Steyn D.W., Henderson-Smart D.J. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011;2:CD002252.
15. Dadelszen von P., Omstein M.P., Bull S.B. et al. Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: a meta-analysis // *Lancet*. 2010;355:87-92.
16. Бондаренко К.Р., Мавзютов А.Р., Озолина Л.А. Диагностическое значение лабораторных маркеров системной эндотоксинемии при преэклампсии (гестозе) // *Мать и дитя: материалы XIV Всерос. научного форума*. -М., 2013; 27-28.

Поступила 20.03.2023