



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. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (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

УДК 616.9: 578.834.1:614.4

ПРЕЭКЛАМПСИЯ И ЕЕ СВЯЗЬ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Наврүзова Р.С. <https://orcid.org/0000-0002-4532-5410>

Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Резюме

Преэклампсия - это осложнение беременности, характеризующееся нарушением процессов адаптации организма женщины к беременности, патофизиологической основой которого является эндотелиоз с явлениями генерализованного ангиоспазма, приводящий к полиорганной недостаточности, наиболее часто клинически проявляющийся АГ, протеинурией и выраженными отеками.

Ключевые слова: преэклампсия, экстрагенитальная патология, беременность, материнская смертность.

PREEKLAMPSI VA UNING EKSTRAGENITAL PATOLOGIYA BILAN ALOQASI

Navruzova R.S.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O'zbekiston

✓ Rezyume

Preeklampsiya - bu ayol tanasining homiladorlikka moslashish jarayonlarining buzilishi bilan tavsiflangan homiladorlikning asorati bo'lib, uning patofiziologik asosi umumiy angiospazm belgilari bilan endoteloz bo'lib, ko'p organlar etishmovchiligiga olib keladi, ko'pincha klinik jihatdan namoyon bo'ladi. gipertoniya, proteinuriya va og'ir shish.

Kalit so'zlar: preeklampsi, ekstragenital patologiya, homiladorlik, onalar o'limi.

PREECLAMPSIA AND ITS RELATIONSHIP WITH EXTRAGENITAL PATHOLOGY

Navruzova R.S. <https://orcid.org/0000-0002-4532-5410>

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Resume

Pre-eclampsia is a complication of pregnancy characterized by a violation of the processes of adaptation of a woman's body to pregnancy, the pathophysiological basis of which is endotheliosis with symptoms of generalized angiospasm, leading to multiple organ failure, most often clinically manifested by hypertension, proteinuria and severe edema.

Key words: preeclampsia, extragenital pathology, pregnancy, maternal mortality.

Актуальность

Преэклампсия остается основной причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире. В некоторых развивающихся странах причиной материнской смертности в 40-80% случаев является преэклампсия. Также есть данные о том, что, перинатальная смертность повышается в 5 раз у женщин с преэклампсией. Внутриутробная задержка роста плода и преждевременные роды, часто приводит к перинатальной смертности [1].

Число случаев преэклампсии в мире находится в пределах от 2 до 6% среди здоровых нерожавших женщин [3,7]. Осложнения беременности в развивающихся странах колеблется от 4 до 18% [2,3]. По степени тяжести делится так: средняя степень у 75%, преэклампсия тяжелой степени - у 25% беременных [4]. У 10% беременных преэклампсия развивается в сроке менее 34 нед гестации. Из 200

наблюдений преэклампсии, в одном случае наблюдается эклампсия, почти $\frac{1}{3}$ случаев эклампсии возникают после родов [5].

У 20% женщин с преэклампсией через год после родов выявляются остаточная микроальбуминурия, а также повышение АД, уровня общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, повышение индекса массы тела, уровня инсулина натощак, креатинина, такие данные нам предоставили G. Smith и соавт. [6]. Кроме того, долгосрочный риск сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний в 2 раза выше у женщин с преэклампсией и гестационной гипертензией по сравнению с женщинами того же возраста с физиологической беременностью [7]. E. Vikse и соавт. показали, что преэклампсия является также маркером повышенного риска развития терминальной стадии почечной недостаточности. Увеличение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний после перенесенной преэклампсии отмечено даже среди ранее здоровых женщин без сосудистых факторов риска. Преэклампсия является синдромом полиорганной функциональной недостаточности, развивающейся исключительно в связи с беременностью. Преэклампсия - это осложнение беременности, характеризующееся нарушением процессов адаптации организма женщины к беременности, патофизиологической основой которого является эндотелиоз с явлениями генерализованного ангиоспазма, приводящий к полиорганной недостаточности, наиболее часто клинически проявляющийся АГ, протеинурией и выраженными отеками. АД нормализуется в течение 12 нед после родов. Сочетанная преэклампсия (преэклампсия на фоне экстрагенитальной патологии) характеризуется наличием соматической патологии (чаще всего ХАГ) до беременности или диагностированной до 20-й недели беременности, с усугублением гипертензивного синдрома и появлением протеинурии после 20 нед гестации [5].

Таблица 1

Соматический анамнез обследованных женщин (М±m%)

Заболевания	Беременные без ПЭ - контрольная группа (n=30)		Беременные с ПЭ - основная группа (n=95)	
	Абс	%	Абс	%
Детские инфекции	13	43,3±9,0	41	43,2±5,1
Респираторно-вирусные инфекции	8	26,7±8,1	54	56,8±5,1**
Хронический тонзиллит	5	16,7±6,8	45	47,4±5,1***
Пневмония	2	6,7±4,6	18	18,9±4,0*
Болезни ЛОР-органов	4	13,3±6,2	41	43,2±5,1***
Заболевания ССС	4	13,3±6,2	14	14,7±3,6
Заболевания ЖКТ	4	13,3±6,2	32	33,7±4,8*
Вирусный гепатит	4	13,3±6,2	32	33,7±4,8*
Цистит и заболевания почек	1	3,3±3,3	21	22,1±4,3**
Анемия	20	66,7±8,6	81	85,3±3,6
Заболевания щитовидной железы	6	20,0±7,3	45	47,4±5,1**
Ожирение	2	6,7±4,6	9	9,5±3,0

Примечание: * - достоверно по сравнению с данными контрольной группы (* - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$)

Проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов у 125 женщин в III триместре беременности, которые находились на стационарном лечении в РСНПМЦ АиГ. Из них 95

беременных женщин с преэклампсией и 30 беременных взяты для контроля с обычным течением гестационного периода.

Проанализированы особенности соматического здоровья у 95 обследованных нами женщин, страдающих преэклампсией (основная группа) в сравнении с 30 женщинами, с физиологическим течением беременности (контрольная группа). Средний возраст женщин с преэклампсией составил $22,5 \pm 0,21$ год, в контрольной группе – $22,3 \pm 0,40$ года.

Изучение соматического здоровья обследованных беременных с преэклампсией установило (табл. 1), что практически каждая вторая из них страдала той или иной хронической экстрагенитальной патологией ($63,2 \pm 2,2\%$).

Обращает на себя внимание высокая частота перенесенных ранее заболеваний воспалительно-инфекционного характера, но чаще они встречались у беременных с преэклампсией. Так, ОРВИ перенесли в различное время $65,3\%$ обследованных пациенток, в том числе детские инфекционные заболевания – $43,3 \pm 9,0\%$ и $43,2 \pm 5,1\%$ ($P > 0,05$) соответственно (корь, коклюш, ветряная оспа, эпидемический паротит) и болезни ЛОР-органов – $43,2 \pm 5,1\%$ и $13,3 \pm 6,2\%$ соответственно ($P < 0,001$), хронический тонзиллит – $47,4 \pm 5,1\%$ и $16,7 \pm 6,8\%$ соответственно ($P < 0,001$), вирусный гепатит – $33,7 \pm 4,8\%$ и $13,3 \pm 6,2\%$ соответственно ($P < 0,05$), пневмонии – $18,9 \pm 4,0\%$ и $6,7 \pm 4,6\%$ соответственно ($P < 0,05$).

У 21 ($22,1\%$) женщин основной группы в детстве отмечались явления цистита и заболевания почек.

Наибольший удельный вес среди экстрагенитальной патологии у обследованных женщин всех групп занимает анемия – $80,8\%$, однако у беременных с преэклампсией анемия выявляется достоверно чаще ($85,3\%$). Практически каждая третья беременная с преэклампсией ($33,7 \pm 4,8\%$) страдала каким-либо заболеванием органов пищеварения (гастритом и энтероколитом, дискинезией желчевыводящих путей). Аналогичный показатель заболеваемости в сравниваемой группе был достоверно ниже – $13,3 \pm 6,2\%$ ($P < 0,05$).

Заболевания щитовидной железы также достоверно в 2,4 раза чаще диагностируются у беременных с преэклампсией, нежели у женщин контрольной группы ($P < 0,01$).

Заключение

Таким образом, у женщин с наличием преэклампсии имеет место высокая частота сопутствующей экстрагенитальной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Макаров О.В., Волкова Е.В., Джохадзе Л.С. Клинические аспекты преэклампсии. // Российский вестник акушера-гинеколога. 2011;11(4):29-35.
2. Осипова Н.А., Макаров О.В., Полетаев А.Б., Богатырев Ю.А. Клиническое значение аутоантител в патогенезе преэклампсии // Материалы XII Всероссийского научного форума Мать и дитя. Москва 2011; 121-122.
3. Филимончикова И.Д., Чинсова Г.В. Новые подходы к ранней диагностике и профилактике гестоза // Акуш.и гинекол. 2005;1:46-48.
4. Хапий Х. Х., Подельских Ю. С., Хапий Н. П. Эклампсия. Причины ее развития // Вестн. интенсив. тер. 2005;4:28-29.
5. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. - Петрозводск, 2003; 56.
6. Begum R., Begum A., Johanson R. A low dose ("Dhaka") magnesium sulphate regime for eclampsia // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2001;80(11):998-1002.
7. Belfort M., Varner M. Cerebral perfusion, perfusion pressure and not cerebral blood flow may be the critical determinant of intracranial injury in preeclampsia: a new hypotheses // Am J Obstet Gynec. 2002;107:625-634.

Поступила 20.04.2023