



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

9 (59) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
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
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)
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)

9 (59)

2023

сентябрь

Received: 20.08.2023, Accepted: 05.09.2023, Published: 15.09.2023.

УДК 618.3-06
**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ СТАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ЭКЛАМПСИЕЙ И МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В Г. АНДИЖАН
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

Ю.Г. Расул-Заде¹, <https://orcid.org/0000-0002-6847-7257>
А.Ш. Арзикулов², <https://orcid.org/0000-0001-6726-4244>
Д.А. Мелиева². <https://orcid.org/0000-0001-9614-8912>

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

²Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон, Андижон, Ул. Атабеков 1
Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ **Резюме**

Преэклампсия (ПЭ) остается до конца нерешенным и ведущим синдромом в структуре патологии во время беременности и причин материнской смертности. Цель исследования — проведение ретроспективного анализа заболеваемости и материнской смертности от преэклампсии и эклампсии в г. Андижан Андижанской области Республики Узбекистан за период 2018—2022 гг. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ заболеваемости преэклампсией и эклампсией в г. Андижан Андижанской области с 01.01.2018 по 31.12.2022 г. Динамика и структура причин материнской смертности в г. Андижан проанализированы за последние 5 лет. Проанализированы копии первичной медицинской документации, индивидуальные карты беременных, наблюдавшихся в семейных поликлиниках г. Андижан в 2018- 2022 гг., и истории родов и смертностей женщин, данные статистических отчетов родильных комплексов г. Андижан. Результаты. Частота развития тяжелой ПЭ и эклампсии в г. Андижан имеет отчетливую тенденцию к росту этого показателя. Анализ структуры ПЭ указывает на динамичное увеличение доли тяжелой ПЭ и эклампсии ($p<0,05$) по изучаемому периоду среди беременных г. Андижан (2018-2022гг). Из нозологии соматических заболеваний на первом месте стоят анемии средней и тяжелой степени, на втором болезни почек и мочевыделительной системы, на третьем месте ожирение. Далее по убывающей схеме гипертоническая болезнь, ОРВИ, болезни щитовидной железы, COVID. Заключение. Основными резервными возможностями снижения показателя МС в г. Андижан являются: выявление и своевременное взятие на диспансерный учет женщин детородного возраста с соматической патологией с целью поднятия общего уровня их соматического здоровья, взятие на диспансерный учет беременных женщин с факторами риска развития ПЭ и Э с ранних сроков беременности, организация антенатальных профилактических мероприятий ПЭ и согласно национальным рекомендациям профилактики лечения ПЭ, использования антиагрегантов в оптимальных дозировках и организация своевременного родоразрешения беременных с ПЭ, организация профилактических и разъяснительных работ среди женщин детородного возраста с привлечением общественности, ведущих специалистов и всевозможных медиа пространств в системе по соблюдению интервальных периодов между родами.

Ключевые слова: ретроспектив, беременность, преэклампсия, эклампсия, материнская смертность, перинатальная смертность.

**RETROSPECTIVE STATIC ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF PRE-ECLAMPSIA AND
ECLAMPSIA AND MATERNAL MORTALITY IN ANDIZHAN, REPUBLIC OF UZBEKISTAN**

Yu.G. Rasul-Zade¹, <https://orcid.org/0000-0002-6847-7257>
A.Sh. Arzikulov², <https://orcid.org/0000-0001-6726-4244>
D.A. Melieva². <https://orcid.org/0000-0001-9614-8912>

¹Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

²Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1 Тел:(0-374)223-94-60.
E-mail: info@adti



✓ *Resume*

Preeclampsia (PE) remains a completely unresolved and leading syndrome in the structure of pathology during pregnancy and causes of maternal mortality. The purpose of the study was to conduct a retrospective analysis of the incidence and maternal mortality from preeclampsia and eclampsia in the city of Andijan, Andijan region of the Republic of Uzbekistan for the period 2018-2022. Material and methods. A retrospective analysis of the incidence of preeclampsia and eclampsia was carried out in the city of Andijan, Andijan region from 01/01/2018 to 12/31/2022. The dynamics and structure of the causes of maternal mortality in the city of Andijan were analyzed over the past 5 years. Copies of primary medical documentation, individual records of pregnant women observed in family clinics in Andijan in 2018-2022, and histories of births and deaths of women, data from statistical reports of maternity centers in Andijan were analyzed. Results. The incidence of severe PE and eclampsia in Andijan has a clear upward trend in this indicator. Analysis of the structure of PE indicates a dynamic increase in the proportion of severe PE and eclampsia ($p < 0.05$) over the studied period among pregnant women in Andijan (2018-2022). Among the nosology of somatic diseases, moderate and severe anemia is in first place, kidney and urinary system diseases are in second place, and obesity is in third place. Next, according to the killing scheme, hypertension, ARI, thyroid disease, COVID. Conclusion. The main reserve opportunities for reducing the MS rate in Andijan are: identification and timely registration of women of childbearing age with somatic pathology for dispensary registration in order to raise the overall level of their somatic health, registration of pregnant women with risk factors for the development of PE and E from early stages. pregnancy, organization of antenatal preventive measures for PE and, according to national recommendations for the prevention of treatment of PE, the use of antiplatelet agents in optimal dosages and organization of timely delivery of pregnant women with PE, organization of preventive and educational work among women of childbearing age with the involvement of the public, leading specialists and all kinds of media spaces in the system for compliance with interval periods between births.

Key words: retrospective, pregnancy, preeclampsia, eclampsia, maternal mortality, perinatal mortality.

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI ANDIJON SHAHRIDAGI PREKLAMPSIYA VA EKLAMPSIYA VA ONLAR O‘LIMI HAQIDAGI RETROSPEKTIV STATIK TAHLILI.

Yu.G. Rasul-Zade¹, <https://orcid.org/0000-0002-6847-7257>

A.Sh. Arzikulov², <https://orcid.org/0000-0001-6726-4244>

D.A. Melieva². <https://orcid.org/0000-0001-9614-8912>

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O‘zbekiston 100140, Toshkent, ko‘chasi. Bog‘ishamol, 223, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

Andijon davlat tibbiyot instituti O‘zbekiston, Andijon, Otabekov 1 Tel: (0-374) 223-94-60. E.mail: info@adi

✓ *Rezyume*

Preeklampsi (PE) homiladorlik davrida patologiyaning tuzilishida va onalar o‘limi sabablarida butunlay hal etilmagan va etakchi sindrom bo‘lib qolmoqda. Tadqiqot maqsadi O‘zbekiston Respublikasi Andijon viloyati Andijon shahrida 2018-2022-yillarda preeklampsiya va eklampsiya bilan kasallanish va onalar o‘limini retrospektiv tahlil qilishdan iborat edi. Materiallar va usullar. Andijon viloyati Andijon shahrida 01.01.2018 yildan 31.12.2022 yilga qadar preeklampsiya va eklampsiya bilan kasallanishning retrospektiv tahlili o‘tkazildi. Andijon shahrida onalar o‘limi sabablarining dinamikasi va tuzilishi oxirgi 5 yil davomida tahlil qilingan. Birlamchi tibbiy hujjatlar nusxalari, 2018-2022-yillarda Andijon shahridagi oilaviy poliklinikalarda kuzatilgan homilador ayollarning individual qaydlari hamda ayollarning tug‘ilishi va o‘limi tarixi, Andijon shahridagi tug‘ruq markazlarining statistik hisobotlari ma‘lumotlari tahlil qilindi. Natijalar. Andijonda og‘ir PE va eklampsi bilan kasallanish bu ko‘rsatkichda aniq o‘sish tendentsiyasiga ega. PE strukturasi tahlil qilish Andijon shahrida (2018-2022) homilador ayollar o‘rtasida o‘rganilayotgan davrda og‘ir PE va eklampsiya ($p < 0,05$) ulushining dinamik o‘sishini ko‘rsatadi. Somatik kasalliklar nozologiyasi orasida o‘rtacha va og‘ir anemiya birinchi o‘rinda, buyrak va siydik tizimi kasalliklari ikkinchi o‘rinda, semizlik uchinchi o‘rinda turadi. Keyinchalik, o‘ldirish

sxemasiga ko'ra, gipertenziya, ARI, qalqonsimon bez kasalligi, COVID. Xulosa. Andijon shahrida MS darajasini pasaytirishning asosiy zaxira imkoniyatlari quyidagilardan iborat: somatik patologiyasi bo'lgan tug'ish yoshidagi ayollarni aniqlash va ularning somatik sog'lig'ining umumiy darajasini oshirish maqsadida dispanser hisobiga o'z vaqtida ro'yxatga olish, homilador ayollarni rivojlanish uchun xavf omillari bilan hisobga olish. PE va E.ni erta bosqichlardan boshlab homiladorlik, PE uchun antenatal profilaktika choralari tashkil etish va PEni davolashning oldini olish bo'yicha milliy tavsiyalarga muvofiq, antiplatelet agentlarini optimal dozalarda qo'llash va PE bilan homilador ayollarni o'z vaqtida tug'ilishni tashkil etish, tug'ilish o'rtasidagi intervalgacha muddatlarga rioya etish bo'yicha tizimdagi barcha turdagi ommaviy axborot vositalarini, jamoatchilikni, yetakchi mutaxassislarini jalb qilgan holda tug'ish yoshidagi ayollar o'rtasida profilaktika va ma'rifiy ishlarni tashkil etish.

Kalit so'zlar: retrospektiv, homiladorlik, preeklampsiya, eklampsiya, onalar o'limi, perinatal o'lim.

Актуальность

Вопросы снижения материнской смертности (МС) всегда являлась актуальной и приоритетной для организаторов и руководителей органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений Республики Узбекистан. Материнская смертность (МС) по определению ВОЗ — это обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в пределах 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины(22).

На величину этого показателя влияет комплекс различных факторов — биологических, социально-экономических, гигиенических, медицинских, природно-климатических и т. д. Она во многом зависит от организации родовспоможения и качества работы акушерско-гинекологических учреждений. Однако рациональная организация охраны материнства и система оказания акушерской помощи, имея исключительное значение, не включает полностью все мероприятия по предупреждению МС. Этот показатель во многом определяется отношением государства к здравоохранению вообще и к службе по охране здоровья матери и ребенка в частности, т. е. как общая, так и МС непосредственно зависят от социально-экономического положения населения, качества медицинской помощи на всех этапах гестационного процесса (4).

Преэклампсия (ПЭ) — мультисистемное патологическое состояние, возникающее во второй половине беременности (после 20-й недели), характеризующееся артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией ($\geq 0,3$ г/л в суточной моче), нередко отеками и проявлениями полиорганной, полисистемной дисфункции/недостаточности. Эклампсия развивается на фоне ПЭ любой степени тяжести, диагностируется при возникновении судорожного приступа или серии судорожных приступов у беременной женщины с клиническими проявлениями ПЭ [5]. ПЭ занимает лидирующие позиции в структуре патологии во время беременности, что объясняется отсутствием ранних и достоверных диагностических критериев, действенных мер профилактики и лечения [6]. Результаты проведенных в последнее время исследований свидетельствуют о наличии высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у данного контингента женщин в последующей жизни. По данным Г.Т. Сухих и соавт. [17], в отдаленных сроках жизненного цикла у ранее перенесших ПЭ (особенно при первых родах) женщин возрастает риск развития сердечно-сосудистых осложнений, в том числе с фатальным исходом [6].

Цель исследования — проведение ретроспективного анализа заболеваемости и материнской смертности от преэклампсии и eklampsии в г. Андижан Андижанской области Республики Узбекистан за период 2018—2022 гг.

Материал и методы

Проведен ретроспективный статический анализ заболеваемости преэклампсией и eklampsией в г. Андижан с 01.01.2018 по 31.12.2022 г. Динамика и структура заболеваемости преэклампсией и eklampsией, причин материнской смертности проанализированы за последние 5 лет. Расчет показателей и анализ МС проведен согласно приказу Республиканского Минздрава от 03.10.2012 №283 «о мероприятиях по снижению смертности беременных, рожениц и родильниц в Республике Узбекистан» (5). Проанализированы копии первичной медицинской документации, индивидуальные карты беременных, наблюдавшихся в семейных поликлиниках г. Андижана в 2018- 2022 г.г., и истории родов и смертностей женщин, данные статистических отчетов родильных комплексов г.

Андижан, экспертных карт донесения на случаи материнской смерти, протоколов разборов случаев.

Статистический анализ. Обработку результатов исследования проводили с помощью программы Statistica 10.0, SPSS 13. Для описания количественных данных использовано среднее (M), а в качестве интервальной оценки — стандартное отклонение (σ) т. к. распределение соответствовало нормальному, сравнение проведено с помощью Т-критерия Стьюдента. Качественные признаки приведены в абсолютных частотах и процентах.

Результат и обсуждение

В 2018-2022 гг. в г. Андижан родились всего 20291, из них живых 20145 детей. Перинатальная смертность зафиксирована в 402(3,8%) случаев, из них больше половины в 246 случаев (62,7%) приходится на антенатальную смертность. Неонатальная и интранатальная смертность зафиксированы у 139(35,5%) и 10(1,8%) младенцев соответственно (диаграмма №1). В 11,8% диагностировались случаи асфиксии с признаками гипоксического поражения ЦНС. Недоношенными родились 272(1,3%) младенца, в том числе менее 2500 г (2,7%) и глубоко недоношенными 76(0,4%).

Осложнения беременности в виде преэклампсии за анализируемый период в среднем встречалась у 1472(7,3%) беременной, которая соответствует на верхнюю планку мировой статистики встречаемости ПЭ [1,2,3]. Как видно из диаграммы №3, отражающая динамику ПЭ в целом по анализируемым годам, стабильный.

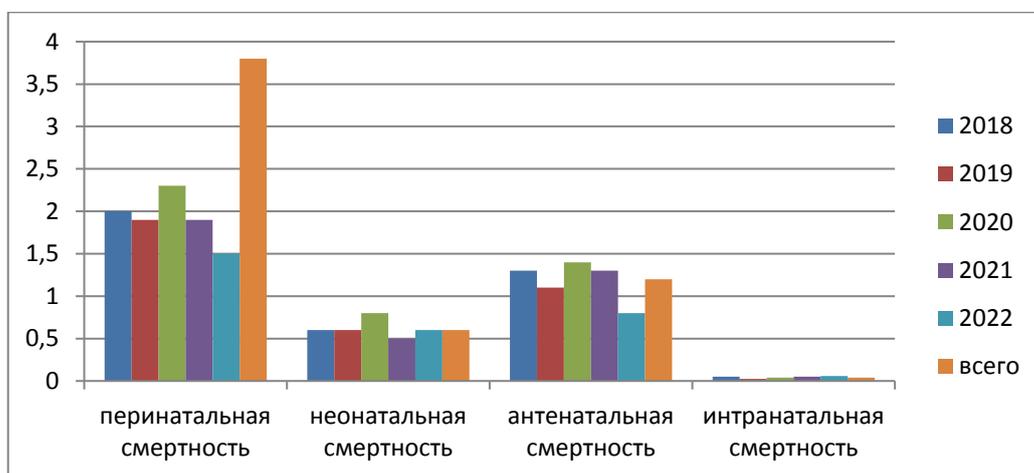


рисунок №1
Динамика перинатальной смертности в г. Андижан за 2019-2022 гг.

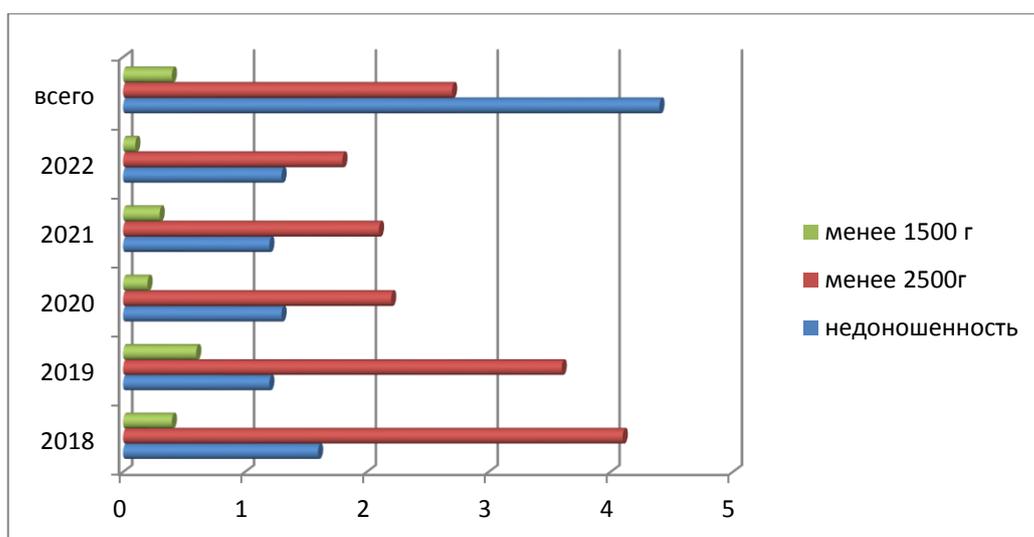


рисунок №2
Динамика рождения новорожденных с недоношенностью у женщин с преэклампсией и эклампсией г. Андижан за 2018-2022 гг.

Если в 2018 году ПЭ среди беременной встречалась 7,4% случаев, то в 2022 году этот показатель составлял 8,01% случаев. Но, анализ структуры ПЭ указывает на динамичное увеличение доли тяжелой ПЭ и эклампсии ($p<0,05$) по изучаемому периоду среди беременных г. Андижан (2018-2022гг) (диаграмма №3).

Такая нарастающая положительная динамика отмечены и в других видах осложнения беременности и родов: преждевременная отслойка плаценты ($p<0,05$), гипотоническое кровоизлияние ($p<0,05$), кесерово сечение, случаев вакуум экстракции и индукции родов ($p<0,05$), что указывают на увеличение жизни угрожающих рисков для жизни матери и ребенка в целом.

Анализ первичной медицинской документации показал, что тяжелые формы ПЭ у большинства начинали развиваться при сроке беременности 26-32 нед.

Анализом возрастной структуры выявили большую долю юных первобеременных и рожениц в возрасте от 15 до 17 лет ($n=20$), от 18- 19 лет ($n=828$) и рожениц от 45 лет ($n=11$), что указывает на некоторые недостатки просветительских работ системы.

Из нозологии соматических заболеваний на первом месте стоят анемии средней и тяжелой степени, на втором болезни почек и мочевыделительной системы, на третьем месте ожирение. Далее по убывающей схеме гипертоническая болезнь, ОРИ, болезни щитовидной железы, COVID.

За анализируемый период от ПЭ умерла 52,8% (2018—2022). По материалам нашего исследования, из общего числа ($n=9$) умерших от ПЭ и эклампсии 7 пациенток умерли после родов, с HELLP sindrom — 2. Все беременные страдали соматической патологией, нозологическими формами были анемия, хронический пиелонефрит, нейроциркуляторная дистония, ожирение, заболевания щитовидной железы.

Анализ первичной медицинской документации показал, что тяжелые формы ПЭ у большинства начинали развиваться при сроке беременности 26—32 нед.

По данным мировой литературы и ВОЗ [2, 20], ПЭ развивается во второй половине беременности у 2—8% женщин. Частота развития тяжелой ПЭ и эклампсии в г. Андижан имеет отчетливую тенденцию к росту этого показателя. Заболеваемость беременных ПЭ и эклампсией во время беременности в г. Андижан за анализируемый период значительно выше, чем в целом Андижанской области (7,3% против 4,0%, ($p<0,05$)).

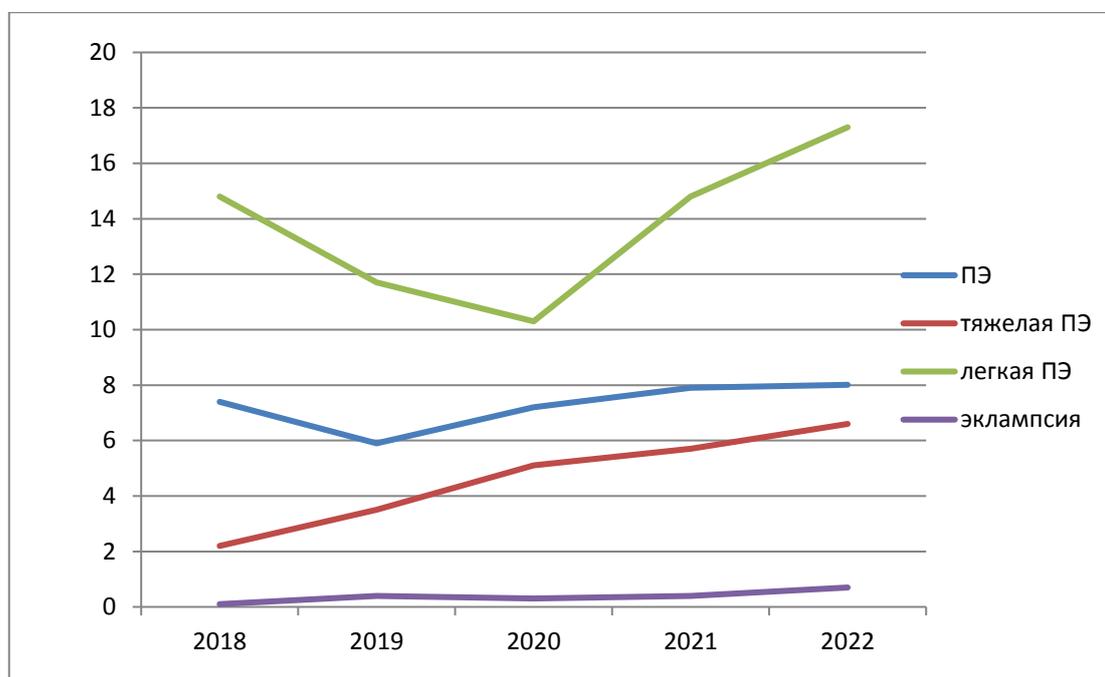


рисунок №3

Диаграмма анализа структуры и динамики ПЭ и Э за 2018-2022гг. в период беременности у женщин г. Андижан

В целом в регионе не отмечается четкой тенденции к снижению частоты ПЭ, особенно ее тяжелых форм, наоборот, прослеживается умеренный рост. Тяжелая ПЭ ассоциирована с повышенным риском смерти матерей и развитием тяжелых осложнений, таких как судороги, отек легких, острая почечная или печеночная недостаточность, кровоизлияния в печень, инсульт. Эти

осложнения по данным литературы обычно наблюдаются у женщин, у которых заболевание развивается до 32 нед беременности [20]. Первое место среди причин материнской и младенческой смертности в г. Андижан занимают ПЭ и эклампсия, которые относят к управляемым патологическим состояниям, они имеют тенденцию к росту. Нестабильность частоты и увеличение доли тяжелых форм ПЭ трудно объяснить только снижением общего уровня здоровья женщин репродуктивного возраста [7].

Большинство умерших в г. Андижан, регулярно наблюдались в женской консультации с ранних сроков беременности и встали на учет по беременности до 12 нед [16]. ПЭ, как правило, развивалась на неблагоприятном соматическом фоне, что поддерживает точку зрения, что развитие ПЭ — эклампсии отражает непереносимость беременности исходно больным организмом [2, 15]. Опыт экономически развитых стран показывает, что снижение МС от гипертензивных расстройств происходит благодаря широкому внедрению стандартов антенатального наблюдения за течением беременности и своевременного родоразрешения женщин с тяжелой ПЭ и эклампсией [19,22].

Пролонгирование беременности на фоне срыва механизмов компенсации нарушений, связанных с тяжелой фоновой патологией и проявляющихся симптомокомплексом тяжелой ПЭ, способствует быстрому развитию мультиорганных нарушений и высокому риску летального исхода [2]. Тяжелый патофизиологический процесс, разивающийся и прогрессирующий при ПЭ, необходимо прерывать до наступления его необратимости. Поэтому показания к окончанию беременности должен определять не срок, а клиническая картина осложнения [2].

Изложенное диктует необходимость проводить научные исследования для разработки предикторов ПЭ как в группе высокого риска, так и в общей популяции для определения критериев ранней и своевременной диагностики, маркеров прогрессирования процесса, чтобы оптимизировать акушерскую тактику и сроки родоразрешения [1, 4, 8,10,13, 14]. В группах высокого риска применимо использование антиагрегантов [11,23]. Таким образом, снижение МС от ПЭ/эклампсии связано с адекватным дородовым наблюдением, ранней диагностикой заболевания, адекватным лечением и своевременным родоразрешением. Оно должно быть основано на четком соблюдении клинических протоколов медицинской помощи.

Выводы

Таким образом,

1. Выявление и своевременное взятие на диспансерный учет женщин детородного возраста с соматической патологией с целью поднятия общий уровень их соматического здоровья, взятие на диспансерный учет беременных женщин с факторами риска развития ПЭ и Э с ранних сроков беременности, организация антенатальных профилактических мероприятий ПЭ и согласно национальным рекомендациям профилактики лечения ПЭ, использования антиагрегантов в оптимальных дозировках и организация своевременного родоразрешения беременных с ПЭ являются основными резервными возможностями снижения показателя МС в г. Андижан.

2. Действенная организация профилактических и разъяснительных работ среди женщин детородного возраста с привлечением общественности, ведущих специалистов и всевозможных медиапространств в системе по соблюдению интервальных периодов между родами.

3. Наблюдение беременных с выявленной ПЭ должно быть организовано на строгом соблюдении национальных клинических протоколов оказания медицинской помощи, обеспечивающей адекватное дородовое наблюдение, раннюю диагностику осложнения, адекватное лечение и своевременное родоразрешение.

4. В регионе организовать целенаправленные научные исследования для выявления ранних предикторов ПЭ как в группе высокого риска, так и в общей популяции для установления критериев ранней и своевременной диагностики, биологических и патофизиологических маркеров прогрессирования ПЭ с целью оптимизации акушерской тактики и сроков родоразрешения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аверкиева В.С., Лисянская М.В. Инновационные биомаркеры для диагностики и прогноза преэклампсии. Поликлиника. 2016;1-3:20-23. [Averkieva VS, Lisyanskaya MV. The innovative biomarkers for the diagnosis and prediction of preeclampsia. Poliklinika. 2016;1-3:20-23. (In Russ.)].
2. Айламазян Э.К., Репина М.А. Материнская смертность вследствие эклампсии — чему можно научиться? Журнал акушерства и женских болезней. 2013;57:3:3-8. [Ailamazyan EK, Repina

- МА. Maternal mortality due to eclampsia — what can be learned? Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei. 2013;57:3:3- 8. (In Russ.).
3. Александрова Г.А. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М. 2013;18-20. [Aleksandrova GA. Osnovnye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatel'nost'sluzhby okhrany detstva i rodovspomozheniya v Rossiiskoi Federatsii. [Key indicators of maternal and child health, child health service activities and obstetrics in the Russian Federation]. Moscow 2013;18-20. (In Russ.).
 4. Баранов И.И., Токова З.З. Эпидемиология материнской смертности в мире. Здравоохранение Российской Федерации. 2012;1:13-18. [Baranov II, Tokova ZZ. Epidemiology of maternal mortality in the world. Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii. 2012;1:13-18. (In Russ.).
 5. Гафуров Г.Р. Методика расчета показателей и анализа материнской смертности в республике Узбекистан. //Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. 2023;1:1-13. <http://управление-здравоохранением.рф/index/zhurnal-medicinskaja-statistika-i-orgmetodrabota-v-uchrezhdenijakh-zdravookhraneniya/0-6>
 6. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. Федеральные клинические рекомендации. Российское общество акушеров-гинекологов. 2016;85. Hypertensivnye rasstroistva vo vremya beremennosti, v rodakh i poslerodovom periode. Preeklampsiya. Eklampsiya. Federal'nye klinicheskie rekomendatsii. [Hypertensive disorders in pregnancy, during childbirth and the postpartum period. Preeclampsia. Eclampsia. Federal clinical guidelines]. Rossiyskoe obshchestvo akusherov-ginekologov. 2016;85. (In Russ.).
 7. Доброхотова Ю.Э., Джохадзе Л.С., Кузнецов П.А., Османова А.П., Макаров О.В. Преэклампсия: от истории до сегодняшнего дня. Проблемы репродукции. 2015;21:5:120-126. [Dobrokhotova YuE, Dzhokhadze LS, Kuznetsov PA, Osmanova AP, Makarov OV. Preeclampsia: from history to the present day. Problemy Reproduktsii. 2015;21:5:120-126. (In Russ.).
 8. Доброхотова Ю.Э., Макаров О.В., Лысюк Е.Ю., Оленев А.С., Кузнецов П.А., Джохадзе Л.С., Османова А.П. Преэклампсия. Выбор акушерской тактики ведения. Журнал акушерства и женских болезней. 2016;65:2:16-23. [Dobrokhotova YuE, Makarov OV, Lysyuk EYu, Olenev AS, Kuznetsov PA, Dzhokhadze LS, Osmanova AP. Preeclampsia. range of obstetric tactics. Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei. 2016;65:2:16-23. (In Russ.).
 9. Запорожец Э.Е., Шувалова М.П., Цымлякова Л.М. Основные показатели деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка в Российской Федерации. Статистическая форма 32 за 2012 г. Российское общество акушеров-гинекологов; ФГБУ НЦАГиП им. В.И. Кулакова Минздрава России; ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России. М. 2013. Zaporozhets EE, Shuvalova MP, Tsymlyakova L.M. Osnovnye pokazateli deyatel'nosti sluzhby okhrany zdorov'ya materi i rebenka v Rossiiskoi Federatsii. Statisticheskaya forma 32 za 2012 god. [Key performance indicators of services for maternal and child health in the Russian Federation. Statistical Form 32 for the year 2012. Rossiyskoe obshchestvo akusherov-ginekologov; FGBU «NTsAGiP im. V.I. Kulakova» Minzdrava Rossii. Moscow. 2013. (In Russ.).
 10. Лапина В.Г., Качалина Т.С., Каткова Н.Ю. Прогностическое значение определения неоптерина и провоспалительных цитокинов в комплексной оценке риска возникновения гестоза. Медицинский альманах. 2010;4:103-104. [Lapina VG, Kachalina TS, Katkova NYu. The prognostic value of determining neopterin and anti-inflammatory cytokines in the comprehensive assessment of the risk of preeclampsia. Meditsinskii almanakh. 2010;4:103-104. (In Russ.).
 11. Леваков С.А., Боровкова Е.И. Эффективная профилактика преэклампсии. Наука и Мир. 2016;1:7:35:97-99. [Levakov SA, Borovkova EI. Effective prevention of preeclampsia. Nauka i Mir. 2016;1:7:35:97-99. (In Russ.).
 12. Министерство здравоохранения РФ, методическое письмо «Материнская смертность в Российской Федерации в 2014 г.». М. 2015. Ministerstvo zdravookhraneniya RF, metodicheskoe pis'mo «Materinskaya smernost' v Rossiiskoi Federatsii v 2014 godu». [«Maternal mortality in the Russian Federation in 2014»]. Moscow.2015. (In Russ.).
 13. Олина А.А., Садыкова Г.К., Матвеева А.В., Семягин И.А. Прогноз и профилактика преэклампсии в первом триместре беременности. Уральский медицинский журнал. 2014;4:118:19-22. [Olina AA, Sadykova GK, Matveeva AV, Semyagin IA. Prediction and prevention of preeclampsia in the first trimester of pregnancy. Ural'skii meditsinskii zhurnal. 2014;4:118:19-22. (In Russ.).

14. Паньшина М.В., Волков В.Г. Выявление предикторов гестоза с помощью статистического анализа. Вестник новых медицинских технологий. 2011;18:4:229-230. [Pan'shyna MV, Volkov VG, Khadartseva KA. Experience the prevention of preeclampsia. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologii. 2011;18:4:229-230. (In Russ.)].
15. Сидорова И.С., Никитина Н.А., Филиппов О.С., Гусева Е.В., Гранатович Н.Н. Состояние материнской смертности от преэклампсии и эклампсии в Российской Федерации в 2014 г., что меняется в процессе анализа? Российский вестник акушера-гинеколога. 2015;6:4-11. [Sidorova IS, Nikitina NA, Filippov OS, Guseva EV, Granatovich NN. Maternal mortality from preeclampsia and eclampsia in the Russian Federation in 2014, what changes in the analysis process? Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa. 2015;6:4-11. (In Russ.)].
16. Сидорова И.С., Никитина Н.А. Гестоз или преэклампсия? Российский вестник акушера-гинеколога. 2013;13:4:67-73. [Sidorova IS, Nikitina NA. Gestoz ili preeclampsia? Rossiiskii vestnik akusheraginekologa. 2013;13:4:67-73. (In Russ.)].
17. Сидорова И.С., Филиппов О.С., Никитина Н.А., Гусева Е.В. Причины материнской смертности от преэклампсии и эклампсии в России в 2013 г. Акушерство и гинекология. 2015;4:11-18. [Sidorova IS, Filippov OS, Nikitina NA, Guseva EV. Causes of maternal deaths from preeclampsia and eclampsia in Russia in 2013. Akusherstvo i ginekologia. 2015;4:11-18. (In Russ.)].
18. Сухих Т.Г., Вихляева Е.М., Холин А.М. Преэклампсия в акушерском анамнезе — фактор последующего материнского сердечно-сосудистого риска. Терапевтический архив. 2009;10:5-9. [Sukhikh TG, Vikhlyayeva EM, Kholin AM. Preeclampsia in obstetric history - factor of subsequent maternal cardiovascular risk. Terapevticheskii arkhiv. 2009;10:5-9. (In Russ.)].
19. Шувалова М.П., Фролова О.Г., Ратушняк С.С., Гребенник Т.К., Гусева Е.В. Преэклампсия и эклампсия как причина материнской смертности. Акушерство и гинекология. 2014;8:81-87. [Shuvalova MP, Frolova OG, Ratushnyak SS, Grebennik TK, Guseva EV. Preeclampsia and eclampsia as a cause of maternal death. Akusherstvo i ginekologia. 2014;8:81-87. (In Russ.)].
20. Ghulmiyyah L., Sibai B. Maternal mortality from preeclampsia/ eclampsia. Semin Perinatol. 2012;36:1:56-59.
21. Say L, Chou D, Gemmill A, Tuncalp O, Moller AB, Daniels J, Gulmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2:6:323-333.
22. WHO. The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium. ICD-MM: Geneva. 2012.
23. O'Gorman N, Wright D, Rolnik DL, Nicolaides KH, Poon LC. Study protocol for the randomised controlled trial: combined multimarker screening and randomised patient treatment with ASpirin for evidence-based PREeclampsia prevention (ASPRE). BMJ Open. 2016 Jun 28;6(6):e011801. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011801. PMID: 27354081; PMCID: PMC4932292.

Поступила 20.08.2023