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

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ У ЖЕНЩИН В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Д.А. Мелиева[2]. https://orcid.org/0000-0001-9614-8912
Ю.Г. Расул-Заде[1], https://orcid.org/0000-0002-6847-7257
А.Ш. Арзикулов[2], https://orcid.org/0000-0001-6726-4244

[1]Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz
[2]Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон, Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ ***Резюме***

Ретроспективным методом проанализированы особенности клинического течения преэклампсии у женщин в современных условиях с целью определения имеющихся возможностей сокращения частоты развития ранней преэклампсии. Результаты анализа свидетельствует что, неблагоприятный перинатальный исход, на фоне раннего развития ПЭ и отсутствие или недостаточной эффективности прегравидарной подготовки у матерей подгруппы с риском развития ПЭ, определяет социальная уязвимость. Социальные факторы оказывают негативное влияние на формирование плаценты, что в ранние сроки беременности клинически проявляется угрозой невынашивания, а по мере роста плодного яйца – гипертензией, анемией, гемодинамическими нарушениями в системе «мать-плацента-плод», определяющими высокую частоту родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Ключевые слова: преэклампсия, перинатальный исход, прегравидарная подготовка.

ZAMONAVIY SHAROITLARDA AYOLLARDA PREEKLAMPSIYANING KLINIK KURINIHSINING XUSUSIYATLARI

D.A. Melieva [2]. https://orcid.org/0000-0001-9614-8912
Yu.G. Rasul-Zade[1], https://orcid.org/0000-0002-6847-7257
A.Sh. Arzikulov[2], https://orcid.org/0000-0001-6726-4244

[1]Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz
[2] Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ ***Rezyume***

Retrospektiv usuldan foydalangan holda, erta preeklampsiya bilan kasallanishni kamaytirish uchun mavjud imkoniyatlarni aniqlash uchun zamonaviy sharoitda ayollarda preeklampsiyaning klinik kechishining xususiyatlari tahlil qilindi. Tahlil natijalari shuni ko'rsatadiki, PEning erta rivojlanishi fonida noqulay perinatal natija va PE rivojlanish xavfi ostida bo'lgan kichik guruh onalarida prenatal tayyorgarlikning yo'qligi yoki etarli darajada samaradorligi ijtimoiy zaiflikni belgilaydi. Ijtimoiy omillar platsentaning shakllanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi, bu homiladorlikning dastlabki bosqichlarida klinik jihatdan abort qilish xavfi bilan namoyon bo'ladi va tuxum hujayrasi o'sishi bilan - gipertenziya, anemiya, "ona-platsenta-homila" da gemodinamik buzilishlar. sezaryen orqali etkazib berishning yuqori chastotasini aniqlaydigan tizim .

Kalit so'zlar: preeklampsi, perinatal natija, kontseptsiyaga tayyorgarlik.

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF PRE-ECLAMPSIA WOMEN IN MODERN CONDITIONS

D.A. Melieva [2]. https://orcid.org/0000-0001-9614-8912
Yu.G. Rasul-Zade[1], https://orcid.org/0000-0002-6847-7257
A.Sh. Arzikulov[2], https://orcid.org/0000-0001-6726-4244

[1]Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz
[2] Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ ***Resume***

Using a retrospective method, the features of the clinical course of preeclampsia in women in modern conditions were analyzed in order to determine the available opportunities to reduce the incidence of early preeclampsia. The results of the analysis indicate that an unfavorable perinatal outcome, against the background of the early development of PE and the absence or insufficient effectiveness of prenatal preparation in mothers of the subgroup at risk of developing PE, determines social vulnerability. Social factors have a negative impact on the formation of the placenta, which in the early stages of pregnancy is clinically manifested by the threat of miscarriage, and as the ovum grows - hypertension, anemia, hemodynamic disorders in the "mother-placenta-fetus" system, which determine the high frequency of delivery by cesarean section.

Key words: preeclampsia, perinatal outcome, preconception preparation.

Актуальность

Несмотря на впечатляющие достижения современной медицины, единственным методом профилактики материнской смертности при тяжелой преэклампсии/эклампсии продолжает оставаться досрочное, независимое от срока гестации родоразрешение. Данное гипертензивное расстройство оказывает глубокое краткосрочное и долгосрочное воздействие как на материнское, так и на здоровье ребенка. По оценкам различных авторов преэклампсия осложняет течение 2,5 - 10% всех беременностей (1,2), характеризуется широким спектром осложнений, ассоциированных с заболеваемостью и смертностью матерей, плодов и новорожденных, и включающих почечную, печеночную недостаточность, инсульт, инфаркт, дыхательную недостаточность, плацентарную недостаточность, коагулопатию.

Риск таких осложнений особенно высок, если заболевание носит тяжелый характер и приводит к ятрогенным преждевременным родам при раннем развитии – на сроках беременности до 33 нед +6 дней. Совершенно очевидно, что ПЭ с ранним началом прогностически более опасна, поскольку связана с высоким риском неблагоприятных исходов беременности относительно преэклампсии с поздней манифестацией (3).

Цель настоящего исследования - проанализировать особенности клинического течения преэклампсии у женщин в современных условиях и определить имеющиеся возможности сокращения частоты развития ранней преэклампсии. неблагоприятный перинатальный исход (низкая оценка по шкале Апгар и высокая частота гипоксических поражений ЦНС, врожденная гипотрофия и незрелость, перинатальная смертность у новорожденных) на фоне раннего развития ПЭ и отсутствие или недостаточной эффективности прегравидарной подготовки у матерей подгруппы с риском развития ПЭ по сравнению с матерями подгруппы без риска развития ПЭ, родившими относительно здоровых детей, определяет социальная уязвимость (критический репродуктивный возраст, паритет беременности, прегравидарная подготовка). Социальные факторы оказывают негативное влияние на формирование плаценты, что в ранние сроки беременности клинически проявляется угрозой невынашивания, а по мере роста плодного яйца – гипертензией, анемией, гемодинамическими нарушениями в системе «мать-

плацента-плод», определяющими высокую частоту родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Следовательно, своевременная выявления и дифференцированная патогенетическая прегравидарная подготовка пациенток группы высокого риска раннего развития преэклампсии способствуют полноценной инвазии трофобласта, что сопровождается снижением частоты и степени тяжести преэклампсии и связанных с ней перинатальных гипоксических поражений ЦНС.

Материал и методы

Ретроспективный анализ был проведен на основе работы с архивным материалом: индивидуальными картами беременных (n=4300), наблюдавшихся в семейных поликлиниках г Андижана в 2018- 2022 г.г., и историями родов (n=410) женщин данной группы.

Критериями включения явились: наличие выявленных при первом визите беременной анамнестических факторов риска преэклампсии: преэклампсия при предшествовавшей беременности, семейный анамнез преэклампсии, синдром ограничения роста плода при предыдущей беременности, антифосфолипидный синлром, наличие хронических заболеваний - хроническая артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, положительный ранний биофизический (УЗИ с допплером маточных артерий на 11-14 неделе) скрининг преэклампсии. А также наличие полных динамических записей об антенатальном контроле с момента первого визита и до родов. Критериями исключения документов из дальнейшего анализа явились ситуации перевода беременной в другую поликлинику, отказ от проведения скрининга в I триместре либо эмбриональные потери до 20 недель беременности (неразвивающаяся, внематочная беременность, ранний/поздний самопроизвольный выкидыш). В результате, для возможности обеспечения полноценного ретроспективного анализа было использовано (n=410) индивидуальных карт беременных и историй родов. Согласно стандарту антенатального ухода, беременные прошли осмотры и рекомендованные обследования узкими специалистами. При необходимости в более тщательном и углублённом антенатальном наблюдении за беременными высокого риска преэклампсии привлекались врачи иных специальностей.

Результат и обсуждения

Средний возраст беременных составил (28,8+4,8). Анализ паритета показал преобладание первобеременных (38,4%), повторнобеременными были (29,01%), более 3 беременностей в анамнезе имели (27,6%). Среди повторнобеременных первые роды предстояли у (25%), повторнородящими были (39,53), к многорожавшим были отнесены (27,6%) пациенток. У всех вовлеченных в исследование беременных проанализированы результаты раннего скрининга на сроках 11-13нед+6 дней. Из числа всех прошедших данное обследование скрининг-положительными были (162, 39,5%). Согласно записям в индивидуальных картах ни одной беременной не был назначен ежедневный приём аспирина, роль которого в профилактике преэклампсии либо смягчении тяжести ее клинических проявлений и вызываемых осложнений подтверждена полученными в ходе широкомасштабных исследований доказательствами (1, 2).

В данной группе преэклампсия развилась у (n=112, 69,4%) беременных. Ранний (до 34 недель) вариант осложнения развился у (n=41, 36,4%). При этом тяжелая преэклампсия осложнила течение беременности у (n=26, 63,4%) женщин, доля легкой преэклампсии составила (n=15, 36,6%). Сроки развития ранней преэклампсии среди скрининг + беременных распределились следующим образом: 29-30нед+6 дней – у (n=9, 22%), 31- 32+6 дней –у (n=21, 51,2%), 33 нед+6 дней - у (n=11, 26,8%) беременных. Терапия лёгкой преэклампсии была успешной, и беременность была пролонгирована до 37 недель гестации у (n=11, 73,3%) пациенток, прогрессирующее течение с трансформацией в тяжелую преэклампсию наблюдалось у (n=4, 26,7%). Ятрогенные преждевременные роды по витальным показаниям состоялись в (26,3%) случаев. Из них естественным путём были родоразрешены (n=11, 63,3%) пациенток, родоразрешение кесаревым сечением потребовалось 26,7% беременным. Между тем, в данной группе у (10%) произошло развитие и преждевременной преэклампсии как с легким течением и благополучным завершением беременности естественными родами, так и с тяжёлым течением, что потребовало досрочного завершения беременности путем индукции

родов у (2,5%). Следует отметит, что в данной группе были беременные в возрасте от 15-17 лет (n=5, 4,5%) и старшего репродуктивного возраста от 45 лет (n=3, 2,7%).

В группе без риска преэклампсии (скрининг-отрицательные пациенты n=247) раннего варианта не наблюдалось, однако у (n=51, 20,6%) в III триместре развились поздняя (34-36нед+6 дней) и преждевременная ёе формы – 37 и более недель беременности. На сроках 34-34 нед +6дней период гестации осложнился у (12,6%) беременных, в 35-36 нед +6 дней – в (10%) случаев. В данной группе наблюдались следующие исходы беременности: ятрогенные преждевременные роды произошли в 12,3% случаев, из которых кесаревым сечением беременности были завершены у (16%) пациенток, индуцированные роды через естественные родовые пути произошли у (1,01%) беременных.

Проведен анализ перинатальных исходов и структуры перинатальной патологии у новорожденных от матерей в двух изучаемых группах в сравнительном аспекте: группа беременных без риска ПЭ и в группе беременных с риском ПЭ.

Результаты отражены в таблице № 1. Как демонстрирует таблица №1, более низкая оценка по шкале Апгар и связанная с ней высокая частота гипоксических поражений ЦНС средней степени тяжести отмечалась у новорожденных подгруппы беременных скрининг (+) ПЭ (n=128, 79,01%; P>0,2). В этой же группе отмечены высока частота гипотрофии (n=8, 4,9%), в том числе с весом менее 1500 – глубоко недоношенность (n=2, 1,2%) и перинатальная смертность (n=3, 1,9%).

Таблица №1

Структура перинатальной патологии у новорожденных от матерей сравниваемых подгрупп беременных.

Показатели	**Скрининг отрицательные беременные ПЭ n=247 (%)**	**Скрининг положительные беременные ПЭ n=162 (%)**	**P**
Оценка по шкале Апгар п (%):			
7-10 баллов	226 (91,5)	128 (79,01)	0,2
5-6 баллов	21 (8,5)	34 (21,0)	0,03
Вес новорожденных, гр.	3300+110,1	3065+93,0	>0,05
Гипотрофия новорожденных В том числе: глубоко недоношенность	3 (1,2)	8 (4,9)	0,76 >0,05
Перинатальная смертность	0	2 (1,2)	
В том числе : Неонатальная антенатальная	0 0 0	3 (1,9) 1 (0,6) 2 (1,3)	
Гипоксическое поражение ЦНС легкой степени	8 (4,9)	9 (5,5)	0,13
Гипоксическое поражение ЦНС средней степени	2 (0,9)	34 (20,9)	0,004

Эти же показатели оценены в зависимости от времени начало ПЭ у беременных женщин. Результаты отражены в таблице №2. При раннем развитии ПЭ, на сроках беременности до 33 нед + 6 дней структура перинатальной патологии приобрела более тяжелый и агрессивный характер. Достоверно чаще диагностировались гипоксическое поражение ЦНС (82,9%), гипотрофия (19,5%) и глубоко недоношенность (4,8%), перинатальная смертность (4,8%).

таблица №2.

Структура перинатальной патологии у новорожденных в зависимости от сроков начала ПЭ.

Показатели	**поздняя начало ПЭ n=71 (%)**	**раняя начало ПЭ n=41 (%)**	**P**
Оценка по шкале Апгар n (%):			
7-10 баллов	57 (80,2)	10 (24,4)	0,1
5-6 баллов	14 (19,8)	31 (75,6)	0,05
Вес новорожденных, гр.	2700+20,1	2350+53,0	>0,05
Гипотрофия новорожденных В том числе: глубоконедоношенность Перинатальная смертность В том числе : Неонатальная антенатальная	3 (1,2) 0 0 0 0	8 (19,5) 2 (4,8) 3 (7,3) 1 (2,4) 2 (4,8)	0,05 >0,05
Гипоксическое поражение ЦНС легкой степени	5 (12,1)	12 (29,2)	0,1
Гипоксическое поражение ЦНС средней степени	2 (0,9)	34 (82,9)	0,05

Таким образом, неблагоприятный перинатальный исход (низкая оценка по шкале Апгар и высокая частота гипоксических поражений ЦНС, врожденная гипотрофия и незрелость, перинатальная смертность у новорожденных) на фоне раннего развития ПЭ и отсутствие или недостаточной эффективности прегравидарной подготовки у матерей подгруппы с риском развития ПЭ по сравнению с матерями подгруппы без риска развития ПЭ, родившими относительно здоровых детей, определяет социальная уязвимость (критический репродуктивный возраст, паритет беременности, прегравидарная подготовка). Социальные факторы оказывают негативное влияние на формирование плаценты, что в ранние сроки беременности клинически проявляется угрозой невынашивания, а по мере роста плодного яйца – гипертензией, анемией, гемодинамическими нарушениями в системе «мать-плацента-плод», определяющими высокую частоту родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Следовательно, своевременная выявления и дифференцированная патогенетическая прегравидарная подготовка пациенток группы высокого риска раннего развития преэклампсии способствуют полноценной инвазии трофобласта, что сопровождается снижением частоты и степени тяжести преэклампсии и связанных с ней перинатальных гипоксических поражений ЦНС.

Выводы

Женщин группы высокого риска развития ПЭ определяют: паритет, юный или старший репродуктивный возраст, отсутствие или недостаточная прегравидарная подготовка. Эти

факторы являются фоном для формирования первичной плацентарной недостаточности, что клинически подтверждается угрозой прерывания беременности в 1 триместре, в дальнейшем - развитием ранней и поздней преэклампсии и допплерометрическими нарушениями в системе «мать-плацента-плод» с реализацией после досрочного завершения беременности в низкую оценку по шкале Апгар и перинатальные гипоксические поражения ЦНС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Poon LC, Shennan A, Hyett JA,et all. Erratum to "The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention" [Int J Gynecol Obstet 145 Suppl. 1 (2019) 1-33]. Int J Gynaecol Obstet. Sep 2019;146(3):390-391. doi: 10.1002/ijgo.12892. Epub 2019 Jun 22. Erratum for: Int J Gynaecol Obstet. 2019 May;145 Suppl 1:1-33. PMID: 31378938.
2. Poon LC, McIntyre HD, Hyett JA, da Fonseca EB, Hod M; FIGO Pregnancy and NCD Committee. The first-trimester of pregnancy - A window of opportunity for prediction and prevention of pregnancy complications and future life. Diabetes Res Clin Pract. Nov 2018;145:20-30. doi: 10.1016/j.diabres.2018.05.002. Epub 2018 May 29. PMID: 29852233.
3. Roubalová L, Vojtěch J, Feyereisl J, Krofta L, Skřivánek A, Marková I, Lošan P, Pilka R, Lubušký M. First-trimester screening for preeclampsia. // Ceska Gynekol. Summer 2019;84(5):361-370. English. PMID: 31826634.

Поступила 20.08.2023