



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

2 (88) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОМОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

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)

2 (88)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026 февраль

Received: 20.01.2026, Accepted: 06.02.2026, Published: 10.02.2026

УДК 618.3+618.5:616.45-001/.3:616.12-007

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЁЛОЙ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНО-ПЛОДНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Бабаханова А.М. <https://orcid.org/0009-0005-1164-536>

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья
матери и ребёнка Узбекистан г. Ташкент Ташкенте: ул. Мирзо-Улугбека, 132-а
тел: +998(71)2637818 e-mail: info@uzaig.uz

✓ Резюме

В статье представлены результаты обследования 120 беременных женщин с фетоплацентарными нарушениями III степени. Проведение динамического мониторинга фетальных шунтов позволило пролонгировать беременность до оптимальных сроков родоразрешения у пациенток с фетоплацентарной недостаточностью III степени, что способствовало улучшению перинатальных исходов.

Ключевые слова: фетальные шунты, фетоплацентарная недостаточность, беременность.

FEATURES OF DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH SEVERE UTEROPLACENTAL–FETAL DYSFUNCTION

Babakhanova A.M. <https://orcid.org/0009-0005-1164-536>

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health,
Uzbekistan, Tashkent: Mirzo-Ulugbek St., 132-a, tel.: +998 (71) 2637818, e-mail: info@uzaig.uz

✓ Resume

This article presents the results of an examination of 120 pregnant women with grade III fetoplacental disorders. Dynamic monitoring of fetal shunts made it possible to prolong pregnancy to optimal timing of delivery in patients with grade III fetoplacental insufficiency, thereby contributing to improved perinatal outcomes.

Keywords: fetal shunts, fetoplacental insufficiency, pregnancy.

OG ‘IR BACHADON–PLATSENTAR–HOMILA DISFUNKTSIYASI BO‘LGAN HOMILADOR AYOLLARNI TASHXISLASH VA OLIB BORISHNING O‘ZIGA XOS JIHATLARI

Babaxanova A.M. <https://orcid.org/0009-0005-1164-536>

Respublika ixtisoslashtirilgan onalik va bolalik salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi,
O'zbekiston, Toshkent: Mirzo-Ulug'bek ko'chasi, 132-a, tel.: +998 (71) 2637818, e-mail:
info@uzaig.uz

✓ Rezyume

Ushbu maqolada III darajali fetoplatsentar buzilishlari bo‘lgan 120 nafar homilador ayolni tekshirish natijalari keltirilgan. Fetal shuntlarni dinamik monitoring qilish fetoplatsentar yetishmovchilikning III darajasiga ega bo‘lgan bemorlarda homiladorlikni tug‘ruq uchun optimal muddatlargacha uzaytirish imkonini berdi, bu esa perinatal natijalarning yaxshilanishiga xizmat qildi.

Kalit so‘zlar: fetal shuntlar, fetoplatsentar yetishmovchilik, homiladorlik.

Актуальность

Фетоплацентарная недостаточность является одним из наиболее распространённых осложнений беременности и остаётся актуальной проблемой современной медицины [1,2,5,9]. В последние годы во всех экономически развитых странах отмечается устойчивый рост частоты осложнений беременности, включая гипертензивные расстройства, что отражено в ряде современных научных публикаций [2,4,5,8].

Данная патология характеризуется тяжёлым клиническим течением, снижением качества жизни беременных и увеличением показателей перинатальной заболеваемости и смертности. По данным Всемирной организации здравоохранения, вопросы репродуктивного здоровья находятся в числе приоритетных направлений мировой науки и здравоохранения. Фетоплацентарная недостаточность и синдром задержки роста плода (СЗРП) на фоне гипертензивных нарушений осложняют до 20% беременностей и занимают 2–3-е место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности [3,4].

Согласно данным экспертных докладов Всемирной организации здравоохранения, за последние 20 лет частота артериальной гипертензии у беременных, а также ассоциированного с ней СЗРП, возросла более чем на 40% [6,7,10]. Повышенное артериальное давление во время беременности тесно связано с высоким риском преждевременных родов, развитием хронической и острой фетоплацентарной недостаточности, а также тяжёлыми перинатальными осложнениями, включая СЗРП и внутриутробную гибель плода [10].

В связи с этим особую значимость приобретает повышение качества медицинской помощи данной категории пациенток, а также разработка новых прогностических и лечебно-тактических подходов, направленных на пролонгирование беременности у женщин с хронической артериальной гипертензией, осложнённой выраженными нарушениями кровообращения в системе *мать–плацента–плод*.

Цель исследования: Разработка оптимальной стратегии ведения беременных с хронической артериальной гипертензией на основе оценки состояния фетальных шунтов.

Материал и методы исследования

Было исследовано 120 беременные женщины с хронической артериальной гипертензией (ХАГ) с нарушением маточно-плацентарно-плодовым кровотоком (НМППК) 3 степени. 120 беременных женщин с ХАГ разделили на 2 группы:

I группу составили $n=73$ беременных женщин с нулевым кровотоком в артерии пуповине с ХАГ (основная группа) которым беременность пролонгировали;

II группа $n=47$ беременные женщины с нулевым кровотоком, ХАГ родоразрешенных без пролонгирования беременности (группа сравнения).

Беременные основной группы регулярно посещали врача акушера-гинеколога, которым проводился динамический контроль доплерометрических параметров и в зависимости от их показателей пролонгировали беременность.

Результат и обсуждения

Во время наблюдения беременных с ХАГ были выявлены следующие особенности. Беременные с ХАГ регулярно посещали врача акушера-гинеколога и врача ультразвуковой диагностики, но пациентки основной группы достоверно чаще - в среднем частота посещений составила $14,2 \pm 0,3$ явок, чем группа сравнения $5,1 \pm 0,4$ раз ($p < 0,001$). Это обусловлено тем, что в связи с прогрессированием нарушения кровообращения МППК пациентки чаще ходили на доплерографию плода, а женщины в группе сравнения, как только выявили НМППК 3 степени (нулевой кровоток) были сразу госпитализированы и досрочно родоразрешены. Все пациентки основной группы были взяты под наблюдение в сроке беременности 25–28 недель и наблюдались в динамике до родоразрешения, соответственно в группу сравнения также были включены беременные в сроке 25–28 недель и более.

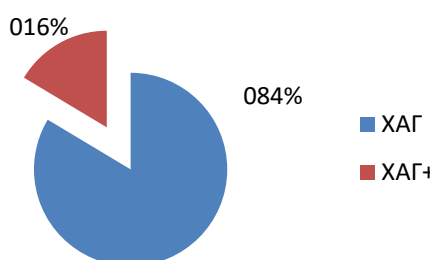
Возраст обследованных беременных находился в пределах от 21 до 38 лет и в основной группе составил в среднем $27,4 \pm 1,26$ лет, который достоверно не отличался от $26 \pm 2,54$ лет у женщин группы сравнения (*-здесь и далее по тексту различие не достоверно при $p > 0,05$), (таблица 2).

Таблица 2 Характеристика возрастного состава беременных (в абс. числах и %).

Группы	18-25		26-35		>36	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основная группа (n=73)	25	34,2%	43	59%	5	6,8%
Группа сравнения (n=46)	18	38,3%	26	55,3%	3	6,4%

В обеих группах у беременных с ХАГ, выявлено присоединение ПЭ в III триместре беременности. Эти показатели существенно не отличались, в основной группе ПЭ присоединилась в 16,4% случаях и в группе сравнения в 14,9% случаях соответственно (рисунок 2).

Основная группа



Группа сравнения

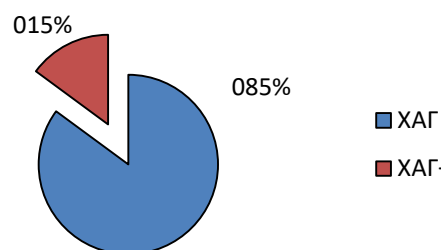


Рисунок 2. Частота встречаемости ПЭ у беременных с ХАГ в обеих группах.

При анализе пациенток группы наблюдения при дородовой госпитализации выявлена высокая частота НМППК уже на амбулаторном этапе. Нарушения МППК 3 степени регистрировалась у всех обследованных беременных, что явилось показанием к госпитализации.

В проспективном исследовании в обеих группах беременность осложнилась нарушениями МППК (таблица 3). Синдром замедления роста плода (СЗРП) является одним из признаков внутриутробного страдания плода, являющегося основным проявлением НМППК при наличии гипертензивных нарушений.

Таблица 3

Показателей доплерографии по НМППК в II и III триместре беременности

Нозология	Основная группа (n=73)		Группа сравнения (n=47)	
	Абс	%	Абс	%
МППК 3ст	73	100%	47	100%
Среди них частота СЗРП				
СЗРП 1ст	5	6,8%	3	6,4%
СЗРП 2ст	2	2,7%	1	2,1%
СЗРП 3ст	0	0%	0	0%

*Примечание: Различия не значимы между: *- основной и сравнительной группы*

Допплерометрия артерии пуповины показали результаты нулевого кровотока. В наших наблюдениях был выявлен СЗРП 1ст у 6,4%, СЗРП 2ст 2,1% у женщин группы сравнения и в основной группе соответственно 6,8% и 2,7%. ($p < 0,001$).

Исследование венозного протока составляла некоторые трудности визуализации, которые были показанием к повторному осмотру через определенное время. Типичная волна кровотока ВП состояла из трех фаз: первый пик — это градиент давления между венами и правым предсердием в период желудочковой систолы; второй пик связан с открытием клапанов и ранним пассивным заполнением желудочков; снижение скорости потока совпадает с третьей фазой – сокращением предсердий в конце диастолы. При развитии застойной сердечной недостаточности плода и ухудшении сократительной способности миокарда резистентность в правом предсердии возрастала в 33 % случаях. Получили 3 вида кривых венозного кровотока, которые описаны в таблице № 4.

Таблица №4

Состояние венозного протока в исследуемых группах		
Состояние венозного протока плода	Основная группа (n=73)	
	(продолгование беременности)	
1 тип	54 (74%)	14±4,1дней
2 тип	15 (20,5 %)	5±2,5дней
3 тип	4 (5,5%)	1±0,5 дней

Таким образом, в ходе исследования были описаны 3 вида нарушения ВП у беременных с хронической артериальной гипертензией и преэклампсией:

У 54 (74%) при первичном осмотре выявлен 1 вид кривой ВП, это норма без изменений визуального графика нормативных показателей пульсационного индекса (ПИ) и индекса резистентности (ИР) согласно сроку беременности в пределах 95 перцентилей для данного срока ПИ=0,21-1,35, ИР 0,50-0,70., этим женщинам динамическое доплерометрическое исследование МППК и ВП проводилось каждые 7 дней, после перехода на 2 вид кривой ВП, исследование проводилось каждые 3 дня. В нашем исследовании пациентом с 1 видом нарушения кровообращения беременность была продлена от 14±4,1дней.

У 15 женщин (20,5%) выявлен 2 вид кривой ВП. Это с изменением визуального графика спектрограммы с увеличением пульсативности и патологическими показателями (ПИ, ИР) выше 95 перцентилей для данного срока беременности, этим женщинам каждые 3 дня проводилось доплерометрическое исследование МППК и оценивали кровотоки в ВП. В нашем исследовании с 2 видом нарушения кровообращения беременность была продлена от 5±2,5дней.

При первичном обследовании у 4 женщин (5,5%) выявлен 3 вид кривой ВП, в связи с чем все они были родоразрешены в течении 24 часов.

3 вид кривой это– грубые патологические изменения спектрограммы – реверсный или нулевой диастолический кровоток пульсовой волны и патологического пульсационного индекса выше 95 перцентилей для данного срока беременности.

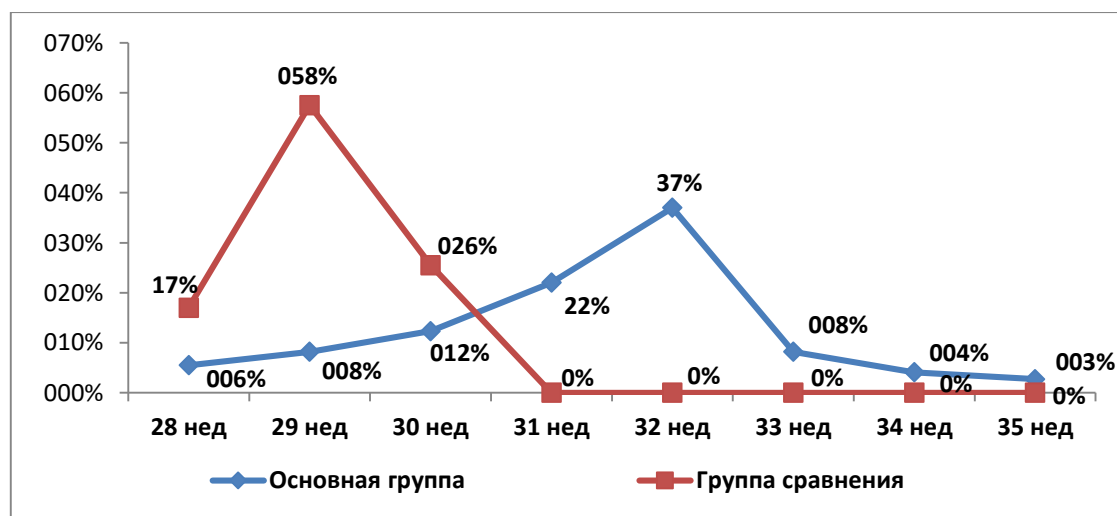


Рисунок 3. Сроки родоразрешения у обследованных женщин с ХАГ и ПЭ с нулевым кровотоком

Изменения венозного протока 3 вида было основанием для досрочного родоразрешения в основной группе, в группе сравнения эти показатели не измеряли по различным причинам (плохая визуализация, технические затруднения, отсутствие персонала, владеющего методов измерения ВП) в том числе и отказе женщин от предложения пролонгирование беременности. Таким образом, маркером контроля, выявленным при помощи доплерометрии мы взяли данные изменения венозного кровотока. Критические показатели кровотока в пуповине которые возникают вследствие остановки поступательного движения крови в фазу диастолы (нулевые значения) или изменения движения потока крови на противоположное (ретроградный кровоток) были показанием к экстренному родоразрешению в группе сравнения. В свою очередь применение оценки кровотока в ВП позволило пролонгировать беременность до 35 недель у 2,7% женщин основной группы (рисунок 3).

Из диаграммы видно, что в 28 недель в основной группе были родоразрешены (5,5%), наибольшее число родоразрешений имели место в 31, 32 и 33 недели соответственно в группе сравнения 22%, 37% и 8,2% случаев. В 34 недели родоразрешены 3 женщины (4,1%). По данным доплерометрии плода, удалось пролонгировать беременность до 35 недель только в 2,7% случаев, соответственно это значительно увеличивает шанс выживания новорожденных.

Для выявления функционального состояния плода проведено исследование в обеих группах методом кардиотокографии с определением индекса Фишера и оценки графика кардиотокограммы (таблица №5). Результаты КТГ расценивались строго индивидуально только в комплексе с клиническими данными, а также с результатами других исследований, таких как доплерометрия маточно-плодового комплекса. Вышеизложенные состояния наблюдались в первой группе и во второй группе и это явилось маркером для ежедневного наблюдения и для досрочного родоразрешения в связи с отсутствием улучшения в динамике.

Как видно из таблицы №5, показатели критерия Фишера различными в обеих группах. При выявлении критерия Фишера ниже 5 баллов проводили ежедневно КТГ, ухудшение в динамике выявлялось в среднем у 89% больных в течении 3 суток, что говорит о том, что интервал наблюдение можно продлить до 3 дней без дополнительного исследования.

Анализ исходов родов для плода показал, что у беременных основной группы 64,4% детей родились с оценкой по шкале Апгар 6-7 балл, 13,3% с оценкой 8-10 балла и 6,8% с оценкой 4-5 балла, в то время как в группе сравнения оценку по шкале Апгар 8-10 балла имели 14,9% женщин, 6-7 балла 57,4% и 4-5 балла 21,3% женщин. Также в группах у женщин имела место антенатальная гибель плода в основной группе в 6,84 % и группе сравнения в 6,3% случаях что было статистически недостоверно. Результаты КТГ расценивались строго индивидуально только в комплексе с клиническими данными, а также с результатами других исследований, таких как доплерометрия маточно-плодового комплекса.

Таблица №5

Оценка критерия Фишера

Критерий Фишера	Основная группа (n=73)	Группа сравнения (n=47)
4-5 баллов	11 (15%)	10 (21,3%)
6-7 баллов	47 (64,4%)	27 (57,4%)
8-10 баллов	10 (13,7%)	7 (14,9%)
Антенатальная гибель плода	5 (6,84%)	3 (6,3%)

Показания к досрочному родоразрешению в первой группе выставлены в первые 3 дня у 28 беременных, в течении последующих 2 дней у 14 беременных, показаниями были в основном это было прогрессирование гипертензивный состояний в (28,5%), прогрессирование НМППК в (21,3%) и неубедительное состояние плода в (18,9%) случаях, а также другие акушерские показания которые не зависели от гипертензивных состояний.

Заключение

Таким образом, при выявлении нарушений кровотока в венозном протоке у беременных с хронической артериальной гипертензией пролонгирование беременности оказалось возможным не более чем на 1 сутки у 14 пациенток (5,5%).

Исследование кровотока в венозном протоке плода позволило объективно оценить особенности фетальной гемодинамики при хронической артериальной гипертензии с чувствительностью 85% и специфичностью 56%. Применение данного метода обеспечивает контроль резервных компенсаторных возможностей плода и способствует своевременному выявлению угрожающих состояний, что имеет важное значение для выбора оптимальной акушерской тактики и определения сроков родоразрешения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2009 Jul;114(1):192-202.
2. Adam K. Lewkowicz, Methodius G. Tuuli, Alison G. Cahill. Perinatal outcomes after intrauterine growth restriction and intermittently elevated umbilical artery Doppler // American Journal of Obstetrics Gynecology MFM. — March 2019.
3. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals.
4. Alfievic Z, Devane D, Gyte GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013 May 31;5:CD006066.
5. Amanda S. Trudell, Alisson G. Cahill, Methodius G. Tuuli. Risk of stillbirth after 37 weeks in pregnancies complicated by small-for-gestational-age fetuses // American Journal of Obstetrics Gynecology. 2013;208:37-63.
6. Ayres-de-Campos D, Bernardes J; FIGO Subcommittee. Twenty-five years after the FIGO guidelines for the use of fetal monitoring: time for a simplified approach? Int J Gynaecol Obstet. 2010 Jul;110(1):1-6.
7. Barker D.J. The origins of the developmental origins theory // Journal of International Medicine. 2007;261:412-417.
8. Baschat A.A. Neurodevelopment after fetal growth restriction // Fetal Diagnosis and Therapy. — 2014;36:136-142.
9. Basky Thilaganathan. The ASPRE pre-eclampsia trial: implications for basic research and clinical practice // Cardiovascular Research. 2018;114:60-61.
10. Ganzevoort W., Mensing Van Charante N., Thilaganathan B., et al., for the TRUFFLE Group. How to monitor pregnancies complicated by fetal growth restriction and delivery before 32 weeks: post-hoc analysis of TRUFFLE study // Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2017;49:769-777.

Поступила 20.01.2026