



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 (90) 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. АМОИВ
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. ИСКАНДАРОВА
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. РУЗИБОВЕВ
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)

4 (90)

2026
апрель

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

УДК 618.3-008.6:618.5-089.888.61:618.36-008.6

ГИПЕРТЕНЗИВ КАСАЛЛИКЛАР ФОНИДА ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ДИФФЕРЕНЦИАЛ АКУШЕРЛИК ТАКТИКАСИ ВА ПЕРИНАТАЛ НАТИЖАЛАР

¹Нажметдинова Д.Ф. <https://orcid.org/0009-0003-2206-9893> E-mail: amirbek.kh@mail.ru

²Негматуллаева М.Н. <https://orcid.org/0000-0002-7626-0410>
E-mail: nematillayeva.mastura@bsmi.uz

²Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази,
Тошкент ш., Ўзбекистон. Ўзбекистан, Ташкент ш. Мирзо Улугбека кўчаси 132а.

тел +998 (71) 263-78-33 e-mail: info@uzaig.uz

²Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Мақола гипертензия фонида ҳомиладор аёлларни тугдириш усули ва перинатал натижаларини таҳлил қилишга бағишланган. 200 нафар ҳомиладор аёл текширилиб тўрт гуруҳга ажратилди: назорат (n=50), гестацион артериал гипертензия — ГАГ (n=40), сурункали артериал гипертензия — СуАГ (n=35), ўртача озирликдаги преэклампсия (n=75). Назорат гуруҳида барча тугдириш табиий тугрук йўллари орқали, ПЭ гуруҳида эса кесар кесил жараҳлик орқали 40,0 %, индукция эса 22,7 % ни ташкил этди. Муддатидан олдин тугдириш ПЭ гуруҳида 22,7 % қайд этилди, яна 36,0 % ҳолатларда ҳомила гипотрофияси кузатилди. ПЭ билан 14 нафар беморда бачадон бўйинини тугрукка тайёрлаш муолажаси Фолей катетерини қўллаш ёки динопростон гели билан амалга оширилиб, 71,4 % муваффақиятли табиий тугдириш таъминланди. Олинган маълумотлар гипертензив касалликлар фонида ҳомиладорликни бошқаришда индивидуал акушерлик ёндашув ва босқичма-босқич тайёргарлик муҳимлигини тасдиқлайди.

Калит сўзлар: преэклампсия, артериал гипертензия, тугдириш, кесарево сечениеси, Фолей катетери, индукция, перинатал натижа.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

¹Нажметдинова Д.Ф. <https://orcid.org/0009-0003-2206-9893> E-mail: amirbek.kh@mail.ru

²Негматуллаева М.Н. <https://orcid.org/0000-0002-7626-0410>
E-mail: nematillayeva.mastura@bsmi.uz

¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр охраны здоровья матери и ребёнка (Узбекистан) Узбекистан, Ташкент проспект ул Мирзо Улугбека 132а. тел +998 (71) 263-78-33 e-mail: info@uzaig.uz

² Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Работа посвящена анализу методов родоразрешения и перинатальных исходов у беременных с гипертензивными расстройствами. Обследовано 200 беременных, распределённых на четыре группы: контрольную (n=50), с гестационной артериальной гипертензией — ГАГ (n=40), с хронической артериальной гипертензией — ХАГ (n=35) и с умеренной преэклампсией (ПЭ, n=75). В контрольной группе все беременные родоразрешены через естественные родовые пути, тогда как в группе ПЭ частота кесарева сечения составила 40,0 %, а медикаментозная индукция родов потребовалась у 22,7 % пациенток. Досрочное родоразрешение выполнено у 22,7 % беременных с ПЭ; гипотрофия плода выявлена у 36,0 %. У 14 пациенток с умеренной ПЭ и незрелой шейкой матки применена двухэтапная преиндукция родов катетером Фолея и динопростоном, обеспечившая успешное родоразрешение через естественные родовые пути в 71,4 % случаев. Полученные данные обосновывают необходимость индивидуализированной акушерской тактики и этапной подготовки к родам у беременных с гипертензивными расстройствами.

Ключевые слова: преэклампсия, артериальная гипертензия, родоразрешение, кесарево сечение, катетер Фолея, индукция родов, перинатальные исходы.

DIFFERENTIATED OBSTETRIC MANAGEMENT AND PERINATAL OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN WITH HYPERTENSIVE DISORDERS

¹Najmetdinova D.F. <https://orcid.org/0009-0003-2206-9893> E-mail: amirbek.kh@mail.ru

²Negmatullaeva M.N. <https://orcid.org/0000-0002-7626-0410>
E-mail: nematillayeva.mastura@bsmi.uz

¹Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health (Uzbekistan) 132a Mirzo Ulugbek Avenue, Tashkent, Uzbekistan. Tel. +998 (71) 263-78-33
Email: info@uzaig.uz

²Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

The study analyzed delivery methods and perinatal outcomes in pregnant women with hypertensive disorders. A total of 200 women were examined and distributed into four groups: control (n=50); gestational arterial hypertension — GAH (n=40); chronic arterial hypertension — CAH (n=35); and moderate preeclampsia — PE (n=75). All controls were delivered vaginally, whereas caesarean section was required in 40.0 % of PE women and labor induction was needed in 22.7 % of cases. Preterm delivery occurred in 22.7 % of PE patients, with fetal hypotrophy detected in 36.0 %. In 14 women with recurrent moderate PE and an unfavourable cervix, two-step preinduction with a Foley catheter and dinoprostone gel resulted in successful vaginal delivery in 71.4 % of cases. The findings substantiate the need for individualised obstetric management and stepwise cervical preparation in pregnancies complicated by hypertensive disorders.

Keywords: preeclampsia, arterial hypertension, delivery, caesarean section, Foley catheter, labor induction, perinatal outcomes.

Актуальность

Гипертензивные расстройства во время беременности остаются одной из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости как в мировой, так и в отечественной акушерской практике. По данным ВОЗ, на долю преэклампсии (ПЭ), гестационной (ГАГ) и хронической артериальной гипертензии (ХАГ) приходится до 12 % всех беременностей и 16–18 % материнской смертности. В Республике Узбекистан эти состояния занимают второе место в структуре материнской смертности после акушерских кровотечений [1, 2].

Важнейшей практической задачей при ведении беременных с гипертензивными расстройствами является выбор оптимального срока и метода родоразрешения. С одной стороны, чрезмерно раннее родоразрешение приводит к недоношенности, риску синдрома дыхательных расстройств и гипоксически-ишемической энцефалопатии. С другой стороны, пролонгирование беременности без адекватной коррекции гемодинамических нарушений сопровождается прогрессированием плацентарной недостаточности и усугублением риска для матери. Поиск баланса между этими противоположными клиническими задачами требует чётких, патогенетически обоснованных алгоритмов [3, 4].

Отдельного внимания заслуживает вопрос выбора метода подготовки шейки матки у беременных с умеренной ПЭ, у которых возникает необходимость планового родоразрешения при недостаточной готовности родовых путей. Согласно современным клиническим рекомендациям (ACOG 2023, ISSHP 2022), предпочтение отдаётся механическим методам (катетер Фолея) с возможным последующим использованием простагландинов E₂. Однако данные о результатах их применения именно в популяции беременных с гипертензивными расстройствами в условиях Узбекистана ограничены [5, 6].

В связи с этим актуальным представляется комплексный анализ взаимосвязи между клинко-гемодинамическим профилем беременной и выбором акушерской тактики, позволяющий разработать алгоритм дифференцированного родоразрешения и оценить его влияние на перинатальные исходы в условиях перинатальных центров Республики Узбекистан.

Цель работы: оценить эффективность дифференцированной акушерской тактики и проанализировать перинатальные исходы у беременных с различными формами гипертензивных расстройств с учётом индивидуального клинико-гемодинамического профиля.

Материал и методы

Открытое проспективное когортное исследование выполнено с февраля 2023 г. по апрель 2025 г. на клинических базах Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра здоровья матери и ребёнка (г. Ташкент) и кафедры акушерства и гинекологии №2 Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино. Под наблюдением находились 200 беременных в возрасте от 19 до 42 лет (средний возраст — $28,8 \pm 3,7$ года), распределённых в четыре сопоставимые по возрасту и паритету группы:

- контрольная группа — 50 беременных с физиологическим течением гестации;
- беременные с гестационной артериальной гипертензией — 40 пациенток, у которых на фоне антигипертензивной терапии не произошло присоединения преэклампсии;
- беременные с хронической артериальной гипертензией — 35 пациенток с ХАГ без присоединения преэклампсии;
- беременные с умеренной преэклампсией — 75 пациенток, включая 50 женщин с ПЭ на фоне физиологического течения гестации, 10 с присоединением ПЭ на фоне ГАГ и 15 с присоединением ПЭ на фоне ХАГ.

Критерии включения: одноплодная беременность; срок гестации 12–34 недели при первичном обращении; информированное согласие пациентки. Критерии исключения: тяжёлые экстрагенитальные заболевания, антифосфолипидный синдром, многоплодная беременность, пороки развития плода, предлежание плаценты. Диагноз гипертензивных расстройств устанавливался в соответствии с рекомендациями ISSHP (2022) и клиническими протоколами Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Антигипертензивная терапия проводилась по индивидуализированной схеме с использованием метилдопы (допегит, 250 мг 2–3 раза в сутки) и при недостаточной эффективности — блокаторы кальциевых каналов (нифедипин) (10 мг 2 раза в сутки). Целевое АД составляло 130–140/80–90 мм рт. ст. При недостаточной зрелости шейки матки применялась двухэтапная преиндукция родов: сначала катетер Фолея на 18–24 часа, затем (при отсутствии спонтанной родовой деятельности) — динопростоновый гель 3 мг интравагинально.

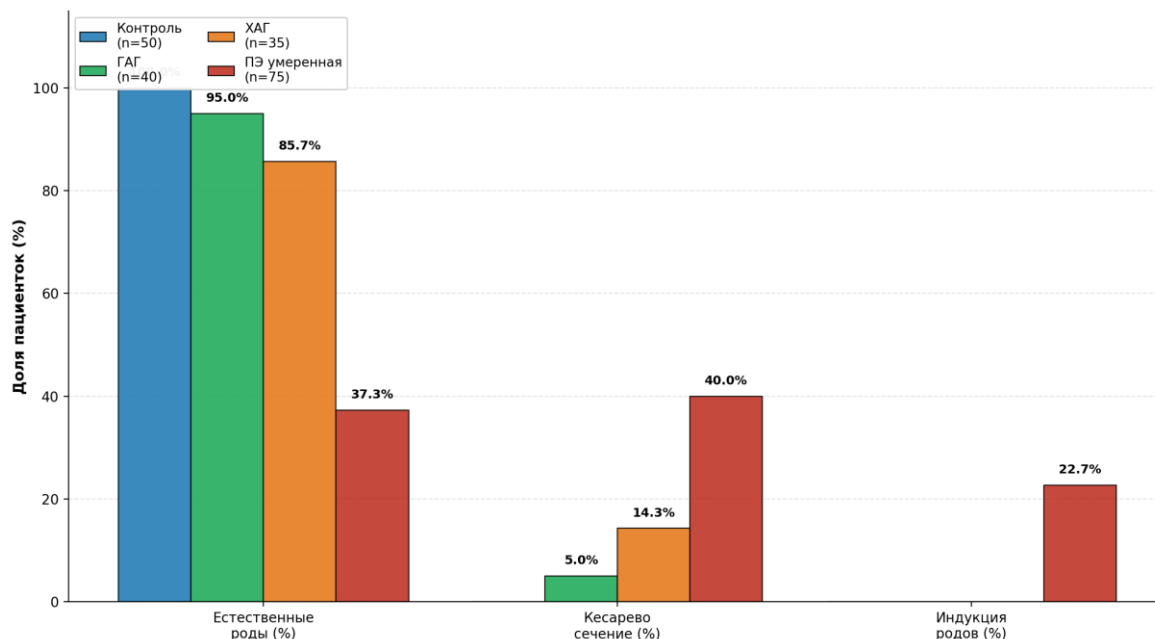
У всех обследуемых оценивались: срок и метод родоразрешения, объём интраоперационной кровопотери, частота преждевременных родов, частота гипотрофии плода, оценка новорождённого по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах, частота гипоксически-ишемической энцефалопатии и необходимости перевода в отделение интенсивной терапии новорождённых. Показаниями к плановому оперативному родоразрешению служили: прогрессирующее ухудшение показателей центральной и регионарной гемодинамики матери, нарастание протеинурии, признаки острого внутриутробного дистресса плода, критические показатели кровотока в сосудах фетоплацентарного комплекса.

Статистическая обработка результатов выполнена в программах IBM SPSS Statistics 26.0 и MedCalc 20.0. Количественные переменные представлены в виде $M \pm m$. Достоверность межгрупповых различий оценивалась по критерию Стьюдента и критерию хи-квадрат для относительных величин. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Протокол исследования одобрен этическими комитетами обоих учреждений.

Результат и обсуждения

Анализ сроков и методов родоразрешения в исследуемых группах выявил выраженную зависимость акушерской тактики от формы гипертензивного расстройства и степени его клинической манифестации (рис. 1). В контрольной группе все 50 беременных были родоразрешены через естественные родовые пути в сроке гестации 38–39 недель без осложнений. В группе ГАГ естественные роды также преобладали: 38 (95,0 %) пациенток родоразрешены консервативно, у 2 (5,0 %) произведено кесарево сечение по поводу неудовлетворительного прогресса родов. В группе ХАГ частота оперативного родоразрешения несколько возросла: 5 (14,3 %) из 35 пациенток потребовали кесарева сечения (3 случая — неудовлетворительный прогресс родов, 2 — острый дистресс плода на фоне хронической плацентарной недостаточности).

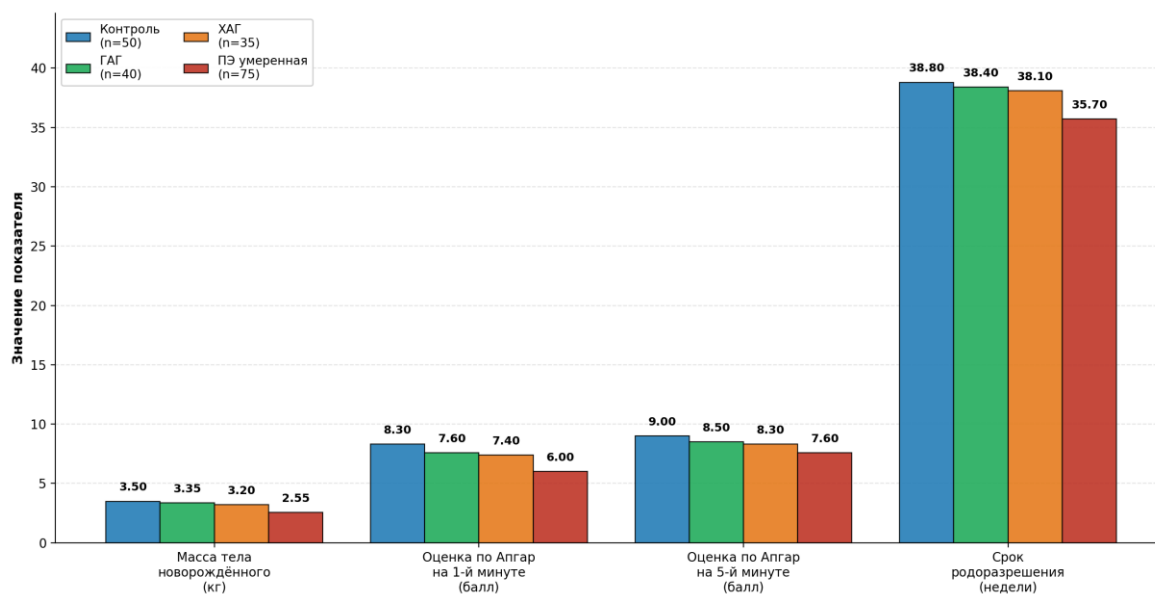
Рис. 1. Распределение методов родоразрешения в исследуемых группах



Принципиально иная картина наблюдалась в группе беременных с умеренной преэклампсией. Из 75 пациенток естественные роды произошли лишь у 28 (37,3 %), кесарево сечение — у 30 (40,0 %), а индукция родов с применением катетера Фолея и/или динопростона потребовалась у 17 (22,7 %). При этом досрочное родоразрешение (33–34 недели гестации) выполнено у 17 (22,7 %) беременных с ПЭ в связи с неэффективностью проводимой терапии и нарастанием гемодинамических нарушений: 8 (47,0 %) — пациентки с ПЭ на фоне физиологической гестации, 6 (35,2 %) — с ПЭ на фоне ГАГ, 3 (17,8 %) — с ПЭ на фоне ХАГ.

Перинатальные исходы у новорождённых демонстрировали отчётливый градиент тяжести, соответствующий клиническому профилю матерей (рис. 2). Средняя масса новорождённых в контрольной группе составила 3500 ± 250 г при сроке родоразрешения $38,8 \pm 0,5$ недель, в группе ГАГ — 3350 ± 150 г ($38,4 \pm 0,6$ недель), в группе ХАГ — 3200 ± 200 г ($38,1 \pm 0,7$ недель), а в группе ПЭ — 2550 ± 350 г (срок родоразрешения — $35,7 \pm 2,1$ недели; $p < 0,001$). Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте составила $8,3 \pm 0,4$ балла в контроле против $6,0 \pm 1,2$ балла в группе ПЭ ($p < 0,001$); на 5-й минуте — $9,0 \pm 0,3$ против $7,6 \pm 0,8$ балла соответственно ($p < 0,01$).

Рис. 2. Перинатальные исходы у новорождённых в исследуемых группах

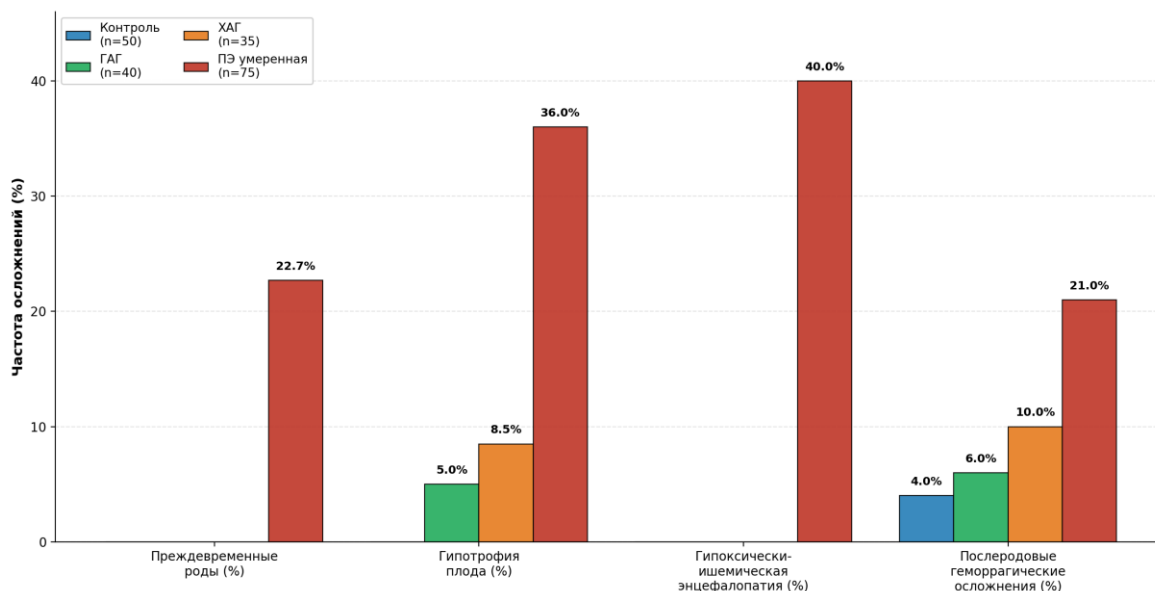


Частота акушерских и перинатальных осложнений также подтверждала клиническую значимость формы гипертензивного расстройства (рис. 3). Гипотрофия плода зарегистрирована



в 5,0 % случаев при ГАГ, в 8,5 % — при ХАГ и в 36,0 % — при ПЭ. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорождённых развилась в 40,0 % случаев в группе ПЭ и не зарегистрирована в остальных группах. Послеродовые геморрагические осложнения отмечались с частотой 4,0 % в контроле, 6,0 % — при ГАГ, 10,0 % — при ХАГ и 21,0 % — при ПЭ ($p < 0,001$ для группы ПЭ относительно контроля). Преждевременные роды зарегистрированы исключительно в группе ПЭ — у 17 (22,7 %) пациенток.

Рис. 3. Перинатальные и материнские осложнения в исследуемых группах



Особое клиническое значение приобрёл анализ исходов индукции родов у 14 пациенток с рецидивирующими признаками умеренной ПЭ в сроке 36–37 недель гестации и недостаточной зрелостью шейки матки (рис. 4). Первым этапом всем пациенткам устанавливался катетер Фолея с последующей тракцией в течение 18–24 часов. У 6 (42,8 %) из них после удаления катетера развилась самостоятельная регулярная родовая деятельность, завершившаяся физиологическими родами в течение $10,12 \pm 0,42$ часа. Средняя кровопотеря в этой подгруппе составила $190,0 \pm 25,0$ мл, средняя масса новорождённых — 2850 ± 250 г, оценка по шкале Апгар на 1-й минуте — $5,98 \pm 0,12$ балла, на 5-й — $7,96 \pm 0,25$ балла.

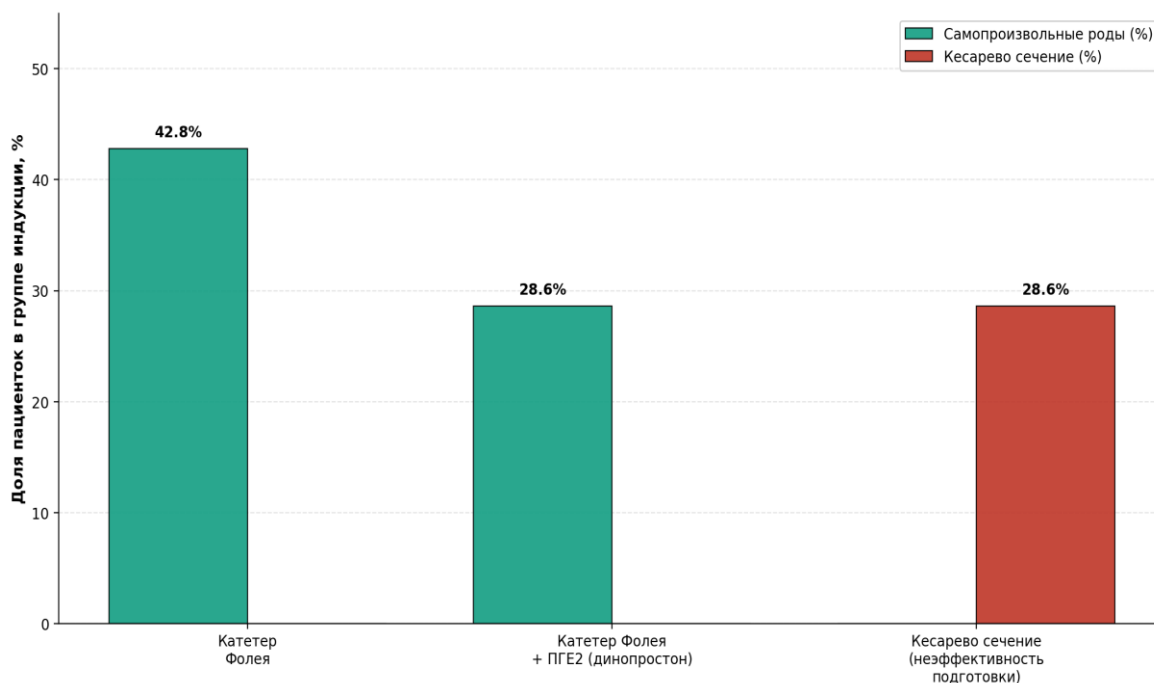
У оставшихся 8 пациенток родовая деятельность самостоятельно не развилась, в связи с чем вторым этапом применялся динопростоновый гель (3 мг) интравагинально. У 4 (28,6 %) пациенток в течение последующих 12–24 часов развилась спонтанная родовая деятельность, завершившаяся естественными родами. У оставшихся 4 (28,6 %) беременных двухэтапная преиндукция оказалась неэффективной — потребовалось оперативное родоразрешение путём кесарева сечения. Таким образом, общая эффективность двухэтапной преиндукции в достижении родов через естественные родовые пути составила 71,4 % (10 из 14 пациенток).

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что в подгруппе с тяжёлыми нарушениями гемодинамики и критическими показателями фетоплацентарного кровотока (ИР средней мозговой артерии плода $\geq 0,80$, отсутствие диастолического кровотока в пупочной артерии) всем пациенткам выполнялось экстренное оперативное родоразрешение. Выбор регионарной (эпидуральной) анестезии при плановом кесаревом сечении позволял уменьшить потенциально неблагоприятное воздействие общего наркоза на сердечно-сосудистую систему матери и плода. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила $25,5 \pm 5,1$ минуты, объём кровопотери — $500,0 \pm 150,0$ мл.

Результаты настоящего исследования находят подтверждение в данных международных публикаций. Так, в исследовании ARRIVE (2018) показано, что при осложнённой беременности двухэтапная преиндукция с использованием механических методов и простагландинов E2 обеспечивает частоту вагинальных родов до 75 % без увеличения перинатальных рисков [7]. Систематический обзор J. Thomas и соавт. (2023) подтвердил, что катетер Фолея при умеренной ПЭ имеет сопоставимую эффективность с простагландинами при меньшем риске

гипертонических осложнений матери [8]. Полученные нами данные согласуются с этими результатами и обосновывают включение двухэтапной преиндукции в стандартный протокол ведения беременных с умеренной ПЭ в условиях перинатальных центров Республики Узбекистан.

Рис. 4. Исходы индукции родов у пациенток с умеренной ПЭ и незрелой шейкой матки (n=14, срок гестации 36-37 недель)



Ограничения исследования. Выборка включала 200 беременных из двух клинических баз, что ограничивает возможность экстраполяции результатов на всю популяцию страны. В дальнейшем планируется многоцентровое проспективное исследование с оценкой отдалённых перинатальных исходов и долгосрочного состояния новорождённых до 1 года жизни.

Заключение

1. Метод и срок родоразрешения у беременных с гипертензивными расстройствами напрямую определяются клинической формой патологии: в контрольной группе и группе ГАГ преобладают естественные роды в доношенном сроке (95–100 %), тогда как в группе умеренной преэклампсии частота кесарева сечения достигает 40,0 %, а досрочного родоразрешения — 22,7 %.

2. Перинатальные исходы демонстрируют отчётливый градиент тяжести: средняя масса новорождённых снижается с 3500 ± 250 г в контроле до 2550 ± 350 г в группе ПЭ, оценка по шкале Апгар на 1-й минуте — с $8,3 \pm 0,4$ до $6,0 \pm 1,2$ балла ($p < 0,001$), а частота гипоксически-ишемической энцефалопатии достигает 40,0 % в группе ПЭ при отсутствии подобных нарушений в остальных группах.

3. Двухэтапная преиндукция родов с применением катетера Фолея и динопростонного геля у беременных с прогрессирующей умеренной ПЭ и недостаточной зрелостью шейки матки обеспечивает успешное родоразрешение через естественные родовые пути в 71,4 % случаев, что обосновывает её включение в стандартный клинический протокол.

4. Дифференцированная акушерская тактика, основанная на индивидуальной оценке клинико-гемодинамического профиля беременной, эффективности антигипертензивной терапии и состояния фетоплацентарной системы, позволяет минимизировать неблагоприятные перинатальные исходы и оптимизировать выбор метода и срока родоразрешения у женщин с гипертензивными расстройствами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Расул-Заде Ю.Г., Мелиева Д.А., Арзикулов А.Ш. Демографические и циркулирующие факторы у беременных с ранней и поздней преэклампсией. *Международный журнал научной педиатрии*. 2024;(2):45–52.
2. Каримов А.Х., Ан Р.Н. Современные аспекты диагностики гипертензивных расстройств при беременности в условиях Республики Узбекистан. *Тиббиётда янги кун*. 2024;2(58):98–105.
3. Chappell LC, Cluver CA, Kingdom J, Tong S. Pre-eclampsia. *Lancet*. 2021;398(10297):341–354. doi:10.1016/S0140-6736(20)32335-7.
4. Magee LA, Brown MA, Hall DR, Gupte S, Hennessy A, Karumanchi SA, et al. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis and management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens*. 2022;27:148–169. doi:10.1016/j.preghy.2021.09.008.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 222: Gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2020;135(6):e237–e260. doi:10.1097/AOG.0000000000003891.
6. Адамян Л.В., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е. и др. Преэклампсия. Эклампсия. Клинические рекомендации. *Проблемы репродукции*. 2023;29(4):6–54.
7. Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, Tita ATN, Silver RM, Mallett G, et al. Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. *N Engl J Med*. 2018;379(6):513–523. doi:10.1056/NEJMoa1800566.
8. Thomas J, Fairclough A, Kavanagh J, Kelly AJ. Vaginal prostaglandin for induction of labour at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;4:CD003101. doi:10.1002/14651858.CD003101.pub4.
9. Tita ATN, Szychowski JM, Boggess K, Dugoff L, Sibai B, Lawrence K, et al. Treatment for mild chronic hypertension during pregnancy. *N Engl J Med*. 2022;386(19):1781–1792. doi:10.1056/NEJMoa2201295.
10. Сидорова И.С., Никитина Н.А. Преэклампсия: клинико-патогенетические формы и особенности ведения. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2023;23(3):5–13.
11. Staff AC. The two-stage placental model of preeclampsia: an update. *J Reprod Immunol*. 2023;155:103819. doi:10.1016/j.jri.2022.103819.
12. Najmetdinova D.F., Negmatullaeva M.N. Тактика ведения беременных с артериальной гипертензией в Республике Узбекистан. *Репродуктивная медицина (Центральная Азия)*. 2024;5(3):41–49.
13. Negmatullaeva M.N., Tuksanova D.I., Akhmedov F.K. Современные критерии ранней диагностики и дифференцированной тактики ведения септических состояний в акушерстве. *Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья*. 2021;(3-4):64–71.
14. Sadikova H, Eshimbetova G, Musakhodjaeva D. Течение беременности и перинатальные исходы при преэклампсии. *Международный журнал научной педиатрии*. 2024;(3):78–84.

Поступила 20.03.2026