

ORIENTAL JOURNAL OF MEDICINE AND NATURAL SCIENCES

Open Access, Peer Reviewed Journal

Scientific Journal



- Medicine
- Pharmaceuticals
- Biology
- Chemistry
- Geology
- Agriculture



+998 33 0178868



www.innoworld.net



**INNOVATIVE
WORLD**

**ORIENTAL JOURNAL OF
MEDICINE AND NATURAL SCIENCES**

**Volume 2, Issue 2
2025**

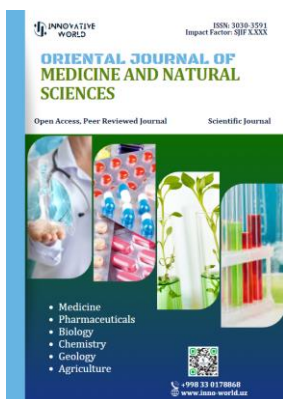
Journal has been listed in different indexings



The official website of the journal:

www.innoworld.net

Andijon-2025



УДК: 618.53-06- 07:618.3

К вопросу исхода беременности при преэклампсии

Адизова Сарвиноз Ризокуловна
Бухарский государственный медицинский
институт имени Абу Али ибн Сина
<https://orcid.org/0009-0001-9976-4865>

Резюме: В наших исследованиях изучено факторы предрасполагающие к развитию преэклампсии, течение беременности и родов у женщин с гипертензивными расстройствами. Проведён ретроспективный анализ истории беременности и родов женщин, у которых беременность осложнилась гипертензивными состояниями, предоставленных Областным Перинатальным центре (ОПЦ) города Бухары за 2021-2022г.

Ключевые слова: преэклампсия, гипертензия, роды

Resume: In this research, we studied factors predisposing to the development of preeclampsia, the course of pregnancy and childbirth in women with hypertensive disorders. Retrospective analysis of the history of childbirth of women in which pregnancy was complicated by hypertensive condition provided by the regional perinatal center of the city of Bukhara for 2021-2022y.

Key words : preeclampsia, hypertension, childbirth

Актуальность проблемы преэклампсии (ПЭ) обусловлена ее относительно высокой частотой, не имеющей тенденции к снижению. В настоящее время, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ПЭ в среднем осложняет течение 2,2% беременностей, есть тенденция роста частоты ее встречаемости независимо от экономического развития страны. Материнская смертность от ПЭ и эклампсии достигает 1,8% в развитых странах и 14,0% в развивающихся. Резервами снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности являются прогнозирование, доклиническая диагностика, профилактика преэклампсии и её осложнений. В настоящее время не вызывает сомнения, что выбор наиболее оптимального метода ведения беременности и родов невозможен без учета степени акушерского и перинатального риска[1,2].

Клинические проявления преэклампсии развиваются после 20 недель беременности и присущи только женщине во время беременности и родов. Преэклампсия представляет собой прогрессирующее осложнение беременности, формы проявления

которой могут быть самыми различными, равно как и темпы нарастания клинических симптомов, поэтому прогнозировать дальнейший ход ее развития не всегда возможно. Единственным радикальным методом терапии данного осложнения беременности является родоразрешение[4,8].

Соматические заболевания, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез могут оказать влияние на инициальное звено патогенеза преэклампсии, которое возникает и разворачивается в маточно-плацентарной области. Недостаточная инвазия цитотрофобласта и неполная гестационная перестройка спиральных и радиальных артерий являются причиной снижения маточно-плацентарного кровотока, что приводит к последующему развитию плацентарной ишемии. Неадекватная плацентация, нарастающая ишемия плацентарной ткани могут спровоцировать выброс цитотоксических факторов, которые вызывают эндотелиоз микроциркуляторного русла органов-мишеней. Создается дисбаланс вазоактивных веществ, в результате чего развивается симптомокомплекс преэклампсии. Проникновение в организм матери одного или нескольких факторов, разрушающих сосудистые эндотелиальные клетки, обуславливает дисфункцию многих систем организма, развитие органной недостаточности и неблагоприятный исход как для матери, так и для плода[3,5,9].

На фоне артериальной гипертензии часто развиваются плацентарная недостаточность и синдром задержки роста плода, значительно увеличивается риск отслойки плаценты, отслойки сетчатки, эклампсии, внутримозговых кровоизлияний, массивных коагулопатических кровотечений. В последующие годы жизни женщины, у которых беременность протекала с гипертензионным синдромом, чаще страдают сердечно-сосудистыми и эндокринными заболеваниями, у их детей повышен риск различных метаболических и гормональных нарушений, а также сердечнососудистой патологии [6,7,10].

Учитывая высокие показатели материнской и перинатальной смертности, развитие грозных и тяжёлых осложнений при преэклампсии, было решено провести настоящее исследование.

Цель исследования: изучение факторов, предрасполагающих к развитию преэклампсии, течение беременности и родов у женщин с гипертензивными расстройствами.

Материалы и методы исследования: Проведён ретроспективный анализ истории родов женщин, у которых беременность осложнилась гипертензивными состояниями, в период с 2021 г. по 2022 г, предоставленных Областном Перинатальным центре города Бухары.

Диагностическими критериями легкой и тяжёлой преэклампсии являлись повышение артериального давления ($\geq 140/90$ мм рт. ст. и

$\geq 160/110$ мм рт. ст., соответственно), суточная протеинурия или сочетание одного, или нескольких угрожающих симптомов, таких как сильные постоянные головные боли, боли в эпигастрии, олигурия, нарушение зрения, одышка, а при эклампсии – судороги.

Материалы для исследования включали медицинскую документацию пациенток, результаты лабораторных анализов (общий анализ крови и биохимический анализ крови), ультразвуковые заключения и данные различных анализов мочи на наличие белка.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ STATISTICA 6.0 (StatSoft, США) и MS Excell 2007. Количественные данные представлены в виде средних значений (M) плюс-минус стандартное отклонение ($\pm SD$) в случае близкого к нормальному распределения признака.

Результаты исследования: За 2021-2022 год в ОПЦ было 6273 родов. Из них роды осложнённые с преэклампсией тяжелой степени у 358 (5.7%) рожениц, с преэклампсией легкой степени у 72 (1.1%). Общие количество преэклампсии у 430 беременных, которые составили 6.8% от общих родов. Гестационная гипертензия установлено у 276 (4.4 %) женщин, только у одной женщины отмечалось эклампсия. 73 (11,6%) у беременных в стационаре гестационная гипертензия перешла в преэклампсию тяжелой степени. 81 беременные с легкой преэклампсией перешли в преэклампсию тяжелой степени на фоне консервативной терапии. У 1 (0,16%) беременных преэклампсия тяжелой степени осложнилась эклампсией.

Анализ возникновения гипертензивных нарушений преэклампсии тяжелой и легкой степени в зависимости от возраста пациенток, которые разделены на возрастные группы, представлен в таблице 1. Полученные данные показали, что гипертензивные нарушения в виде преэклампсии имеют тенденцию развития у молодых беременных женщин (в возрастной группе от 23 до 29 лет), следовательно, молодые женщины больше подвержены гипертензивным состоянием.

Таблица № 1. Возникновение преэклампсии в зависимости от возраста

Возраст беременной	Кол-во случаев	%
17-22	22	4
23-29	267	57.6
30-34	98	26.4
35 и более	43	8.2
Итого	430	100

Как видно из данной таблицы 57,6 % женщин возраст в среднем составил $25,5 \pm 1,9$, и 26,4% женщины возрасте от 30 до 34 лет.

У женщин с преэклампсией из соматических заболеваний часто развивалась анемия различной степени у 339 (79 %), заболевания сердца у 8 (1,2%), почек (ИМТ) у 103 (24%) и заболевание печени у 13 (3%), гипертензия и диабеты в 9 (2%) случаев. Как видно, эти факторы могут быть признаны как относительно предрасполагающие факторы возникновения гипертензивных нарушений.

При изучении введение родов, было отмечено всего вагинальных родов с преэклампсией тяжелой степени 136 (38.0%) случаев. Обезболивание в родах центральными анальгетиками у 115 женщин, и обезболивание методом эпидуральной анестезии у 21 рожениц.

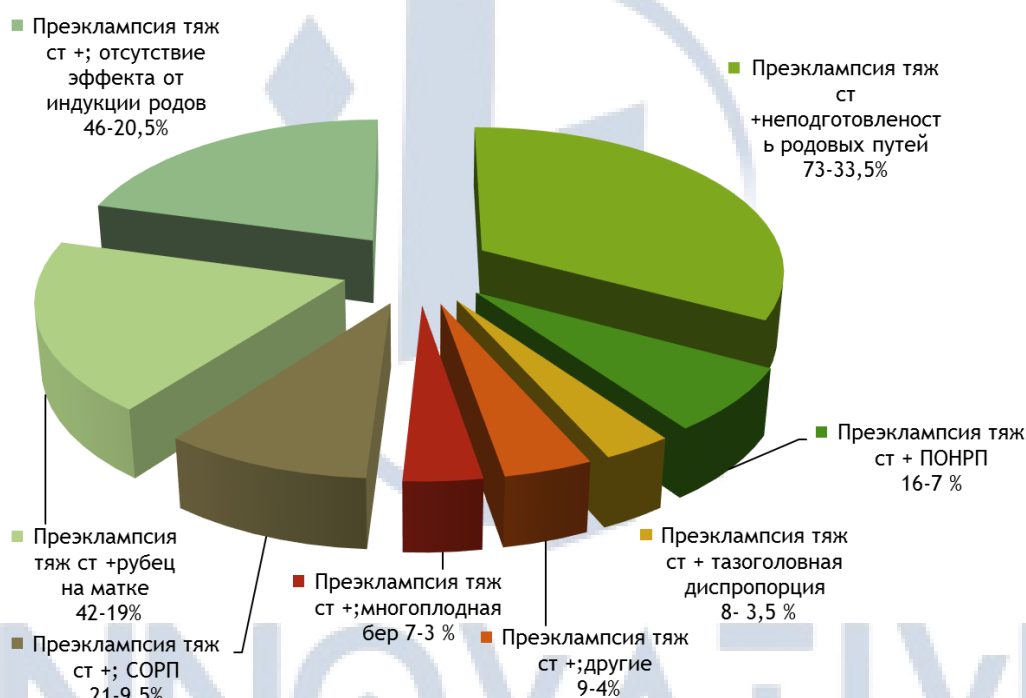


Рисунок №1 Показание к оперативному родоразрешению у женщин с тяжелой преэклампсией

Оперативные родоразрешение при преэклампсии тяжелой степени было у 222 (62%) рожениц. Показаниями к оперативным родоразрешением было следующие: Отсутствие эффекта от индукции родов у 46 (20,5%), неподготовленность родовых путей у 73 (33,5%) женщин, рубец на матке и преэклампсия тяжелой степени 42(19%), у 21(9.5%) беременных выявлено синдром отставание роста плода(СОРП) это тоже было показанием для оперативных родоразрешение со стороны плода, у 16 рожениц преэклампсия тяжелой степени осложнилась преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП) что требовало urgentную лапаротомию.

Осложнения у матерей при тяжелой преэклампсии наблюдалось у 37(8.6%) женщин, из них преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 16(3.7%), Послеродовые кровотечения 14(3.6%) ДВС 3 (0.7%) Эклампсия 1 (0.2%) HELLP-синдром 2(0.46%).

Беременные с преэклампсией тяжелой степени все госпитализированы в реанимационное отделение. На фоне магнезиальной терапии развился приступ эклампсии у одной женщины. Также ПЭ тяжелой степени осложнилась HELLP синдромом у 2 женщин. После стабилизации состояния беременная родоразрешена путём операции кесарева сечения с перевязкой 2х пар сосудов. Во время операции развился ДВС синдром. Произведена гемо и плазматрансфузия. В послеродовом периоде продолжалась магнезиальная терапия (48 часов) и антигипертензивная терапия. Родильница через месяц выписана домой с ребёнком.

Вывод: учитывая данные ретроспективного анализа было выявлено что предрасполагающими факторами развития преэклампсии явилось различные соматические заболевания как анемия, заболевание почек, которые часто наблюдались в раннем репродуктивном возрасте. Наиболее частые осложнениями преэклампсии явилось ПОНРП, послеродовые кровотечения, ДВС и HELLP синдром. Из методов родоразрешения оперативные роды составили 62%, самостоятельные роды через естественные родовые пути 38.0%, наиболее частыми показаниями к оперативным родам были тяжелая преэклампсия при неподготовленности родовых путей, рубец на матке, СОРП и ПОНРП. Таким образом своевременное прогнозирование ранних осложнений во время беременности и в предгравидарном периоде приводит к уменьшению развития преэклампсии и его акушерских и перинатальных осложнений.

Литература:

1. Ахмад Шафик Фарид, Мухаммад Хасан Фарид «Клинические особенности и факторы риска развития преэклампсии и эклампсии у женщин в условиях Афганистана» научно-медицинский журнал «Вестник Авиценны» №4, октябрь-декабрь 2014
2. Адизова С. Р., Ихтиярова Г. А. Морфологическая характеристика плаценты у женщин с преэклампсией //Новый день в медицине. – 2020. – №. 2. – С. 26-30.
3. Адизова С. (2023). Biokimyoviy markyorlarning preeklampsiya istiqbolini belgilashdagi o'rni. Journal of Experimental Studies, 1(11), 34-41.
4. Ikhtiyarova G.A., Ashurova N.G., Tosheva I.I. "Pregravidary preparation of women with a high group of perinatal risks and inflammatory

- diseases of the genitals" European Journal of research 9 -10 IFS3.8p53-62
5. Сюндюкова, Б.И. Медведев, С.Л. Сашенков, Л.Ф.
«Гистоморфологические особенности плаценты при
преэклампсии». Медицинский вестник Башкортостана. Том 9, № 5,
2014
 6. Шарафетдинов М. , Мазитов А «Ассоциация полиморфизма генов
некоторых провоспалительных цитокинов с риском развития
преэклампсии» Практическая медицина 1 (86) январь 2015г
 7. Jim B., Sharma S., Kebede T., Acharya A. Hypertension in pregnancy: a
comprehensive update. *cardiol. Rev.* 2010 Jul-Aug; 18 (4):178-89
 8. Karthikeyan V.J., Lip G.Y. Endothelial damage/dysfunction and
hypertension in pregnancy. *Front. Biosci. (Elite Ed).* 2011 Jun 1; 3:
1100-8.
 9. Lazdam M., Davis E.F., Lewandowski A.J., Worton S.A. et al. Prevention of
Vascular Dysfunction after Preeclampsia: A Potential Long-Term
Outcome Measure and an Emerging Goal for Treatment. *Journal of
Pregnancy.* 2012, Article ID 704146, 8 p.
 10. Ruby Aggarwal, "Arun Kumar Jain Association of pro- and
anti-inflammatory cytokines in preeclampsia" *Journal Clin Lab Anal.*
2019;e22834

INNOVATIVE
WORLD