



ISSN 2729-8043



INTERNATIONAL JOURNAL OF
ORIGINAL MEDICINE

Original Medicine. Volume 2 Issue 2 2023

ISSN 2729-8043

[Impact Factor Search 5](#)

<https://www.original-medicine.eu/>

Original Medicine is an open-access publication, providing authors with continuous publication of original research across a broad spectrum of medical, scientific disciplines and sub-specialties. The Original Medicine review process emphasizes submissions' scientific, technical and ethical validity. Novelty or potential for impact is not considered during the manuscript's evaluation or adjudication.

Editorial board

Surendar Veeramani Internal Medicine

Parpibayeva Dinora Ayupovna Tashkent Medical Academy

Zastrozhina S.S. (Pharmacology, clinical pharmacology; 01/14/27 - Narcology)

Zubov E. Yu. (Phthisiology; 14.01.06 - Psychiatry)

McKee L. Professor School of Hygiene & Tropical Medicine

Mikhailova A. Manchester Clinical Trials

Dr. Kuryazova Saodat Matkarimovna Tashkent Medical Academy

Dr. Ergasheva Nigora Nasriddinovna Tashkent Pediatric Medical Institute

Dr. Esamuratov Aybek Ibragimovich Urganch branch of the Tashkent Medical Academy

Dr. Bakhridinov Shakhobidin Tashkent Medical Academy

Dr. Akhrarova Feruza Makhmudjanovna Tashkent Pediatric Medical Institute

Dr. Akhrarova Nigora Abdugaparovna Tashkent Pediatric Medical Institute

Dr. Alimukhamedova Mavjuda Tashkent Medical Academy

Manuscripts typed on our article template can be submitted through our website here. Alternatively, authors can send papers as an email attachment to info@original-medicine.eu

Original Medicine.

ISSN 2729-8043 <https://www.original-medicine.eu>

Michalská 2, Bratislava, Slovakia, 81121

E-mail: info@original-medicine.eu

**ТАКТИКА ВЫБОРА МЕТОДА РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ
ТЯЖЕЛОЙ
ПРЕЭКЛАМПСИИ**

Ходжаева Д.Н.

Республика Узбекистан, Ташкент, Ташкентская Медицинская Академия

Резюме

Цель. Провести сравнительный анализ состояния родильниц, перенесших тяжелую преэклампсию, в зависимости от вида родоразрешения.

Материал и методы. Проведено комплексное клинико-биохимическое обследование 60 беременных женщин со сроком беременности 28-40 недель, осложненной тяжелой преэклампсией, у 30 из них было проведено абдоминальное родоразрешение, у остальных 30 – через естественные родовые пути. Контрольную группу составили 20 беременных с физиологическим течением беременности того же срока.

Выводы: Ведение беременных с тяжелой преэклампсией требует индивидуального подхода. Для выбора времени и способа родоразрешения первостепенное значение имеет проведение всесторонней многофакторной оценки исходного состояния матери, наличия осложнений, эффективности проводимой терапии.

Ключевые слова: родоразрешение, кесарево сечение, преэклампсия.

**TACTICS FOR CHOOSING A METHOD OF DELIVERY IN SEVERE
CASES OF PREECLAMPSIA**

Khodzhaeva D.N.

Republic of Uzbekistan, Tashkent, Tashkent Medical Academy

Summary

Target. To conduct a comparative analysis of the condition of postpartum women who have suffered severe preeclampsia, depending on the type of delivery.

Material and methods. A comprehensive clinical and biochemical examination was carried out on 60 pregnant women with a gestational age of 28-40 weeks, complicated by severe preeclampsia, 30 of them had abdominal delivery, the remaining 30 - through the natural birth canal. The control group consisted of 20 pregnant women with a physiological pregnancy of the same period.

Conclusions: Management of pregnant women with severe preeclampsia requires an individual approach. To select the time and method of delivery, it is of primary importance to conduct a comprehensive multifactorial assessment of the initial condition of the mother, the presence of complications, and the effectiveness of the therapy.

Key words: delivery, caesarean section, preeclampsia.

Проведено комплексное клиничко-биохимическое обследование 60 беременных женщин со сроком беременности 28-40 недель, осложненной тяжелой преэклампсией, у 30 из них было проведено абдоминальное родоразрешение, у остальных 30 – через естественные родовые пути. Контрольную группу составили 20 беременных с физиологическим течением беременности того же срока.

Проблема этиологии и патогенеза преэклампсии не решена до настоящего времени, что усложняет своевременную диагностику, оценку степени тяжести и проведение профилактических мероприятий. Эклампсия является ведущей среди причин материнской и перинатальной смертности, связанных с осложнением беременности. По данным различных авторов она составляет в мире 12%, а в развивающихся странах этот показатель достигает 30% [3]. Перинатальная смертность составляет около 10% , а материнская смертность встречается от 10% до 15% [4,6,7,8,9]. Во всем мире от 1,5 до

восемью миллионами женщин развивается преэклампсия и от 40000 до 60000 женщин умирают ежегодно в результате преэклампсии [5].

В Узбекистане, как во многих других странах мира, среди причин материнской смертности преэклампсия и эклампсия занимает одно из ведущих трех мест, периодически уступая первенство кровотечениям и септическим осложнениям, и составляет 15,4% [2].

Цель. Провести сравнительный анализ состояния родильниц, перенесших тяжелую преэклампсию, в зависимости от вида родоразрешения.

Материал и методы. Проведено комплексное клинико-биохимическое обследование 60 беременных женщин со сроком беременности 28-40 недель, осложненной тяжелой преэклампсией, у 30 из них было проведено абдоминальное родоразрешение, у остальных 30 – через естественные родовые пути. Контрольную группу составили 20 беременных с физиологическим течением беременности того же срока.

Лечение беременных проводилось в соответствии с Республиканским клиническим руководством по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности (Ташкент, 2007). Индукцию родов осуществляли с помощью вагинального введения простагландина E₂, затем при положительной динамике и зрелой шейке матки проводили амниотомию и в случае отсутствия в течение 2 часов или непродуктивной родовой деятельности индуцировали роды, используя окситоцин. Показаниями к родоразрешению путем кесарева сечения были:

- неэффективность терапии в первые 12 часов,
- прогрессирование симптомов преэклампсии,
- Симптомы осложнений: олигоурия, неврологические симптомы (эклампсия, головная боль, изменение зрения, приступ, инсульт, слепота), развитие гемолиза, повышение уровня ферментов печени, тромбоцитопения (синдром HELLP),

- акушерские показания (ПОНРП, рубец на матке, диспропорция таза и головки плода, неправильные положения плода, перенашивание и др.),
- отягощенный акушерский и гинекологический анамнез (бесплодие, самопроизвольные аборты, неразвивающаяся беременность, антенатальная потеря плода),
 - отсутствие эффекта от проводимого родовозбуждения,
 - тазовое предлежание плода менее 30 недель,
 - срок беременности менее 36 недель,
 - материнское желание,
 - возраст женщины (1 роды старше 28 лет, роды после 36 лет),
 - паритет (4 и более роды),
 - отсутствие готовности родовых путей для родоразрешения через естественные родовые пути, особенно до 30 недель
 - неэффективность родовозбуждения и родостимуляции,
 - ЗВУР плода,
 - наличие признаков внутриутробного страдания плода: ухудшение параметров маточного и фетоплацентарного кровотока.

Лапаротомию производили по методу Joel-Cohen (1972). Кесарево сечение производили по Штарку под перидуральной анестезией.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что после абдоминального родоразрешения у большинства пациенток в раннем послеродовом периоде сохранялись тяжелые и средние клинические проявления, такие как головные боли, слабость, протеинурия, повышение артериального давления. После вагинального родоразрешения частота этих проявлений была значительно ниже. Через месяц после родов у женщин, прошедших абдоминальное родоразрешение, сохранялись головные боли у 88%, протеинурия у 50%, повышение артериального давления у 48% и 40%

пациенток. В то время как у женщин, прошедших родоразрешение через естественные пути, головные боли и слабость выявлены лишь у 18% и 30% женщин. Протеинурия, повышение артериального давления не зарегистрированы. Оперативное вмешательство снижает адаптивные возможности организма беременных, что проявляется более продолжительным сохранением клинических симптомов.

В раннем послеоперационном периоде имеющиеся нарушения выделительной функции почек еще больше усугубляются и сохраняются значительное время после операции. В отличие от них, при естественном родоразрешении нарушение выделительной функции почек более рано восстанавливается и на 5-7 сутки после родов биохимические показатели мочи не отличаются от нормы. Следовательно, можно сказать, что после кесарева сечения компенсаторные возможности организма женщин, перенесших тяжелую преэклампсию, еще больше усугубляются, восстановление их протекает медленно. Это диктует необходимость постоянного контроля за состоянием родильниц и проведения реабилитационных мероприятий.

Выводы. Ведение беременных с тяжелой преэклампсией требует индивидуального подхода. Для выбора времени и способа родоразрешения первостепенное значение имеет проведение всесторонней многофакторной оценки исходного состояния матери, наличия осложнений, эффективности проводимой терапии.

Литература.

1. Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности, Ташкент, 2007.- 63 с.
2. Расульзаде Ю.Г., Гафаров Ф.Б.Репродуктив анамнезида преэклампсия ва эклампсия булган аёлларда хомиладорлик.//Узб. Тиббиет ж.- 2004.-№5.-С.78-83.

3. Bozhenova S., Poroshanova V., Sampat D. Delinery and perinatal aspects of pregnant women with pre-eclampsia-eclampsia.-//Akusherstvo I Ginecologia.-2004.-Vol.43 (7).- P.3-9.
4. Pallasmaa N et al.The impact of maternal obesity, age, pre-eclampsia and insulin dependent diabetes on severe maternal morbidity by mode of delivery-a register-based cohort study.// Arch Gynecol Obstet. 2014 Aug 13.
5. Pre-eclampsia.//Nurs Times.-2005.- Vol. 101 (40).-P.27.
6. Safe Motherhood Initiative. Maternal safety bundle for severe hypertension in pregnancy, November 2015. [https://www.acog.org/-/media/Districts/District-II/Public/SMI/v2/HTNSlideSet Nov2015Updated.pdf](https://www.acog.org/-/media/Districts/District-II/Public/SMI/v2/HTNSlideSet%20Nov2015Updated.pdf) mc=1&ts= 20161117T1126427528 (Accessed on November 20, 2016).
7. Sheikhi A. M. Small H. Y., Currie G., Delles Ch.Systematic Review of Micro-RNA Expression in Pre-Eclampsia Identifies a Number of Common Pathways Associated with the Disease. Published: August 16, 2016 <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.016080>
8. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. (PDF). 2011.*ISBN 978-92-4-154833-5*.
9. Ayupova F. Muminova Z., Sattarova K., Saidjalilova D. (2018). 137.The _ influence of acute respiratory infection in pregnant women on the development of preeclampsia . Pregnancy Hypertension . 13. S83. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2018.08.245>