

# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI AXBOROTNOMASI



## ВЕСТНИК ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

Нигматова Г.М., Хамраев Х.Х. НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ	Nigmatova G.M., Khamraev Kh.Kh. NEW APPROACHES IN THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF WOMEN WITH PREECLAMPSIA	149
Nuruzova Z.A., Mamatmusayeva F.Sh., Aliyev Sh.R. ME'DA SARATONI KELIB CHIQISHIGA SHUBHA QILINGAN BEMORLARDA HELICOBACTER PYLORI O'RINI ANIQLASH	Nuruzova Z.A., Mamatmusayeva F.Sh., Aliyev Sh.R. DETECTION OF HELICOBACTER PYLORI IN PATIENTS WITH SUSPECTED GASTRIC CANCER	153
Рахимова М.Б., Ахмедов Х.С., Саидмуродова М.С. ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА НА ФОНЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ	Rakhimova M.B., Akhmedov Kh.S., Saidmurodova M.S. EVALUATION OF CARDIOVASCULAR PERIL ON ENDOTHELIAL DYSFUNCTION BASE IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS	158
Тешаев О.Р., Муродов А.С. МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РАСЧЕТА РЕЗЕКЦИИ АНТРАЛЬНОЙ ЧАСТИ ЖЕЛУДКА ПРИ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА	Teshaev O.R., Murodov A.S. MATHEMATICAL MODEL FOR CALCULATING THE RESECTION OF THE ANTRAL PART OF THE STOMACH WITH A LONGITUDINAL RESECTION OF THE STOMACH	164
Hakimov S.A., Bakhriyev I.I., Sultanov S.B., Gulyamov D.E. SUD TIBBIYOTI AMALIYOTIDA POSTAFIKTIK HOLATLARNI BAHOLASHNING ANAMIYATI	Khakimov S.A., Bakhriyev I.I., Sultanov S.B., Gulyamov D.E. VALUE OF ASSESSING POSTAFICTIC CIRCUMSTANCES IN JURISPRUDENCE	168
Шукuroва У.П., Ходжиметов А.А., Мухамедова Н.Х., Бауегдинова Г.Д. СОДЕРЖАНИЕ РЕГУЛЯТОРНЫХ ПРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ НЕФРОСКЛЕРОЗЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ	Shukurova U.P., Khodzhimetov A.A., Mukhamedova N.Kh., Bauyetdinova G.D. THE CONTENT OF REGULATORY PROSKLEROTIC MARKERS OF NEPHROSCLEROSIS IN CHRONIC PYELONEPHRITIS	171
Юлдашева Д.Ю., Ирнарарова Д.Х., Мамадалиева У.П. ПАТОМОРФОЛОГИЯ МИОМЫ МАТКИ	Yuldasheva D.Y., Kayumova D.T., Irnararova D.X.P. ATNOMORPHOLOGY OF UTERINE FIBROIDS	175
<b>ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ</b>		
Абдукахарова М.Ф., Матназарова Г.С., Ньматова Н.У. ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ	Abdukakharova M.F., Matnazarova G.S., Nematova N.U. HOSPITAL INFECTIONS AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN SURGICAL DEPARTMENTS	180
Yodgorova N.T., Nematov A.S., Mustanov A.N. O'TKIR ICHAK KASALLIKLARINING SURXONDARYO VILOYATI HUDDUDLARI BO'YICHA UCHRASH DARAJASI	Yodgorova N.T., Nematov A.S., Mustanov A.N. LEVEL OF ACUTE INTESTINAL DISEASES IN THE REGIONS OF SURKHANDARYA REGION	184
Мадреимов А.М., Матназарова Г.С., Бранцева Е.В., Маденбаева Г.И. О НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ САНИТАРНО-ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРАХ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН И ИХ ВЛИЯНИИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ	Madreimov A.M., Matnazarova G.S., Bryantseva E.V., Madenbaeva G.I. ON ADVERSE SANITARY AND ENVIRONMENTAL FACTORS IN THE REPUBLIC OF KARAKALPAKSTAN AND THEIR INFLUENCE ON THE INCIDENCE OF MALIGNANT NEOPLASMS	188
Ньматова Н.У., Матназарова Г.С., Абдукахарова М.Ф. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ	Nematova N.U., Matnazarova G.S., Abdukakharova M.F. HIV- INFECTIONS IN UZBEKISTAN	194

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Нигматова Г.М., Хамраев Х.Х.

### PREEKLAMPSIYANING OG'IRIGAN AYOLLARNI TASHXISLASH VA DAVOLASHDA YANGI YONDASHUVLAR

Nigmatova G.M., Xamraev X.X.

### NEW APPROACHES IN THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF WOMEN WITH PREECLAMPSIA

Nigmatova G.M., Xamraev Kh.Kh.

Tashkent State Medical Academy

**Xulosa.** D vitamini etishmovchiligi preeklampsiya rivojlanishi uchun xavf omilidir. D vitamini bog'lovchi oqsil darajasining oshishi ko'p a'zolar etishmovchiligining mavjudligini tasdiqlaydi, bu ham akusherlik asoratlari uchun xavf omilidir.

**Kalit so'zlar:** homiladorlik, preeklampsiya, D vitamini tanqisligi.

**Summary.** Vitamin D deficiency is a risk factor for the development of preeclampsia, an increase in the level of vitamin D binding protein confirms the presence of multiple organ failure, which is also a risk factor for obstetric complications. Correction of vitamin D deficiency significantly improves perinatal outcomes in women at high risk of preeclampsia and improves pregnancy outcomes and keeps children healthy.

**Key words:** pregnancy, preeclampsia, vitamin D deficiency.

Актуальность. Как известно, в решении проблемы охраны материнства и детства одним из главных направлений является снижение репродуктивных и перинатальных потерь. В Узбекистане вплоть до начала XXI века на фоне высокой рождаемости (35-37‰) отмечались высокие показатели материнской и младенческой смертности. Тяжелая преэклампсия является одним из основных детерминант материнской смертности. Преэклампсия продолжает оставаться опасным состоянием не только для матери, но и для плода, приводит к задержке внутриутробного развития, к преждевременному родам, низкому весу при рождении и перинатальной смертности [1,3]. В последние годы внимание многих исследователей сосредоточено на изучении роли кальция, магния и витамина D в патогенезе преэклампсии. Дефицит витамина D в настоящее время является всемирной проблемой здравоохранения. Он активно влияет на различные метаболические процессы, принимает участие в регуляции роста и функционирования клеток в организме. Данная проблема имеет важное медико-социальное значение в связи с высокой частотой осложнений со стороны плода, а также и постнатальной летальностью у беременных с преэклампсией. Несмотря на значительный прогресс в изучении патогенеза преэклампсии, применение современных методов диагностики и лечения, зачастую они не позволяют избежать различных осложнений со стороны матери и плода. В этих случаях необходимо оценивать значимость нутритивного обеспечения, играющих важную роль в развитии преэклампсии. Принципиальным положением диагностической программы при преэклампсии является сочетание диагностического поиска с постнатальной лечебно-профилактической коррекцией риска раз-

вития преэклампсии и ее осложнений со стороны матери и плода [1,2,3].

В связи с этим целью нашего исследования явилось: улучшение результатов лечения беременных с преэклампсией путем совершенствования методов диагностики и тактики ведения. **Материал и методы исследования.** Нами обследованы 139 беременных женщин. Основную группу составили беременные с легкой и тяжелой преэклампсией (60 беременных), которые с 14-16 нед беременности до родоразрешения принимали витамин D и препараты кальция и магния.

В группу сравнения вошли беременные с легкой и тяжелой преэклампсией (49 беременных), которые не принимали витамин D и препараты кальция и магния. Группу контроля составили здоровые женщины с физиологически протекающей беременностью (30 беременных). Средний возраст беременных в группе с преэклампсией составил 30,6±0,52 года, в группе контроля 29,4±0,59 года. Как показали наши исследования число женщин, которым предстояли повторные роды в основной группе в 1,3 раза больше, чем в группе сравнения. В основной группе 25 (39,1 %) женщин были первобеременными и 39 (60,9%) повторобеременными. В группе сравнения 34 (54,8%) женщины были первобеременными и 28 (45,2 %) повторобеременными. В основной группе у 10 (15,6%) женщин в анамнезе были искусственные аборты, у 5 (7,8%) - неразвивающиеся беременности, у 12 (20,3%) - самопроизвольные выкидыши. В контрольной группе в анамнезе у 9 (14,5%) женщины искусственные аборты, у 3 (4,8%) - неразвивающиеся беременности. При оценке соматического анамнеза выявлено, что сопутствующая соматическая патология имела у 83, % группы беременных с преэклампсией. Так, патология сердечно-сосудистой си-

стемы диагностирована у 29,4% беременных основной группы, что было достоверно чаще, чем у беременных группы контроля - у 3,3%. Заболевания почек выявились у 26,6% беременных основной группы, что в 2,4 раза чаще, чем у женщин группы сравнения - у 11,3% беременных (p<0,05). При этом, хронический пиелонефрит, хронический цистит в 3,0 раза чаще диагностирован при беременности, осложненной преэклампсией чем при неосложненной преэклампсией беременности. В группе с преэклампсией ожирение отмечалось у 22,1% беременных, в то время как в группе контроля ожирение отмечалось у 6,7% беременных. Заболевания печени и желчевыводящих путей при преэклампсии выявились в 3,2 раза, анемия беременных диагностирована в 3,2 раза чаще в клинической группе, чем у женщин группы контроля. Однако заболеваниями лор-органов, заболеваниями желудка, мигрень встречались примерно в одинаковом соотношении в группах обследованных беременных. Сопутствующая гинекологическая патология выявлена у 58 (53,2%) женщины с осложненным преэклампсией течением беременности и у 14 (46,7%) женщины с физиологически протекающей беременностью у 30,3% беременных женщины с преэклампсией в анамнезе имелись инфекции половых путей различной этиологии, у 34,9% выявлены заболевания шейки матки (эктопия, эрозия шейки матки) диагностированы - у 33,3% беременных, миома матки у 3,3% женщин. Бесплодие наблюдалось в 2,9 раза чаще у беременных с преэклампсией.

В наших исследованиях процент встречаемости уровня витамина D соответствующего нормальным показателям в группе беременных с преэклампсией составил 7,3% (8 беременных), в группе контроля - 70% (21 беременных), частота недостаточности витамина D составила 31,2% (34 беременных) и 30 % (9 беременных) соответственно, распространенность дефицита витамина D в группе беременных с преэклампсией - 61,5% (67 беременных), в группе контроля дефицит витамина D не выявлен. Нами установлено, что средний уровень 25-гидроксикальциферола в сыворотке крови у беременных с физиологической беременностью соответствует нижней границе нормы 36,7 нг/мл, у беременных с преэклампсией - соответствует значению дефицита - 17,9 нг/мл, при этом самый низкий его уровень соответствовал выраженному дефициту (4,7 нг/мл). У беременных с преэклампсией тяжелой степени средний уровень 25-гидроксикальциферола в сыворотке крови составил 14,2 нг/мл и был на 21,5% ниже, чем у женщин с легкой преэклампсией - 18,1 нг/мл.

Проведенное исследование показало, что у женщин во всех исследованных группах показатели общего кальция в сыворотке крови находились в пре-

делах нормальных значений. У женщин с преэклампсией средние значения общего кальция в сыворотке крови находились ближе к нижней границе нормы - 2,15 ммоль/л, у женщин с физиологически протекающей беременностью - соответствовали верхней границе нормальных значений - 2,36 ммоль/л. Концентрация общего кальция в сыворотке крови у беременных с преэклампсией на 9,8% ниже, чем у беременных с физиологически протекающей беременностью.

Нами проведена оценка содержания общего кальция в сыворотке крови у беременных исследованных групп в зависимости от насыщенности организма витамином D. Установлено, что содержание кальция в сыворотке крови у беременных исследованных групп при нормальном насыщении организмом витамином D составило 2,39 ммоль/л, при недостаточном - 2,24 ммоль/л, при дефиците 2,10 ммоль/л. Проведенное нами исследование продемонстрировало, что средние значения уровня магния в сыворотке крови в исследованных группах находились в пределах референсных значений. При анализе содержания уровня магния в сыворотке крови у беременных в зависимости от насыщенности организма витамином D установлено: при нормальном насыщении организма витамином D концентрация магния в крови составила 0,86 ммоль/л, при недостаточном - 0,73 ммоль/л, при дефиците - 0,69 ммоль/л. Так, при дефиците витамина D в сыворотке крови уровень магния в крови на 24,6% ниже (p<0,05), а при недостаточности витамина D на 17,8% ниже (p<0,05), чем при нормальном уровне витамина D в сыворотке крови исследованных групп. Нами разработан алгоритм дотации витамина D и микроэлементов вне и во время беременности. В перинатальном периоде в зависимости от насыщенности организма женщины предложены следующие дозы витамина D: при нормальных показателях с профилактической целью принимается 500МЕ, при недостаточности - 1000 и 1500 МЕ, при дефиците - 2000МЕ. Согласно предложенному алгоритму со II-го триместра беременности с учетом роста и развития плаценты и плода при нормальных показателях необходимо принимать 800-1200 МЕ витамина D, при недостаточности - 2000 МЕ, при дефиците - 4000МЕ. Учитывая высокий риск развития преэклампсии при недостаточности и дефиците витамина D, также назначены препараты кальция (1500мг) и магния (360-400 мг) в сутки. После проведения дотации витамина D и микроэлементов нами получены следующие данные: процент достижения уровня витамина D соответствующего нормальным показателям составил в основной группе - 71,7% (43 беременных) против 13,7% (8 беременных) в группе сравнения частота недостаточности витамина D в основной группе составила - 23,3 % (14 беременных) в группе сравнения 26,5% (13 беременных), дефицит витамина D в основной группе - 5% (3 беременных) в группе сравнения составил - 57,1% (28 беременных).

Анализ насыщенности организма беременных витамином D показал, что в подгруппе А группы сравнения средние значения уровня 25-гидроксикальциферола в сыворотке крови на 15,2% ниже, в подгруппе В группы сравнения средние значения концентрации 25-гидроксикальциферола в 12,4% ниже, чем в основной группе. В подгруппе с дефицитом витамина D средние значения уровня 25-гидроксикальциферола в сыворотке крови на 15,2% ниже, в подгруппе с выраженным дефицитом. У пациенток основной группы угроза прерывания беременности в I триместре встречается у 8,2% женщин, во II триместре беременности - у 10,2% женщин, в III триместре беременности - у 6,1% женщин. У пациенток группы сравнения угроза прерывания в I триместре беременности встречается у 6,7% женщин, во II триместре беременности - у 5,0% женщин, в III триместре беременности - у 3,3% женщин.

При оценке фето-плацентарного комплекса у пациенток исследованных групп выявлены следующие изменения. У 26,6% беременных группы сравнения и у 3,2% беременных основной группы осложнилось развитием дисфункции плаценты. Так, при недостаточном насыщении организма витамином D в группе сравнения в 12,5% случаев обнаружен СОРП, в 17,2% случаев нарушение гемодинамики в системе мать-плацента-плод, при дефиците витамина D СОРП выявлен в 15,4% случаев, нарушение гемодинамики в системе мать-плацента-плод в 17,9% случаев. В основной группе дисфункция плаценты при недостаточности 25-гидроксикальциферола в сыворотке крови в равном проценте сопровождалась СОРП и нарушением в системе мать-плацента-плод (по 1,6%). При оценке течения беременности у пациенток с преэклампсией выявлены нарушения большого значения приходится состоянию системы мать-плацента-плод, у женщин клинической группы было достоверное повышение ИР МА в 1,7 раза, АП и СА в 1,4 раза по сравнению с нормой. У беременных с преэклампсией со сниженным как МПК, так и ППК у 5 (12,5%) и 6 (15%) был диагностирован "критический" кровоток в артерии пуповины плода.

Проведенный анализ срока родоразрешения у женщин исследованных групп в зависимости от насыщенности организма беременных витамином D выявил, что у женщин с неосложненным преэклампсией течением беременности и нормальным уровнем 25-гидроксикальциферола в крови в 100% случаев роды произошли на доношенном сроке, при недостаточном уровне 25-гидроксикальциферола в крови - в 11,1% случаев роды наступили на сроке менее 37 недель беременности. При осложненной преэклампсией беременности у женщин с нормальным уровнем 25-гидроксикальциферола в крови в 100% случаев роды произошли на доношенном сроке, при недостаточном уровне 25-гидроксикальциферола в крови - в 25% случаев, а при дефиците 25-гидроксикальциферола в крови - в 28% случаев роды наступили на сроке менее 37 недель беременности.

Среди женщин основной группы роды осложнились слабостью сократительной деятельности матки у 5 (14,3 %) пациенток, острая гипоксия плода наблюдалась у 2 (5,7 %), ПОНРП - у 2 (5,7 %) пациенток. Оперативно были родоразрешены 7 (20,0 %) родильниц, что в 2,9 раза больше, чем в группе сравнения. Показаниями к операции кесарева сечения были тяжелая ПЗ - у 2 (5,7 %), умеренная ПЗ - у 1 (2,9 %), ПОНРП - у 2 (5,7 %), острая гипоксия плода - у 2 (5,7 %) женщины (p < 0,05 по сравнению с группой I). У пациенток группы сравнения чаще наблюдали осложнения в третьем периоде родов и в послеродовом периоде. Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде зафиксировано у 4 (11,4 %) женщины группы II против 3 (4,5 %) женщины в группе I. При оценке взаимосвязи между насыщенностью организма беременных витамином D и осложнениями родового акта статистически значимых различий по частоте преждевременного излития околоплодных вод, раннего излития околоплодных вод, острой гипоксии плода, аномалий родовой деятельности, ПОНРП в подгруппах с нормальным и сниженным уровнем 25-гидроксикальциферола в крови во всех исследованных группах выявлено не было. Проведенный анализ особенностей течения послеродового периода у женщин исследованных групп, выявил, что послеродовой период у пациенток основной и группы сравнения осложнился субинволюцией матки. Осложнения со стороны послеоперационных ран после кесарева сечения встречались с одинаковой частотой в группах наблюдения. После родовая анемия в три раза чаще встречалась у пациенток с преэклампсией, чем у пациенток без преэклампсии. В основной группе беременных в состоянии асфиксии родилось 6 (10%) новорожденных, что в три раза меньше, чем в группе сравнения. При этом в основном наблюдалась асфиксия I степени, II и III степени не отмечалась. Средняя оценка по шкале Апгар составила 8,01±0,38 баллов, вес новорожденных - 3254,70±56,95 гр., рост - 52,06±0,32см, МРК составил 60,83±0,7 (табл.4.6). С признаками гипотрофии в этой группе новорожденных родилось 2 (4%). В группе сравнения в состоянии асфиксии родилось 15 (30,6%) новорожденных. Из них в асфиксии I степени родилось 3 (20 %), II степени - 2 (13,3 %) и III степени один новорожденный 1 (6,7 %). Средняя оценка по шкале Апгар составила 6,89 ± 0,21 балла. Вес новорожденных в среднем составил 3052,4 ± 144,1 гр., рост 50,03 ± 0,4 см, массовый показатель составил 58,63 ± 0,77, признаками гипотрофии I степени родилось 18 (36,7%) новорожденных.

Таким образом, анализ полученных данных результатов собственных исследований свидетельствует о важной роли витамина D в обеспечении функций системы мать-плацента-плод и негативном влиянии его дефицита на течение беременности, развитие преэклампсии, состояние здоровья новорожденных. Коррекция недостаточности ви-

тамина D значительно улучшает перинатальные исходы у женщин группы высокого риска преэклампсии и способствует улучшению исходов беременности и сохранению здоровья детей.

#### Литература:

1. Аргумук Н.В., Тачкова О.А., Червов В.О. Магний и проблемы репродуктивного здоровья. // Гинекология. - 2016. - №4. - С.63-66.
2. Васильева З.Н. Метаболические изменения у пациенток с преэклампсией и пациенток группы высокого риска развития преэклампсии при дефиците витамина D // Э.Н. Васильева, Л.И. Мальцева, Т.Т. Денисова [и др.] // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - № 3. - С. 151.
3. Васильева З.Н. и др. Новые подходы к профилактике преэклампсии у пациенток группы высокого риска развития преэклампсии в условиях дефицита витамина D //Современные проблемы науки и образования. - 2017. - № 5. - С. 153-155

#### НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Нигматова Г.М., Хамраев Х.Х.

**Резюме.** Дефицит витамина D является фактором риска развития преэклампсии, повышение уровня витамина D, связывающего белка подтверждает наличие патологической недостаточности и сохранению здоровья детей.

**Ключевые слова:** беременность, преэклампсия, дефицит витамина D.