

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023 №9

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

Шукуров Ф.И., Гаипова Н.М., Абраева Н.Н. ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	Shukurov F.I., Gaipova N.M., Abraeva N.N. FEATURES OF RISK OF PREECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN	186
Эшонов О.Ш., Турдиев А.А. НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНСУЛЬТАХ	Eshonov O.Sh., Turdiyev A.A. NEUROIMAGING MONITORING FOR EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF LYMPHOTROPIC THERAPY IN STROKE	189
ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ		HYGIENE, SANITATION AND EPIDEMIOLOGY
Ахмадалиева Н.О., Нигматуллаева Д.Ж., Жалолов Н.Н. ИЗУЧЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СВОЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ УЧИТЕЛЕЙ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ	Akhmadaliev N.O., Nigmatullayeva D.Zh., Jalolov N.N. THE STUDY OF SATISFACTION WITH THEIR PROFESSIONAL ACTIVITIES OF PRIMARY SCHOOL TEACHERS OF SECONDARY SCHOOLS	193
Ibrohimov K.I. CHORVACHILIK KOMLEKSLARI QISHKI OVBHAVO SHAROITIDA YO'IQ VINOLARIDA AMMIK KONSENTRASİYASINI VAHOLASH	Ibrohimov K.I. EVALUATION OF AMMONIA CONCENTRATION IN CLOSED BUILDINGS OF LIVESTOCK COMPLEXES IN WINTER WEATHER CONDITIONS	197
Каримова Н.С., Ирматова З.А., Алимов Ж.М., Шамуратова С.Б., Исраилов Б.С., Агзамов О.А., Талипов Р.Н., Цой М.А., Ярматов М.Б. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	Karimova N.S., Irmatova Z.A., Alimov J.M., Shamuratova S.B., Israilov B.S., Agzamov O.A., Talipov R.N., Soy M.A., Yarmatov M.B. DYNAMICS OF MORBIDITY AND MORTALITY RATES FROM BRAIN TUMORS OVER THE PAST 5 YEARS IN REPUBLIC OF UZBEKISTAN	201
Рискиев У.Р., Набиев С.Т. БИРЛАМЧИ ТИББИЙ-САНИТАРИЯ ЁРДАМНИНГ ИСТИҚБОЛЛИ ЙЎНАЛИШНИ ТОШКЕНТ ШАҲАР ШАЙХОНТОҲУР ТУМАНИ АҲОЛИСИ ЭҲТИЁЖЛАРИГА МОСЛАШТИРИШ	Riskiev U.R., Nabiev S.T. ADAPTATION OF THE PROMISING DIRECTION OF PRIMARY HEALTH CARE TO THE NEEDS OF THE POPULATION OF THE SHAYKHANTAKHUR DISTRICT OF THE CITY OF TASHKENT	207
Тураева Э.Ф. ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НА УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	Turaeva E.F. IMPACT OF POPULATION HEALTH ON THE UNEMPLOYMENT LEVEL ON THE EXAMPLE OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN	214
Шадманов А.К., Матназарова Г.С., Брянцева Е.В., Турсунова Д.А., Саидкасимова Н.С., Худайкулов У.Т. ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН В ГОДЫ НЕЗАВИСИМОСТИ	Shadmanov A.K., Matnazarova G.S., Bryantseva E.V., Tursunova D.A., Saidkasimova N.S., Khudai-kulov U.T. IMMUNOPROPHYLAXIS OF INFECTIOUS DISEASES IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN DURING THE YEARS OF INDEPENDENCE	218
Ermatov N.J., Khaidarov N.K., Abdulkhakov I.U., Шукуров А.Н., Ортиков В.В. СОЦИО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РИСК-ФАКТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ	Ermatov N.J., Haydarov N.K., Abdulkhakov I.U., Shukurov A.N., Ortiqov B.B. ENDOKRIN TIZIMI KASALLIKLARI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA XAVF OMILLARINING IJTIMOYI-GIGIENIK TAHLILI	221
ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ		HELPING A PRACTITIONER
Авезова Г.С. ГЕМОМРАГИК ВАСКУЛИТИ БОЛАЛАРДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИНИНГ ЎЗГАРИШИ	Avezova G.S. CHANGES IN THE HEMOSTASIS SYSTEM IN CHILDREN WITH HEMORRHAGIC VASCULITIS	226
Бердимуродов Б.П., Алимova Н.Х., Нурматов Б.К., Шодманов Б.В. МИКРОБИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ	Berdimurodov B.P., Alimova N.Kh., Nurmatov B.K., Shodmanov B.B. MICROBIOLOGY AND CLINICAL FEATURES OF DENTAL CARIES	229
Рахманова Н.С., Исраилов Р.И. ГИГАНТСКАЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНАЯ ГАМАРТОМА ЛЕГКОГО	Rakhmanova N.S., Israilov R.I. GIANT MESENCHYMAL HAMARTOMA OF THE LUNG	232
ЮБИЛЕЙ		
К ЮБИЛЕЮ ПРОФЕССОРА Ф.А. БАХРИТДИНОВОЙ		235

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Шукуров Ф.И., Гаипова Н.М., Абраева Н.Н.

HOMILADORLIK DAVRIDA PREEKLAMPSI UCHUN XAVF OMILLARINING XUSUSIYATLARI

Shukurov F.I., Gaipova N.M., Abraeva N.N.

FEATURES OF RISK OF PREECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN

Shukurov F.I., Gaipova N.M., Abraeva N.N.

Ташкентская медицинская академия

Maqsad: homilador ayollarda preeklampsi rivojlanishidagi xavf omillarini baholash mezonlarini aniqlash. **Material va usullar:** tadqiqotga 19 yoshdan 35 yoshgacha bo'lgan 70 nafar homilador ayollar, ulardan 48 (68,6%) engil va 22 (31,4%) og'ir preeklampsi bilan kasallanganlar olindi. 1-guruhga homiladorlik va tug'ish davrida klinik kuzatuv ostida bo'lgan preeklampsi rivojlanish xavfi bo'lgan 30 ayol, 2-guruh - preeklampsi rivojlanish xavfi bo'lgan 25 homilador ayollar, bu bemorlar klinik kuzatuvdan tashqari, kombinatsiyalangan terapiya va 3-chi guruhdan iborat. - somatik va akusherlik patologiyasi bo'lmagan 15 nafar sog'lom homilador ayollar. **Natijalar:** fiziologik davom etayotgan homiladorlik davrida onaning gemodinamikasi o'sayotgan homilaning ehtiyojlarini qondirishga qaratilgan mos ravishda moslashtirilgan qayta qurish sodir bo'ladi. Trofoblast invaziyasining 2-yarmida insult hajmi va daqiqali hajmining 16-19% ga oshishi, bir vaqtning o'zida periferik qon tomirlarining qarshiligining 10,8% ga pasayishi va sistolik va diastolik qon bosimining barqaror ko'rsatkichlari kuzatiladi. **Xulosa:** homilador ayollarni tekshirish gipertenziv kasalliklarning oldini olishni o'z vaqtida boshlash, homilaning holatini va gemostaz tizimini kuzatish imkonini beradi. Shu bilan birga, u xavf omili bo'lmagan taqdirda ham rivojlanishi mumkinligini hisobga olish kerak, shuning uchun ushbu holatning patogenetik belgilarini qo'shimcha izlash zarur.

Kalit so'zlar: gipertenziv kasalliklar, preeklampsi, xavf omillari, homiladorlik, tug'ish.

Objective: To determine the criteria for assessing risk factors in the development of preeclampsia in pregnant women. **Material and methods:** The study included 70 pregnant women aged 19 to 35 years, 48 (68.6%) of them with mild and 22 (31.4%) with severe preeclampsia. Group 1 consisted of 30 women at risk of developing preeclampsia, who were clinically monitored during pregnancy and childbirth, group 2 - 25 pregnant women who were at risk of developing preeclampsia, these patients, in addition to clinical observation, received combination therapy and 3 th - 15 healthy pregnant women without somatic and obstetric pathology. **Results:** During a physiologically proceeding pregnancy, an adequate adaptive restructuring of maternal hemodynamics occurs, aimed at meeting the needs of a growing fetus. In the 2nd half of trophoblast invasion, there is an increase in stroke volume and minute volume by 16-19% with a simultaneous decrease in peripheral vascular resistance by 10.8% and stable indicators of systolic and diastolic blood pressure. **Conclusions:** Examination of pregnant women allows to start prevention of hypertensive disorders in a timely manner, to monitor the condition of the fetus and the hemostasis system. At the same time, it should be taken into account that it can develop even in the absence of a risk factor, therefore, further search for pathogenetic markers of this condition is necessary.

Key words: hypertensive disorders, preeclampsia, risk factors, pregnancy, childbirth.

Гипертензивные расстройства при беременности являются одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства. Это обусловлено тем, что данная патология оказывает существенное влияние на показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Частота гипертензивных расстройств при беременности колеблется в широком диапазоне – от 5 до 22% [1].

Несмотря на развитие науки, появление новых методов диагностики и лечения, пусковые механизмы тяжелых гипертензивных состояний до конца не изучены. Вместе с этим своевременная и правильная диагностика, оценка тяжести этих состояний имеет принципиальное значение для исхода беременности и родов [2].

По некоторым данным, в мире каждый год от причин, связанных с беременностью, умирают более полумиллиона женщин. Гипертензивные нарушения, включая преэклампсию (ПЭ) и эклампсию, обуславливают 50-60 тыс. материнских смертей [4,8].

Важную роль в развитии преэклампсии играет развивающаяся хроническая плацентарная недостаточность, обусловленная нарушениями физиологического взаимодействия между материнскими, плацентарными и плодовыми компонентами фетоплацентарной системы [3].

Уровень АД является важнейшим, но не единственным фактором, определяющим тяжесть артериальной гипертензии. Большое значение имеет оценка общего сердечно-сосудистого риска, степень которого зависит не только от степени повышения уровня артериального давления, но и от сопутствующих факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний. Как известно, стадию гипертонической болезни определяют органические нарушения и ассоциированные клинические состояния. При классификации преэклампсии выделяют две степени тяжести: умеренную и тяжелую [6,7].

После беременности, осложненной преэклампсией, женщины имеют повышенный риск раз-

вития артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, инсульта и венозной тромбоземболии. Доказано, что лечение преэклампсии и ее осложнений на сегодняшний день малоэффективно, поэтому основными резервами снижения материнской и перинатальной смертности считаются доклиническая диагностика, прогноз и профилактика этой патологии [5,9].

Цель исследования

Определение критериев оценки факторов риска при развитии преэклампсии у беременных.

Материал и методы

В исследование были включены 70 беременных, которых разделили на 3 группы. 1-ю группу составили 30 женщин с риском развития преэклампсии, за которыми проводилось клиническое наблюдение в течение беременности и родов. Во 2-ю группу были включены 25 беременных, у которых был риск развития преэклампсии, этим пациенткам, помимо клинического наблюдения, проводилась комбинированная терапия. В 3-ю группу вошли 15 здоровых беременных без соматической и акушерской патологии.

Критериями включения в исследование явились: преэклампсия в предыдущих родах, гипертензия в анамнезе, почечная патология, большой интервал между родами, первая беременность в возрасте моложе 19 или старше 35 лет.

Критерии исключения для всех групп были патология сердечно-сосудистой системы (ИБС, порок сердца, нарушение сердечного ритма, кардиомиопатия, атеросклероз), патология эндокринной системы (заболевания щитовидной железы, сахарный диабет), пороки развития плода, заболевания крови и многоплодная беременность.

У пациенток проводили клинико-лабораторные и специальные исследования: сбор анамнеза, определение индекса массы тела, клинический и акушерский осмотр, ультразвуковое исследование фетоплацентарной системы, доплерометрию маточно-плацентарных сосудов, ультразвуковое исследование плода, кроме того, больных консультировали терапевт, эндокринолог, окулист и кардиолог. Лабораторные исследования включали общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму и анализ крови на антиген гепатита В и С, RW, ВИЧ.

Комбинированная терапия: Метилдопа (Допегит) – антигипертензивный препарат центрального действия, α 2-адреномиметик (препарат первой линии); L-аргинин (Тивортин), препарат, относящийся к классу условно незаменимых аминокислот.

Результаты и обсуждение

При анализе течения беременности и родов легкая степень преэклампсии диагностирована у 48 (68,6%) обследованных, тяжелая преэклампсия – у 22 (31,4%). 12 беременных были в возрасте до 19 лет, 38 – 20-25 лет, 20 – 30 лет и старше. Первородящие в основных группах составили 58,6%, повторно беременные – 41,4%.

При изучении течения предыдущих родов и беременности было выявлено, что ранее клиническое

проявление ПЭ имели 5,9% пациенток контрольной и 23,2% основной группы ($p \geq 0,05$).

У беременных с ПЭ достоверно чаще ($p \geq 0,05$) выявлялись экстрагенитальные заболевания: сердечно-сосудистой системы, воспалительные заболевания мочевыделительной системы, метаболические нарушения. Повышение АД при отсутствии диагноза гипертензии диагностировали у 34,4% обследованных, гипертоническую болезнь – у 11,2%. В основной группе 20,0% женщин имели в анамнезе хронический пиелонефрит. Хронические воспалительные заболевания матки и придатков имели место у 24% женщин с ПЭ, в контрольной группе 6%, т.е. каждая пятая женщина с ПЭ страдала эндокринными заболеваниями (синдром поликистозных яичников, галакторея). Метаболический синдром и алиментарное ожирение диагностированы у 14,4% женщин основной группы.

Течение 1-й половины настоящей беременности у пациенток с ПЭ характеризовалось симптомами угрожающего раннего выкидыша (60,0%), отслойки хориона (43,2%), а также рецидивирующей угрозы прерывания беременности (33,6%). УЗ- и доплерометрические признаки плацентарной недостаточности выявлены у 48,8% женщин с ПЭ. У пациенток с умеренной ПЭ отеки нижней конечности впервые появились на сроке 27-30 неделя с добавлением гипертензии через 2-3 недели. Клинические симптомы тяжелой ПЭ зафиксированы на 2-4 недели раньше, чем ПЭ легкой степени. При этом отмечается повышение АД, затем отечный синдром и протеинурия.

Оценка функциональной активности элементов плодного яйца и децидуальной оболочки показала, что у пациенток с ПЭ концентрация В-ХГЧ была ниже контроля.

Динамика ударного индекса и сердечного индекса и у пациенток обеих групп не зависела от срока гестации, в большей степени была обусловлена изменениями массы тела женщин в этот период беременности. В контрольной группе в период с 11-14 до 17-20 недель из эхокардиографических показателей зарегистрировано значительное увеличение ударный объем (УО) и минутный объем (МО), а также значимое снижение объем периферической сосудистой сопротивляемости (ОПСС). У обследованных основной группы к 17-20-й неделям прирост УО и МО составил менее 10%, ОПСС незначительно снижалось.

Функция эндотелия: при неосложненной беременности в сроке 11-14 недель после манжетной пробы диаметр ПА увеличился с 3,5 до 4,2 мм (в среднем на 17-23%), скорость кровотока возросла на 10-12%. В сроке 17-20 недель после компрессионной пробы расширение диаметра ПА стало более выраженным (на 24-25%) с увеличением скорости кровотока.

Согласно современной теории, в развитии ПЭ выделяют две стадии: I – плацентарную, бессимптомно протекающую на ранних сроках беременности, II – материнскую, манифестирующую клиническими симптомами во 2-й половине беременности. Первая возникает вследствие иммунной дезадаптации организма матери в ответ на влияние различных агентов плодного яйца с ранних сроков гестации и проявляется

недостаточностью инвазии трофобласта в спиральные артерии. Это приводит к первичной плацентарной недостаточности, гипоксии, усилению апоптоза и некрозу плацентарной ткани.

Степень выраженности негативных процессов в трофобласте оказывает воздействие на развитие эмбриональных и экстраэмбриональных структур плодного яйца, что отражается на уровне экспрессии белков беременности, факторов роста, гормонов и биологических активных веществ. Мы проанализировали взаимосвязь изменения концентраций В-ХГЧ и белков беременности у пациенток с ПЭ и у женщин с физиологическим течением беременности. При ПЭ было зафиксировано значительное снижение уровня В-ХГЧ и PAPP-A относительно нормативных значений (0,7-1,0 МОМ) и увеличение в 1,7-2 раза содержания ПАМГ-1, что указывает на патологическое течение 1-й половины беременности.

В результате нашего исследования было установлено, что при физиологически протекающей беременности происходит адекватная адаптационная перестройка материнской гемодинамики, направленная на удовлетворение потребностей растущего плода. Во 2-й половине инвазии трофобласта наблюдается увеличение УО и МО на 16-19% при одновременном снижении ОПСС на 10,8% и стабильных показателей систолического и диастолического АД.

У беременных с ПЭ обнаружено нарушение гестационной адаптации материнской гемодинамики. С 10-13-й по 17-20-ю недели объемные показатели работы сердца возрастают на 10%, а ОПСС снижается менее чем на 7%. Эти параметры являются прогностическими критериями дезадаптации гестационной гемодинамической перестройки сердечно-сосудистой системы матери и возможного развития ПЭ.

Заключение

Анализ данных изучения факторов риска гипертензивных расстройств позволил выделить анамнестические критерии повышенного и низкого риска возникновения преэклампсии уже в I триместре беременности. Дальнейшее обследование этих беременных позволяет своевременно начать профилактику гипертензивных расстройств, вести мониторинг состояния плода, системы гемостаза. При этом всегда надо учитывать, что отсутствие фактора риска не говорит о невозможности развития ПЭ, поэтому необходим дальнейший поиск патогенетических маркеров этого состояния.

Литература

1. Шахбозова Н.А. Перинатальные исходы на фоне различных методов профилактики гипертензивных расстройств при беременности // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. – 2018. – №3. – С. 45-50.
2. Мадолимова Н.Х., Турсунов О.А. Течение и исходы беременности и родов при эклампсии // Биол. и интегративная мед. – 2016. – №5. – С. 40-47.

3. Султонова Н.А., Наврузов Э.Р. Факторы риска развития преэклампсии у беременных и пути ее снижения // Наука молодых. – 2015. – №1. – С. 40-45.

4. Олимова Ф.З. Особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы при тяжелой преэклампсии // Докл. АН Республики Таджикистан. – 2018. – Т. 61, №1. – С. 102-106.

5. Шахбозова Н.А. Группы высокого и низкого риска развития гипертензивных расстройств при беременности // Рос. кардиол. журн. – 2018. – №4. – С. 19-24.

6. Иванова О.Ю., Пономарева Н.А., Газазян М.Г., Великорецкая О.А. Возможности прогнозирования преэклампсии в первой половине беременности // Гинекология. Эндокринология. – 2017. – №7. – С. 33-37.

7. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. Committee opinion No. 623: emergent therapy for acute-onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum period // Obstet. Gynecol. – 2015. – Vol. 125, №2. – P. 521-525.

8. Gulmiyyah L. Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia // Semin. Perinatol. – 2012. – Vol. 36. – P. 56-59.

9. Hypertensive Disorders in Pregnancy (HDP) Guideline Summary // NY State Department of Health. – 2013. – Vol. 23.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Шукуров Ф.И., Гаипова Н.М., Абраева Н.Н.

Цель: определение критериев оценки факторов риска при развитии преэклампсии у беременных. **Материал и методы:** в исследование включены 70 беременных в возрасте от 19 до 35 лет, из них 48 (68,6%) с легкой и 22 (31,4%) с тяжелой преэклампсией. 1-ю группу составили 30 женщин с риском развития преэклампсии, за которыми проводилось клиническое наблюдение в течение беременности и родов, 2-ю группы – 25 беременных, у которых был риск развития преэклампсии, этим пациенткам, помимо клинического наблюдения, проводилась комбинированная терапия и 3-ю – 15 здоровых беременных без соматической и акушерской патологии. **Результаты:** при физиологически протекающей беременности происходит адекватная адаптационная перестройка материнской гемодинамики, направленная на удовлетворение потребностей растущего плода. Во 2-й половине инвазии трофобласта наблюдается увеличение ударного объема и минутного объема на 16-19% при одновременном снижении объема периферического сосудистого сопротивления на 10,8% и стабильных показателей систолического и диастолического АД. **Выводы:** обследование беременных позволяет своевременно начать профилактику гипертензивных расстройств, вести мониторинг состояния плода и системы гемостаза. При этом следует учитывать, что может развиваться и при отсутствии фактора риска, поэтому необходим дальнейший поиск патогенетических маркеров этого состояния.

Ключевые слова: гипертензивные расстройства, преэклампсия, факторы риска, беременность, роды.

