

TRHUR

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

JOURNAL OF
REPRODUCTIVE
HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY
RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 2, ISSUE 1

2020

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

N^o 2
2020

ISSN: 2181-0990

DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Obstetrics
and Gynaecology Department No. 2 of the
Samarkand State Medical Institute

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental Institute

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid Spain)

Ramašauskaitė Diana

профессор, руководитель Вильнюсского центра
перинатологии, профессор и руководитель клиники
акушерства и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic of
Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Аюпова Фарид Мирзаевна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии №1
Ташкентской медицинской академии.

Зокирова Нодира Исламовна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №1, Самаркандского
Государственного медицинского института

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич

доктор медицинских наук, профессор заведующий
кафедрой Эндоскопической урологии факультета
непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №2, Бухарского
медицинского института.

Окулов Алексей Борисович

доктор медицинских наук., профессор кафедры
медицинской репродуктологии и хирургии
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна

ассистент кафедры Акушерства и гинекологии
факультета последипломного образования
Самаркандского Государственного медицинского
института (**ответственный секретарь**)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin

MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical P
rofessor in Surgery/Urology, Faculty of Medicinr, Hebrew
Univercity, Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии,
медицинский факультета ивритского университета)

Fisun Vural

Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович

доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна

доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Локшин Вячеслав Нотанович

доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна

доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна

доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Телефон: +998 (94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

СОДЕРЖАНИЕ/CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Абдиев К.М., Хамраев Х.Х. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ (ОБЗОР).....	5
2. Абдуллаева Л.М., Агабабян Л.Р., Боборахимова У.М. ИЗБЫТОК МАССЫ ТЕЛА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И МЕТОДЫ ЕГО КОРОРЕКЦИИ (ОБЗОР).....	11
3. Абдуллаева Л.М., Агабабян Л.Р., Боборахимова У.М. ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ - ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ (ОБЗОР).....	14
4. Давронова Л.С., Негмаджанов Б.Б. ОШИБКИ ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА (ОБЗОР).....	18
5. Кадыров З.А., Фаниев М.В., Сергеев В.В. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА(ОБЗОР).....	21
6. Насирова З.А., Агабабян Л.Р. МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ (ОБЗОР).....	27
7. Сафаров А.Т., Аллаяров Я.Н., Хамроева Л.Х. БЕСПЛОДНЫЙ БРАК (ОБЗОР).....	32

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

8. Аллазов С.А., Гафаров Р.Р., Бобокулов Н.А., Хуррамов Б.М., Тошниязов О. ЛАПАРОТОМНЫЕ И ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ ДЛЯ УШИВАНИЯ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	38
9. Аюпова Ф.М., Хамраев Х.Х., Махмудова С.Э. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ТЕЧЕНИЕМ И ИСХОДАМИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	43
10. Блинова С.А., Хамидова Ф.М. ЭНДОКРИННЫЕ СТРУКТУРЫ ЛЕГКИХ В ОНТОГЕНЕЗЕ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ	47
11. Валиев Ш.Н., Негмаджанов Б.Б. СЛУЧАЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО МОЛНИЕНОСНОГО СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА, ВЫЗВАННОГО АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ЖЕНЩИНЫ С АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ.....	50
12. Гайбуллаева Д.Ф. ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	53
13. Каттаходжаева М.Х., Жалилова С.А., Каршиева Э. РОЛЬ ВИРУСА ПАПИЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В РАЗВИТИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ.....	57
14. Махмудова С.Э., Негмаджанов Б.Б. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОГО ФАКТОРА РОСТА И РАСТВОРИМОЙ FMS-ПОДОБНОЙ ТИРОЗИНКИНАЗЫ-1 В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРОВ ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	61
15. Насирова З.А., Негмаджанов Б.Б. ВЛИЯНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА.....	66



УДК 618-008.6 (075)

Гайбуллаева Динара Фатхуллаевна
Ташкентская Медицинская Академия,
факультет повышения квалификации,
кафедра акушерства и гинекологии №1,
старший преподаватель кафедры.
Ташкент, Узбекистан

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ.

For citation: Gaybullaeva Dinara Fatkhullaevna, Outcomes of pregnancy and childbirth in early and late preeclampsia, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol. 2, issue 1, pp. 53-56



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2020-2-12>

АННОТАЦИЯ

Обследовано 92 беременные женщины с целью выявления исходов при преэклампсии, возникшей до 34 недель и позже этого срока гестации. Изучен анамнез, течение беременности, определен кровоток в маточно- плодово-плацентарном русле, состояние новорожденных при рождении. Сделаны выводы о целесообразности разделения преэклампсии на раннюю и позднюю формы не только из-за различных патогенетических механизмов, но и в связи с необходимостью формирования тактики в лечении, времени пролонгирования беременности при недоношенных её сроках и достижения лучших перинатальных исходов.

Ключевые слова: ранняя и поздняя преэклампсия, маточно-плацентарный кровоток, состояние новорожденного

Gaybullaeva Dinara Fatkhullaevna
Tashkent Medical Academy,
faculty of advanced training,
department of obstetrics and gynecology №1
Tashkent, Uzbekistan

OUTCOMES OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN EARLY AND LATE PREECLAMPSIA

ABSTRACT

92 pregnant women were examined in order to identify outcomes for preeclampsia that occurred before 34 weeks and later than this gestational age. The anamnesis, the course of pregnancy were studied, the blood flow in the uterine-fetal-placental bed, the condition of the newborns at birth were determined. Conclusions have been made about the advisability of dividing preeclampsia into early and late forms, not only because of various pathogenetic mechanisms, but also in connection with the need to formulate treatment tactics, the time of prolongation of pregnancy in case of premature pregnancy and the achievement of clinically significant perinatal outcomes.

Key words: early and late preeclampsia, uteroplacental blood flow, condition of the newborn

Gaybullaeva Dinara Fatkhullaevna
Toshkent tibbiyot akademiyasi,
malaka oshirish fakulteti,
akusherlik va ginekologiya №1
Toshkent, O'zbekiston

ERTA VA KECH PREEKLAMPSIYADA HOMILADORLIK VA TUG'RUQ NATIJALARI

ANNOTASIYA

Preeklampsiya natijalarini 34 haftadan oldin va ushbu homiladorlik davridan keyin aniqlash uchun 92 homilador ayol tekshirildi. Anamnez, homiladorlik jarayoni o'rganildi, bachadon-xomilalik-platsenta yotog'idagi qon oqimi, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning tug'ilish holati aniqlandi. Preeklampsiyani nafaqat turli patogenetik mexanizmlar tufayli, balki davolash taktikasini shakllantirish zarurati, muddatidan oldin homiladorlik holatida homiladorlikning uzayishi vaqti va klinik ahamiyatga ega perinatal natijalarga erishish bilan ham preeklampsiyani erta va kech shakllarga ajratish maqsadga muvofiqligi to'g'risida xulosalar chiqarildi.

Kalit so'zlar: erta va kech preeklampsia, uteroplacental qon oqimi, yangi tug'ilgan chaqaloqning holati

Актуальность. Преэклампсия по-прежнему является одним из наиболее распространенных осложнений беременности. Несмотря, на успехи современного акушерства и перинатологии, эта патология занимает одно из ведущих мест в структуре перинатальной заболеваемости и смертности. Преэклампсия также расшифровывается как одна из наиболее частых причин нарушения адаптации новорожденных в неонатальном периоде и задержки психомоторного развития детей [10]. Частота гипертензивных нарушений во время беременности колеблется в широких пределах: в развитых странах 6-8%, в развивающихся странах – более 18%, в различных регионах России от 7 до 30% [1,3-4]. Тяжелая преэклампсия и эклампсия – осложнения беременности, характеризующиеся критическим состоянием для матери и плода, что определяет показатели материнской и неонатальной заболеваемости [4]. В структуре материнской смертности преэклампсии занимают лидирующие позиции и составляют 29-35%, и перинатальной смертности - 230-400 промилле [12,13]. Преэклампсия также расшифровывается как одна из наиболее частых причин нарушения адаптации новорожденных в неонатальном периоде и задержки психомоторного развития детей [10].

Изучение патогенетических основ развития преэклампсии ведутся с давних времен изучения данной патологии. Еще с 70-ых годов XX столетия обсуждается вопрос о нарушениях второй волны инвазии цитотрофобласта в 16-18 недель в маточные артерии, в результате чего миоэктральные сегменты спиральных артерий сохраняют мышечную оболочку, эндотелий, эластические мембраны, а главное – узкий просвет. Эти изменения приводят к развитию эндотелиоза в спиральных артериях [5,9]. В дальнейшем, эти изменения приводят к снижению перфузии в тканях, дисбалансу вазоконстрикторов и вазодилататоров в поддержке вазоконстрикторов, что ведет к изменению эндотелиальной выстилки сосудов в плаценте и матке. В результате возникают циркуляторные, гемодинамические, кислородтранспортные нарушения в плаценте и формируется фетоплацентарная недостаточность - значимая причина развития неблагоприятного состояния плода. Таким образом, основными звеньями патогенеза преэклампсии являются:

- дефекты глубины инвазии трофобласта и формирования плаценты;
- ишемию плаценты, развивающуюся вследствие нарушения процессов плацентации;
- тотальную эндотелиальную дисфункцию как результат формирования системного воспалительного ответа организма беременной;
- плацентарные факторы, обеспечивающие взаимосвязь между локальной гипоксией плаценты с развитием системного воспалительного ответа при преэклампсии. [2].

Исследованиями последних лет показано, что целесообразно преэклампсию рассматривать в зависимости от начала заболевания. При начале заболевания до 34 недель (ранняя преэклампсия) отмечается более тяжелый клинический вариант, связанный с нарушением инвазии трофобласта, незавершенной трансформацией спиральных артерий, нарушениями иммунной системы, повышением уровня маркеров эндотелиальной дисфункции, что сопровождается СОРП, малыми размерами плаценты, высокой частотой индукции преждевременных родов, более высокой неонатальной заболеваемостью и смертностью [7,8]. При возникновении в более поздние сроки, преэклампсия возникает на фоне экстрагенитальной патологии у матери и характеризуется меньшим проявлением нарушения кровообращения в маточно-плацентарном бассейне, нормальной массой плода и плаценты.

Целью исследования на данном этапе явилось изучить особенности течения беременности и родов, а также перинатальные исходы женщин с преэклампсией в зависимости от времени начала заболевания.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами были обследованы 92 женщины с преэклампсией. Согласно национальным стандартам, критериями

легкой преэклампсии являются наличие нетяжелой артериальной гипертензии (САД от 140 до 160 мм.рт.ст. и/или ДАД от 90 до 110 мм.рт.ст.), выявленной после 20 недели беременности в сочетании с протеинурией 0,3 г/сутки и более, при отсутствии каких-либо других тревожных клинических симптомов или лабораторных изменений. Тяжелая артериальная гипертензия (САД 160 мм.рт.ст. и выше или ДАД 110 мм.рт.ст. и выше) после 20 недели гестации плюс протеинурия 0,3 г/л и более в суточной порции мочи; любая гипертензия плюс протеинурия или плюс один из угрожающих признаков, или любая гипертензия плюс один из угрожающих признаков эклампсии.

Независимо от степени тяжести преэклампсии, в настоящем исследовании пациентки разделены на 2 группы – с ранней преэклампсией 35 (38,2%) и поздней преэклампсией 57 (61,8%) женщин. В I группу включены женщины, у которых начало преэклампсии зарегистрировано до 34 недель и во II группу – после 34 недель беременности. Распределение пациенток по степени тяжести преэклампсии в обеих группах было примерно одинаковым: легкая преэклампсия диагностирована у 22(62,9%) женщин I группы и у 40(70,2%) женщин II группы, тяжёлая преэклампсия – у 13 (37%) и 17(29,8%) пациенток соответственно. Критериями исключения явились случаи тяжелой преэклампсии, осложнившиеся острой почечной недостаточностью, отёком лёгких, печёночной недостаточностью, HELLP-синдромом. Всем пациенткам для исключения осложнений тяжёлой преэклампсии проводили перечень необходимого по стандартам обследования, который включал определение гемоглобина, гематокрита, билирубина, АЛАТ, АсАТ, фибрина, фибриногена, белка мочи в суточной порции мочи, общего белка крови, тромбоцитов крови, электрокардиограмму, доплерометрию плода. По показаниям пациенткам назначали консультацию смежных специалистов и при необходимости перечень обследования расширяли. Нарушения плодово-плацентарного кровотока устанавливали по данным доплерометрии сосудов матки, плаценты и плода. При доплерометрическом исследовании измеряли параметры кровотока – систоло-диастолическое отношение (СДО), индекс резистентности (ИР), пульсационный индекс (ПИ). Использовали классификацию степени тяжести нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока, согласно которой выделяли 3 степени тяжести гемодинамических нарушений: I степень (А и Б) – нарушение маточно-плацентарного при сохраненном плодово-плацентарном кровотоке и нарушение плодово-плацентарного кровотока при сохраненном маточно-плацентарном кровотоке, II степень – одновременное нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, не достигающее критических нарушений, III степень – критические нарушения плодово-плацентарного кровотока при неизменном или измененном маточно-плацентарном кровотоке.

Статистическая обработка полученных результатов включала оценку средних показателей осложнений беременности, родов, способов и сроков родоразрешения, осложнений тяжёлой преэклампсии, массы тела и длины плода, оценки новорождённого по шкале Апгар.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст женщин I группы составил $26,1 \pm 0,3$, 2-й группы – $28,0 \pm 0,8$ лет. Первородящих женщин было 60% и 55% в I и II группах, повторнородящих – 35,7% и 38,2%, многорожавших – 4,3% и 6,8% соответственно. Анализ гинекологического анамнеза у обследованных (бесплодие и другая гинекологическая патология) отмечена у 10 (25%) женщин I группы и 9(15%). Привычное невынашивание или выкидыши в анамнезе указывали 14 (35%) пациенток этой группы и 12(21%) соответственно.

Наиболее часто встречаемой экстрагенитальной патологией среди обследованных групп женщин были анемия (80,2% в I группе, 76,4% во II группе), заболевания почек (50% и 25%), йоддефицитные состояния (7,5% и 5%), заболевания ЖКТ (5% и 1,3%), гипертоническая болезнь (5% и 10%), варикозная болезнь (2,5% и 0%).

Таблица 1. Течение беременности, исходы родов.

		Группа N=35	Группа N=57	P
1	Рвота беременных	30(85%)	29(58%)	<0,001
2	Угроза прерывания беременности	8(22,8%)	15(26,3%)	<0,001
3	Многоводие	8(22,8%)	10(17,5%)	<0,001
4	Маловодие	19(33,3%)	10(17,5%)	<0,001
5	СОРП	14(40%)	2(3,5%)	<0,001
6	Легкая преэклампсия	13(37,1%)	36(63,1%)	>0,05
7	Тяжелая преэклампсия	22(62,9%)	21(36,8%)	>0,05
8	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	7(20%)	2(3,5%)	<0,001
9	Нарушения плодово-маточно-плацентарного кровотока	35(100%)	48(84,2%)	<0,001
10	Преждевременные роды – до 34 недель беременности	5(14,3%)	0	<0,001
11	Преждевременные роды от 34 до 37 недель беременности	10(28,6%)	12(21%)	<0,001
12	Срочные роды	25(71,4%)	45(78,9%)	<0,001
13	Кесарево сечение	18(51,4%)	17(29,8%)	<0,001

Изучение течения беременности у обследуемых показало наибольший уровень осложнений на раннем этапе развития беременности, также проявления фетоплацентарной недостаточности-СОРП, маловодие- чаще наблюдались при возникновении преэклампсии до 34 недель гестации. (Табл.1)

Проведение доплерометрических исследований выявило, что у всех беременных с ранней преэклампсией имеются нарушения

	I-степень	II-степень	III-степень
I-я группа обследованных (n=35)	10(28,6%)	22(62,9%)	3(8,6%)
II-я группа обследованных (n=57)	40(70,2%)	8(14%)	0

Новорождённые от матерей с поздней преэклампсией оценены на 7 баллов и ниже в 7(12,3%) случаях, новорождённые от матерей с ранней преэклампсией – в 32(91%) случаях. Среди новорождённых от матерей с ранней преэклампсией, родившихся в асфиксии, состояние оценено на: 7 баллов у 20 (57,1%), 6 баллов – у 5 (14,2%), 5 баллов – у 3 (8,6%), 4 балла – у 4 (11,4%) новорождённых.

Таким образом, преэклампсия, диагностированная до 34 недель, является более неблагоприятным фактором риска развития плацентарной недостаточности, о чём свидетельствуют результаты относительного риска развития данной патологии при воздействии ранней и поздней преэклампсии, а также процентное распределение пациенток с ПН в этих группах пациенток. Можно предположить, что это связано с особенностями развития патогенеза ранней и поздней преэклампсии, отличающихся началом патологических изменений и степенью нарушений в маточно-плацентарном русле, способствуют более ранним изменениям процессов апоптоза в плацентарной ткани,

кровотока в маточно- плодово- плацентарном бассейне, причем в большей степени с проявлением в плодово-плацентарном русле. (Табл.2)

Таблица №2. Нарушения маточно-плацентарного кровообращения.

неполноценному ремоделированию сосудов плаценты, более выраженным нарушением ангиогенеза и гипоксии у пациенток с ранней преэклампсией. Полученные нами результаты косвенно подтверждают результаты исследований патогенеза ранних и поздних преэклампсий [5,11]. Необходимость преждевременного родоразрешения женщин с ранней преэклампсией возникала достоверно чаще, чем у беременных с поздней преэклампсией, что также свидетельствует о более тяжёлых вариантах течения ранней преэклампсии.

Разделение преэклампсии на раннюю и позднюю формы целесообразно не только из-за различных патогенетических механизмов, но и в связи с необходимостью формирования тактики в лечении, времени пролонгирования беременности при недоношенных её сроках и достижения клинически значимых перинатальных исходов. Последнее диктует необходимость проведения дальнейших научных исследований преэклампсий с учётом времени их возникновения, что позволит оптимизировать ведение беременности и родов у пациенток при преэклампсии.

Литература

1. Атаджанов, Г.С. Навжуванова, З.Я. Рахимов. Особенности состояния показателей гормонов фето-плацентарного комплекса и кардиогемодинамики у беременных при преэклампсии. // Вестник Авиценны. – 2011. – №2. – С.75-77.
2. Бицадзе О.В. и соавт. Тромбофилия как важнейшее звено патогенеза осложнений беременности. // Практическая медицина. 2012, 5(60), с 22-29
3. Кузьмин В.Н. Фето-плацентарная недостаточность: проблема современного акушерства / В.Н. Кузьмин // Лечащий врач. – 2011. – С. 350-54.
4. Савельева Г.М. Эклампсия в современном акушерстве / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, М.А. Курцер // Акушерство и гинекология. – 2010. – №6. – С. 4-9.
5. Савельева Г.М. М.А. Курцер, Шалина Р.И. Материнская смертность и пути ее снижения / Акушерство и гинекология. – 2009. – №3. – С. 11-15.
6. Сидорова И.С. Превентивный, превентивный подход к ведению беременных группы риска развития преэклампсии / И.С. Сидорова, Н.А. Никитина // Российский вестник акушера гинеколога. – 2014. – Т. 14, №5. – С. 44-49.
7. Ходжаева З.С. Ранняя и поздняя преэклампсия: парадигмы патобиологии и клиническая практика / З.С. Ходжаева, А.М. Холин, Е.М. Вихляева // Акушерство и гинекология. – 2013. – №10. – С. 4-11.

8. Burton G.I. Regulation of vascular growth and function in the human placenta / G.I. Burton, D.S. Chanoc-Jones, E. Jauniaux // *Reproduction*. – 2009. – Vol. 138, №10. – P. 895-902.
9. Brosens I., Renaer M. On the pathogenesis of placental infarcts in pre-eclampsia // *J. Obstet. Gynaecol. Br.C ommonw.* 1972. Vol.79, №9. P.794–799.
10. By Voto, L.S. Effects of preeclampsia on the mother, fetus and child [Электронный ресурс] / L.S. By Voto, A.M. Lapidus // 2011. URL: <http://www.obgyn.net/fetal-monitoring/effects-preeclampsia-mother-fetus-and-child>.
11. Ghulmiyyah L. SibaiB. Maternal mortality from preeclampsia/ eclampsia / *Semin. Perinatol.* – 2012. – Vol. 36, №1. – P. 56-59.
12. Steegers E.A., Daddelen J.J., Duvecot P. Preeclampsia / *Lancet*. – 2010. – Vol. 376, №1. – P. 631-644.