

Impact Factor: 6.145

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990
www.tadqiqot.uz

JRHUNR

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 7,
ISSUE 2

2026

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 университет

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно–практический
журнал

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

Журнал включен в перечень научных изданий, рекомендованных к публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам с 25 июня 2025 года Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан (письмо № 371/6 от 2025 года).

№ 2
2026

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич
доктор медицинских наук, профессор
Самаркандский государственный медицинский университет

Doctor of Medical Sciences, Professor
Samarkand State Medical University

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна
доктор медицинских наук, профессор
Ташкентский Государственный медицинский университет

Doctor of Medical Sciences, Professor
Tashkent State Medical University

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ | MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Зуфарова Шахноза Алимджановна
Доктор медицинских наук, профессор
Ташкентский Государственный медицинский университет
Doctor of Medical Sciences, Professor
Tashkent State Medical University

Агабабян Лариса Рубеновна
Кандидат медицинских наук, профессор
Самаркандский государственный медицинский университет
Candidate of Medical Sciences, Professor,
Samarkand State Medical University

Зокирова Нодира Исламовна
Доктор медицинских наук, профессор, Самаркандский
государственный медицинский университет
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Samarkand State Medical University

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
Доктор медицинских наук, профессор,
Российский университет дружбы народов
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Russian University of Friendship of Peoples

Пахомова Жанна Евгеньевна
доктор медицинских наук, профессор
Ташкентский Государственный медицинский университет:
Doctor of Medical Sciences, Professor
Tashkent State Medical University

Юлдашев Ботир Ахматович
доктор медицинских наук, доцент Самаркандский
государственный медицинский университет
Doctor of Medical Sciences, associate professor
Samarkand State Medical University

Надырханова Наталья Суратовна
доктор медицинских наук, Директор
ГУ «Республиканского специализированного
научно-практического медицинского
центра здоровья матери и ребёнка»
Doctor of Medical Sciences,
Director of the State Institution Republican
Specialised Scientific and Practical Medical
Centre for Maternal and Child Health

Ответственный секретарь:

Махмудова Севара Эркиновна
PhD по медицинским наукам, Самаркандский
государственный медицинский университет
PhD in Medical Sciences,
Samarkand State Medical University

Караченцова Ирина Васильевна
Кандидат медицинских наук, доцент
Российского национального исследовательского
Медицинского Университета им. Н.И.Пирогова
PhD, Associate Professor at the N.I. Pirogov
Russian National Research Medical University

Аллазов Салах Алазович
Доктор медицинских наук, профессор,
Самаркандский государственный медицинский университет
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Samarkand State Medical University

Дильмурадова Клара Равшановна
Доктор медицинских наук, профессор,
Самаркандский государственный медицинский университет
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Samarkand State Medical University

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
Доктор медицинских наук, профессор
Бухарский медицинский институт
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Bukhara Medical Institute

Локшин Вячеслав Нотанович
Доктор медицинских наук,
профессор, член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины (Казахстан)
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Corresponding Member of the National Academy
of Sciences of the Republic of Kazakhstan,
President of the Kazakhstan Association
of Reproductive Medicine (Kazakhstan).

Аскеров Арсен Аскерович
Доктор медицинских наук., профессор Кыргызско-Российского
Славянского университета, президент Кыргызской
ассоциации акушер-гинекологов и неонатологов
Doctor of Medical Sciences, Professor, Kyrgyz - Russian
Slavic University, President of the Kyrgyz Association
of Obstetricians and Neonatologists

Азизов Маматкул Курбанович
Доктор медицинских наук, профессор, Самаркандский
государственный медицинский университет
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Samarkand State Medical University

Шавази Наргиз Нуралиевна
доктор медицинских наук, доцент
Самаркандский государственный медицинский университет
DSc, Associate Professor
Samarkand State Medical University

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

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. **Ахмедова Азиза Тайировна** СОВРЕМЕННЫЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН/MODERN STRATEGIES FOR THE MANAGEMENT AND PREVENTION OF PREECLAMPSIA IN PRIMIPAROUS WOMEN/BIRINCHI MARTA HOMILADOR AYOLLARDA PREEKLAMPSIYANI BOSHQARISH VA PROFILAKTIKASI BO'YICHA ZAMONAVIY TAKTIKALAR.....6
2. **Farmonova Guljamol Farxod qizi, Rafikov Sanjar Shavkatovich, Negmadjanov Bahodur Boltayevich** JINSIY A'ZOLAR RIVOJLANISH NUQSONLARI BILAN KECHUVCHI SIYDIK AJRATISH TIZIMI KASALLIKLARIDA ERTA DIAGNOSTIKA ANAMIYATI/ZNAЧЕНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ/THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS IN URINARY SYSTEM DISEASES ASSOCIATED WITH GENITAL MALFORMATIONS.....9
3. **Joniyev Sanjar Shuxratovich** OG'IR PERIPARTAL KARDIOMIOPATIYA LARDA RIVOJLANGAN O'TKIR YURAK YETISHMOVCHILIGI REANIMATSIYA VA INTENSIV TERAPIYA SHAROITIDA DAVOLASH TAMOYILLARI/ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ / TREATMENT STRATEGIES FOR ACUTE HEART FAILURE IN SEVERE PERIPARTUM CARDIOMYOPATHY WITHIN THE INTENSIVE CARE SETTING.....12
4. **Mamatkulova Mohigul Jahongirovna, Negmadjanov Bahodur Boltayevich, Egamqulov Zayniddin Toshmuxeimedovich, Djuraqulova Xonzoda** TESTIKULYAR FEMINIZATSIYA SINDROMIDA TASHXIS VA DAVOLASH STRATEGIYALARINING BEMOR HAYOT SIFATIGA TA'SIRI/VЛИЯНИЕ СТРАТЕГИЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ/THE IMPACT OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT STRATEGIES IN TESTICULAR FEMINIZATION SYNDROME ON PATIENTS' QUALITY OF LIFE.....16
5. **Suleymanova Madina Shukhratovna, Nasimova Nigina Rustamovna** TUXUMDONLARI MUDDATIDAN OLDIN SO'NGAN AYOLLARDA REPRODUKTIV FAOLIYATINI TIKLASH USULLARINI TAKOMILLASHTIRISH / СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ/OPTIMIZATION OF METHODS FOR RESTORING REPRODUCTIVE FUNCTION IN WOMEN WITH PREMATURE OVARIAN INSUFFICIENCY.....19
6. **Xudoykulova Zukhra Sobir qizi, Nasimova Nigina Rustamovna** SEMIZLIK FONIDA HAYZ SIKLI BUZILISHLARI BO'LGAN O'SMIR QIZLARNI OLIV BORISHNI OPTIMALLASHTIRISH / ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ/OPTIMIZATION OF THE MANAGEMENT OF ADOLESCENT GIRLS WITH MENSTRUAL CYCLE DISORDERS ASSOCIATED WITH OBESITY.....24
7. **Boboyeva Ayna Ismailovna, Alieva Dिल्фуза Abdullaeva** VAGINAL MICROBIOCENOSIS IN WOMEN WITH CERVICAL DYSPLASIA: A COMPREHENSIVE REVIEW OF HPV-POSITIVE AND HPV-NEGATIVE PATIENTS/ВАГИНАЛЬНЫЙ МИКРОБИОЦЕНОЗ У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ: КОМПЛЕКСНЫЙ ОБЗОР HPV-ПОЗИТИВНЫХ И HPV-НЕГАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОК/BACHADON BO'YNI DISPLAZIYASI BO'LGAN AYOLLARDA VAGINAL MIKROBIOTSENOZ: HPV-MUSBAT VA HPV-MANFIY BEMORLARDA KOMPLEKS TAHLIL.....28
8. **Safarova Lola Aliaskarovna, Rajabova Iroda Muzaffarovna, Safarov Aliaskar Tursunovich** MENSTRUAL CYCLE DISORDERS AMONG ADOLESCENT GIRLS/НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СРЕДИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ/O'SMIR QIZLAR ORASIDA HAYZ SIKLINING BUZILISHLARI.....31

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1. **Валиев Шухрат Насимович** НАЛОЖЕНИЕ ШВОВ НА МАТКУ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕХНИК И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО РУБЦА/UTERINE SUTURING FOLLOWING CAESAREAN SECTION: A COMPARATIVE ANALYSIS OF TECHNIQUES AND THEIR IMPACT ON SCAR QUALITY/KESARCHA KESISH OPERATSIYASIDA BACHADONGA SHOK QUYISH: USULLARNI QIYOSIY TAHLIL QILISH VA CHANDIQ SIFATIGA TA'SIRI.....34
2. **Ибрагимов Курбонмурод Ниязович, Ахмедов Юсуфжон Махмудович, Ибрагимов Эхсон Курбонмуродович** КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АВТОРСКИХ МОДИФИКАЦИЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ/CLINICAL EFFECTIVENESS OF THE AUTHORS' MODIFICATIONS TO SURGICAL METHODS FOR THE CORRECTION OF HYPOSPADIAS IN CHILDREN/BOLALARDA GIPOSPADIASNI TUZATISH UCHUN JARROHLIK USULLARINING MUALLIFLIK MODIFIKATSIYALARINING KLINIK SAMARADORLIGI.....41
3. **Ниязметов Рахматулла Эрматович, Худайназаров Жамшид Улутбек угли** РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЦИСТИТ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ / RECURRENT CYSTITIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE: MODERN ASPECTS OF COMBINED TREATMENT/FERTIL YOSHDAGI AYOLLARDA RETSIDIVLANUVCHI TSISTIT: KOMPLEKS DAVOLASHNING ZAMONAVIY JIHATLARI.....46
4. **Ризаев Жасур Алимджанович, Агабабян Лариса Рубеновна, Есжанова Алия Абдигалиевна** КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СМЕЩЕНИЯ СКРИНИНГА ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ПЕРВЫЙ ТРИМЕСТР: АНАЛИЗ ПРЕДОТВРАЩЕННОГО УЩЕРБА/CLINICAL AND ECONOMIC JUSTIFICATION FOR SHIFTING GESTATIONAL DIABETES SCREENING TO THE FIRST TRIMESTER: ANALYSIS OF PREVENTED HARM/GESTATION QANDLI DIABET SKRININGINI BIRINCHI TRIMESTRGA SURISHNING KLINIKO-IQTISODIY ASOSLARI: OLDINI OLINGAN ZARAR TAHLILI.....51
5. **Ризаев Жасур Алимджанович, Агабабян Лариса Рубеновна, Халмуратова Карлыгаш Жолдаскызы** СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОДЕ



ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ/ LITERATURE REVIEW

УДК:618.3-022.7:616.61-002-08

Ахмедова Азиза Тайировна

Старший преподаватель, PhD

Самаркандский Государственный медицинский институт

Самарканд, Узбекистан

СОВРЕМЕННЫЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Ahmedova Aziza Tayirovna, Modern strategies for the management and prevention of preeclampsia in primiparous women (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2026, vol. 7, issue 2


<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.20824693>

Aziza Tayirovna Ahmedova

Senior Lecturer, PhD

Samarkand State Medical Institute

Samarkand, Uzbekistan

MODERN STRATEGIES FOR THE MANAGEMENT AND PREVENTION OF PREECLAMPSIA IN PRIMIPAROUS WOMEN (LITERATURE REVIEW)

Ahmedova Aziza Tayirovna

Katta o'qituvchi, PhD

Samarqand davlat tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

BIRINCHI MARTA HOMILADOR AYOLLARDA PREEKLAMPSIYANI BOSHQARISH VA PROFILAKTIKASI BO'YICHA ZAMONAVIY TAKTIKALAR (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Преэклампсия является одним из наиболее опасных осложнений беременности, встречающимся преимущественно у первородящих женщин. Она характеризуется сочетанием артериальной гипертензии, протеинурии и системного эндотелиального повреждения, что приводит к нарушению функции жизненно важных органов. Заболевание занимает одно из ведущих мест среди причин материнской смертности, достигая до 15% всех летальных исходов в акушерстве. [1] Несмотря на активное изучение патогенеза, ранняя диагностика и эффективная профилактика остаются актуальными задачами современной акушерской практики [9,12].

Гипертензивные расстройства беременности занимают одно из ведущих мест в структуре акушерских осложнений. Среди них наиболее опасной формой является преэклампсия — специфический синдром беременности, возникающий после 20 недель гестации и характеризующийся артериальной гипертензией в сочетании с признаками полиорганной дисфункции.

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно от осложнений, связанных с преэклампсией и эклампсией, погибают десятки тысяч женщин и сотни тысяч новорожденных. Частота преэклампсии колеблется от 2 до 8 % всех беременностей, однако среди групп высокого риска данный показатель может достигать 15–20 %.

Особое место занимают первородящие женщины. Согласно многочисленным эпидемиологическим исследованиям, риск развития преэклампсии у первобеременных в 2–3 раза выше по сравнению с повторнородящими. Это связано с особенностями иммунологической адаптации материнского организма к антигенам плода, недостаточной перестройкой сосудов матки и рядом генетических механизмов.

В последние годы достигнут значительный прогресс в понимании патогенеза заболевания, разработаны новые методы раннего прогнозирования и профилактики, что позволяет существенно улучшить акушерские и перинатальные результаты.

Преэклампсия может протекать в лёгкой и тяжёлой форме. Тяжёлые формы сопровождаются высоким риском:

- фетоплацентарной недостаточности,
- задержки роста плода,
- преждевременных родов,
- материнской и перинатальной смертности [7,13].

У первородящих женщин отсутствие адаптационных изменений сосудистой системы усиливает вероятность возникновения плацентарной недостаточности. Это приводит к нарушению перфузии плаценты, гипоксии плода и задержке внутриутробного развития. Современные исследования подчеркивают, что первородящие женщины имеют более высокий риск тяжёлых осложнений, так как у них отсутствует иммунная

толерантность к антигенам плода, что усиливает воспалительные реакции и эндотелиальную дисфункцию. [2] По данным Бабажановой, своевременная профилактика снижает риск развития тяжелой преэклампсии. [2]

Преэклампсия является одним из наиболее тяжелых и социально значимых осложнений беременности, представляющим серьезную угрозу для здоровья матери и плода. Несмотря на значительные достижения современной акушерской науки, данная патология по-прежнему остается одной из ведущих причин материнской, перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности во всем мире. По данным международных исследований, преэклампсия развивается у 2–8 % беременных женщин, а среди пациенток группы высокого риска частота заболевания может достигать 15–20 %. Ежегодно осложнения, связанные с гипертензивными расстройствами беременности, становятся причиной более 70 тысяч случаев материнской смертности и около 500 тысяч случаев перинатальных потерь.

Преэклампсия представляет собой мультисистемное патологическое состояние, возникающее после 20-й недели беременности и характеризующееся развитием артериальной гипертензии в сочетании с признаками поражения различных органов и систем организма. В настоящее время заболевание рассматривается как результат сложного взаимодействия генетических, иммунологических, сосудистых и метаболических факторов, приводящих к нарушению процессов плацентации и развитию генерализованной эндотелиальной дисфункции. Клинические проявления преэклампсии отличаются значительным полиморфизмом — от умеренного повышения артериального давления до тяжелых форм с развитием эклампсии, HELLP-синдрома, острой почечной недостаточности, цереброваскулярных осложнений и полиорганной недостаточности.

Особое место среди беременных занимают первородящие женщины. Согласно результатам многочисленных эпидемиологических исследований, первая беременность является самостоятельным фактором риска развития преэклампсии. У первобеременных данная патология встречается значительно чаще, чем у повторнородящих женщин, что связано с особенностями иммунологической адаптации материнского организма к антигенам плода и плаценты. Считается, что недостаточная иммунологическая толерантность между организмом матери и плодом может приводить к нарушению процессов инвазии трофобласта и неполному ремоделированию спиральных артерий матки, что лежит в основе дальнейшего развития плацентарной недостаточности и системных сосудистых нарушений.

В последние десятилетия отмечается тенденция к увеличению распространенности факторов риска преэклампсии, таких как ожирение, сахарный диабет, хроническая артериальная гипертензия, метаболический синдром и беременность в позднем репродуктивном возрасте. Кроме того, широкое внедрение вспомогательных репродуктивных технологий также способствовало росту числа беременных, относящихся к группе высокого риска по развитию гипертензивных осложнений. В связи с этим проблема ранней диагностики и профилактики преэклампсии приобретает особую актуальность.

Современные достижения в области молекулярной биологии, генетики и перинатальной медицины позволили значительно расширить представления о механизмах развития заболевания. Были идентифицированы новые биомаркеры плацентарной дисфункции, включая плацентарный фактор роста (PlGF), растворимую тирозинкиназу fms-подобного типа (sFlt-1) и ряд других факторов ангиогенеза, использование которых способствует раннему выявлению пациенток высокого риска. Внедрение комплексных скрининговых программ первого триместра беременности позволяет прогнозировать развитие ранней преэклампсии еще до появления клинических симптомов.

Не менее важным направлением является совершенствование профилактических мероприятий. В настоящее время убедительно доказана эффективность назначения низких доз ацетилсалициловой кислоты женщинам группы высокого риска, а

также коррекции дефицита кальция и модификации образа жизни. Результаты крупных многоцентровых исследований свидетельствуют о том, что своевременно начатая профилактика способна существенно снизить частоту ранней и тяжелой преэклампсии, уменьшить риск преждевременных родов и улучшить перинатальные исходы.

Следует отметить, что преэклампсия имеет не только краткосрочные, но и отдаленные последствия для здоровья женщины. Установлено, что пациентки, перенесшие данное осложнение беременности, в последующие годы имеют повышенный риск развития хронической артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, инсульта, сердечной недостаточности и хронической болезни почек. В связи с этим преэклампсия рассматривается не только как осложнение беременности, но и как важный маркер будущих сердечно-сосудистых заболеваний.

Таким образом, высокая распространенность преэклампсии среди первородящих женщин, значительный риск развития тяжелых материнских и перинатальных осложнений, а также наличие долгосрочных последствий для здоровья определяют актуальность дальнейшего изучения данной проблемы. Совершенствование методов раннего прогнозирования, профилактики и ведения беременности у пациенток группы высокого риска является одной из приоритетных задач современного акушерства и перинатологии.

Современная тактика ведения первородящих с преэклампсией строится на принципах раннего выявления, динамического мониторинга и индивидуализированной терапии. Регулярный контроль артериального давления, анализов крови и мочи, а также доплерометрия являются обязательной частью наблюдения. [3] Как отмечает Алдангарова, применение комплексных превентивных мер позволяет значительно уменьшить риск прогрессирования заболевания. [3]

Особое значение имеет использование низкодозированного аспирина. Доказано, что назначение аспирина в дозе 75–150 мг в сутки с 12–16 недель беременности снижает риск развития преэклампсии на 20–30%, особенно у первородящих женщин с факторами риска. [4] Айламазян подчёркивает, что аспирин является наиболее эффективным средством профилактики ранней и тяжелой преэклампсии. [4]

При развитии заболевания необходим тщательный мониторинг состояния матери, включая контроль функции почек, печени, коагулограммы и суточной протеинурии. У первородящих женщин риск осложнений, таких как эклампсия, инсульт и ДВС-синдром, выше, чем у повторнородящих. [5] Гаипова в своих работах подчеркивает значимость анализа факторов риска и их влияния на течение заболевания. [5]

Состояние плода оценивается с помощью УЗИ, биофизического профиля и доплерометрии. У первородящих нередко наблюдается задержка роста плода вследствие нарушенной плацентарной перфузии. Это приводит к повышению частоты перинатальных осложнений, преждевременных родов и гипоксии. [6] Баринев показал, что доплерометрия помогает своевременно определить признаки ухудшения фетоплацентарного кровотока. [6]

Тактика родоразрешения зависит от тяжести преэклампсии. При лёгких формах возможно пролонгирование беременности под динамическим контролем, при тяжёлых — требуется досрочное родоразрешение. У первородящих чаще возникает необходимость в индукции родов из-за отсутствия готовности родовых путей. [7] Как отмечает Барановская, гипертензивные нарушения существенно влияют на выбор метода родоразрешения. [7]

Современные подходы включают мультидисциплинарное ведение, модификацию образа жизни, рациональное питание, ограничение соли, умеренную физическую активность и контроль веса. [8] Габидуллина подчеркивает важность скрининга преэклампсии в первом триместре для раннего выявления риска. [8]

Комплексная система наблюдения, включающая регулярный мониторинг, профилактическую терапию, коррекцию

сопутствующих заболеваний и своевременное родоразрешение, значительно улучшает прогноз для матери и ребёнка. [9] Девятова отмечает, что современные методы скрининга позволяют выявлять риски задолго до появления симптомов. [9]

Заключение

Совершенствование тактики ведения беременности у первородящих женщин с преэклампсией требует комплексного и индивидуализированного подхода, объединяющего раннюю

диагностику, динамический мониторинг состояния матери и плода, профилактическое применение низкодозированного аспирина и своевременное родоразрешение. Эффективная организация наблюдения, мультидисциплинарное ведение и коррекция факторов риска позволяют значительно снизить частоту тяжёлых форм преэклампсии, минимизировать материнские и перинатальные осложнения и повысить безопасность беременности.

Использованная литература

1. Аксенова А.С., Козиолова Н.А., Падруль М.М. Прединдикторы развития преэклампсии у беременных с гипертензивным синдромом // Артериальная гипертензия. – 2016. – Т. 22. – № 4. – С. 349–363.
2. Бабажанова Г.С., Абдуллаева М., Негмаджанов Б. ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ И ПУТИ ЕЁ СНИЖЕНИЯ // Международная конференция академических наук. – 2024. – Т. 3. – № 11. – С. 13–19.
3. Алдангарова Г.А., и др. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. – 2021. – Т. 31. – № 1. – С. 89–91.
4. Айламазян Э.К., Репина М.А. Комментарии к клиническому протоколу «Гипертензия во время беременности, преэклампсия, эклампсия» // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. 61. – № 5. – С. 3–9.
5. Гаипова Н.М.К. Особенности факторов риска у беременных с преэклампсией // Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – № 5. – С. 34–37.
6. Баринев С.В., и др. Прогнозирование риска тяжелой преэклампсии при многоплодной беременности и пути её профилактики // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2015. – № 1. – С. 69–76.
7. Барановская Е.И. Гипертензия у беременных и преэклампсия // Медицинские новости. – 2017. – № 6. – С. 4–
8. Габидуллина Р.И., Ганеева А.В., Шигабутдинова Т.Н. Прединдикторы преэклампсии. Скрининг и профилактика в I триместре беременности // Гинекология. – 2021. – Т. 23. – № 5. – С. 428–434.
9. Девятова Е.А., Гагаев Ч.Г. Преэклампсия: новые аспекты патогенеза, концепции скрининга и профилактики // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. – 2017. – № 3 (17). – С. 66–77.
10. Дубровина С.О., Муцалханова Ю.С., Тикиджиева В.Ю. Поиск ранних прогностических маркеров преэклампсии // Таврический медико-биологический вестник. – 2016. – Т. 19. – № 2. – С. 62–64.
11. Дикур О.Н., Копылов Ф.Ю. Клиническое значение эндотелиальной дисфункции при беременности как компонента комплексной оценки риска развития преэклампсии // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. – 2014. – Т. 1. – № 2. – С. 7–13.
12. Додхоева М.Ф., Олимова Ф.З. Современные теории этиопатогенеза и профилактики преэклампсии // Вестник Авиценны. – 2017. – Т. 19. – № 4. – С. 537–543.
13. Ержан З.Е., и др. Тяжелая преэклампсия – актуальная проблема современного акушерства (Обзор литературы) // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2013. – № 4-1. – С. 34–36.
14. Иванова О.Ю., и др. Возможности прогнозирования преэклампсии в первой половине беременности // Доктор. Ру. – 2017. – № 7 (136). – С. 33–37.