



**ILMIY VA
INNOVATSION
TERAPIYA**

**SCIENTIFIC >>> >>>
AND INNOVATIVE
THERAPY**

2026, № 3 (Май-Июнь)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**SCIENTIFIC AND INNOVATIVE
THERAPY**

**ИЛМИЙ ВА ИННОВАЦИОН
ТЕРАПИЯ**

**НАУЧНАЯ И ИННОВАЦИОННАЯ
ТЕРАПИЯ**

Научный журнал по научной и инновационной терапии
основано в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*Н.Ш. Ахмедова (зам. главного редактора),
Ш.А. Наимова (ответственный секретарь),
Г.Ж. Жарилкасинова, Н.А. Нуралиев, К.Ж. Болтаев,
Ф.Э. Нурбаев, С.М. Бахрамов, А.Г. Гадаев,
А.Ш. Иноятов, Р.Б. Абдуллаев*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

ISSN
2181-418X

2026, № 3 (Май-Июнь)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100,
г. Бухара, ул. А. Гиждувани, 23.

Телефон:

(99865) 223-00-50

Факс

(99866) 223-00-50

Сайт

<https://ivit.uz/>

e-mail

shnaimova5@gmail.com

О журнале

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28.05.2022 г.

Редакционный совет:

Anand Ahuja	(Индия)
Nordin Simbak	(Малайзия)
Tetsuo Sasano	(Япония)
Ali O'zdemir	(Туркия)
Есаян А.М.	(Россия)
Арипова Т.У.	(Узбекистан)
Артикова М.А.	(Узбекистан)
Амонов М.К.	(Узбекистан)
Бадритдинова М.Н.	(Узбекистан)
Бобоев К.Т.	(Узбекистан)
Гиясова Н.О.	(Узбекистан)
Давлатов С.С.	(Узбекистан)
Дустова Н.К.	(Узбекистан)
Курманова Г.М.	(Узбекистан)
Қаюмов А.А.	(Узбекистан)
Набиева Д.А.	(Узбекистан)
Пўлатов С.С.	(Узбекистан)
Рахматова Д.И.	(Узбекистан)
Саноева М.Ж.	(Узбекистан)
Сулаймонова Г.Т.	(Узбекистан)
Тўрақулов Р.И.	(Узбекистан)
Шодидулова Г.З.	(Узбекистан)
Эгамова С.Қ.	(Узбекистан)
Юлдашева Д.Х.	(Узбекистан)
Юнусова Н.Ш.	(Узбекистан)
Убайдуллаева З.И.	(Узбекистан)
Нуруллоев С.О.	(Узбекистан)
Тиллаева Ш.Ш.	(Узбекистан)

Подписано в печать 20.08.2025.

Формат 60×84 1/8

Усл. П.л. 41,39

Заказ 104

Тираж 50 экз.

Отпечатано в типографии Шарк

140151, г. Бухары,

ул. Амира Темура, 18

ГИПЕРТЕНЗИВ ҲОЛАТЛИ ҲОМИЛАДОРЛАРДА ТУҒРУҚ ВА ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРНИ ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Нажметдинова Д.Ф.

*Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро ш.,
Ўзбекистон*

Аннотация. Мақолада гипертензив ҳолатли ҳомиладорларда туғруқ ва туғруқдан кейинги даврни олиб бориш тактикасининг хусусиятлари, туғруқ вақти ва усулини дифференциал танлаш масалалари ёритилган. Тадқиқот 2021–2023 йилларда стационар шароитида кузатилган 150 нафар ҳомиладор аёлда олиб борилди: назорат гуруҳи (n=50), гестацион артериал гипертензияли (ГАГ, n=50), сурункали артериал гипертензияли (ХАГ, n=50) ва преэклампсияли (ПЭ, n=75) беморлар. Она ва ҳомила марказий, системали ва регионар – буйрак ҳамда бачадон-плацентар-ҳомила қон оқими параметрлари динамик мониторинг қилинди. Натижалар шуни кўрсатдики, ишлаб чиқилган диагностик алгоритм асосида дифференциал гипотензив терапия ва гемодинамика мониторинги ХАГ да 90%, ГАГ да 70% ва ўртача ПЭ да 58% ҳолларда ҳомиладорликни прологация қилиш имконини берди. Бачадон бўйни Фолей катетери ва простагландинлар (Гландин Е2) билан тайёрлаш дастур асосидаги туғруқда юқори самарадорлик (100% мустақил туғруқ) кўрсатди. Артериал гипертензиянинг ўзи абдоминал туғруққа кўрсатма эмаслиги тасдиқланди.

Калит сўзлар: гипертензив ҳолатлар, преэклампсия, ҳомиладорлик, туғруқни олиб бориш, кесар кесиш, туғруқни индукция қилиш, бачадон-плацентар қон оқими, гемодинамика.

FEATURES OF LABOR AND POSTPARTUM MANAGEMENT TACTICS IN PREGNANT WOMEN WITH HYPERTENSIVE DISORDERS

Najmetdinova D.F.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

Abstract. The article highlights the features of labor and postpartum management tactics in pregnant women with hypertensive disorders, as well as the differentiated choice of the timing and method of delivery. The study was conducted on 150 pregnant women observed in a hospital setting in 2021–2023: a control group (n=50), women with gestational arterial hypertension (GAH, n=50), chronic arterial hypertension (CAH, n=50), and preeclampsia (PE, n=75). The central, systemic and regional – renal and uteroplacental-fetal – blood flow parameters of the mother and fetus were dynamically monitored. The results showed that differentiated antihypertensive therapy combined with hemodynamic monitoring, based on the developed diagnostic algorithm, allowed prolongation of pregnancy in 90% of cases with CAH, 70% with GAH and 58% with moderate PE. Cervical ripening with a Foley catheter and prostaglandins (Glandin E2) for programmed labor demonstrated high efficiency (100% spontaneous delivery). It was confirmed that arterial hypertension per se is not an indication for abdominal delivery.

Keywords: hypertensive disorders, preeclampsia, pregnancy, labor management, cesarean section, labor induction, uteroplacental blood flow, hemodynamics.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Нажметдинова Д.Ф.

Аннотация. В статье освещены особенности тактики ведения родов и послеродового периода у беременных с гипертензивными состояниями, а также вопросы дифференцированного выбора срока и метода родоразрешения. Исследование проведено у 150 беременных, наблюдавшихся в условиях стационара в 2021–2023 гг.: контрольная группа (n=50), беременные с гестационной артериальной гипертензией (ГАГ, n=50), хронической артериальной гипертензией (ХАГ, n=50) и преэклампсией (ПЭ, n=75). Проводился динамический мониторинг параметров центральной, системной и регионарной – почечной и маточно-плацентарно-плодовой – гемодинамики матери и плода. Результаты показали, что дифференцированная гипотензивная терапия в сочетании с мониторингом гемодинамики на основе разработанного диагностического алгоритма позволила пролонгировать беременность в 90% случаев при ХАГ, 70% при ГАГ и 58% при умеренной ПЭ. Подготовка шейки матки катетером Фолея и простагландинами (Гландин Е2) для программированных родов продемонстрировала высокую эффективность (100% самопроизвольных родов). Подтверждено, что артериальная гипертензия сама по себе не является показанием к абдоминальному родоразрешению.

Ключевые слова: гипертензивные состояния, преэклампсия, беременность, ведение родов, кесарево сечение, индукция родов, маточно-плацентарный кровоток, гемодинамика.

Долзарблиги. Ҳомиладорлик даврида учрайдиган гипертензив ҳолатлар она ва унинг авлоди учун ҳомиладорлик ҳамда туғруқнинг ноқулай яқунланишининг асосий сабабларидан бири ҳисобланади ҳамда она ва перинатал ўлим тузилмасида етакчи ўринни эгаллайди. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, она ўлими сабаблари таҳлилида гестация

давридаги гипертензив синдромлар иккинчи ўринда туриб, ҳолатларнинг 14% ини ташкил қилади. Гестацион артериал гипертензияли аёлларнинг 35% гача, сурункали артериал гипертензияли беморларнинг 25% гача қисмида преэклампсия ривожланиши мумкин.

Гипертензив расстройстволари бўлган аёлларни оқилона туғдиришнинг асосий мақсадли тамойиллари қуйидагилардир: тутқанокнинг олдини олиш, гипертензияни назорат қилиш ва туғруқ усулини адекват танлаш. Туғруқ вақти ва усулини танлаш клиник вазиятни, она ва ҳомила ҳолатини ҳамда комплекс лаборатор-функционал текширув маълумотларини таҳлил қилишга асосланиши керак. Шу сабабли она ва ҳомила гемодинамикасининг узлуксиз мониторинги асосида дифференциал акушерлик тактикасини ишлаб чиқиш замонавий акушерликнинг долзарб масалаларидан биридир.

Мақсад. Гипертензив ҳолатли ҳомиладорларда туғруқ ва туғруқдан кейинги даврни олиб бориш хусусиятларини ўрганиш ҳамда марказий ва регионар гемодинамика мониторинги асосида туғруқ вақти ва усулини танлашда дифференциал акушерлик тактикасини такомиллаштириш.

Материал ва методлар. Проспектив тадқиқот 2021–2023 йиллар давомида Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт марказида (РИОБСИАТМ) стационар шароитида кузатилган 150 нафар ҳомиладор аёлда олиб борилди. Беморларнинг ёши 18 ёшдан 41 ёшгача бўлиб, ўртача ёш $26,1 \pm 0,96$ йилни ташкил қилди. Назорат гуруҳини физиологик кечган ҳомиладорликка эга 50 аёл ташкил қилди. Асосий гуруҳ беморлари гестацион артериал гипертензияли (ГАГ, $n=50$), сурункали артериал гипертензияли (ХАГ, $n=50$) ва ҳомиладорлик жараёнида преэклампсия қўшилган ҳамда ўртача преэклампсияли (ПЭ, $n=75$) гуруҳларга ажратилди.

Тадқиқот вазифаларини ҳал этиш учун қуйидаги усуллар қўлланилди: клиник кузатув ва шикоятларни баҳолаш, клиник-биохимик текширув (умумий оқсил, мочевина, креатинин, цистатин-С, сийдикда МАУ, кунлик диурез),

регионар – буйрак ва бачадон-плацентар-хомила қон оқимини баҳолашда доплерометрия (СДО ва ИР кўрсаткичлари), она марказий гемодинамикасини баҳолашда эхокардиография (УО, МОК, ЧСС, ОПСС, ДАД) ҳамда статистик таҳлил. Преэклампсия ташхиси ва унинг оғирлик даражаси ЖССТ нинг ҳомиладорликдаги гипертензив ҳолатлар таснифи (МКБ-10) асосида қўйилди. Артериал гипертензияни даволашда миллий протокол тавсияларига риоя қилинган ҳолда дифференциал гипотензив терапия (нифедипин, метилдопа), магнезиал терапия, антиоксидант ва антиагрегант препаратлар қўлланилди.

Миқдорий кўрсаткичлар ўртача қиймати (М) ва ўртача хатолиги (m) ҳисобланди; гуруҳлараро фарқлар $p < 0,05$ бўлганда статистик жиҳатдан ишончли деб қабул қилинди.

Натижалар таҳлили. Назорат гуруҳининг барча 50 аёлида кейинги триместрлар силлиқ кечди: туғруқлар физиологик равишда табиий туғруқ йўллари орқали 38–39 ҳафта муддатида яқунланди. Ўртача вазни $3500,0 \pm 250,0$ г ва Апгар шкаласи бўйича 7–8 балл баҳоланган 50 нафар янги туғилган чақалоқ туғилди; туғруқдан кейинги даврда асоратлар қайд этилмади.

ГАГ гуруҳидаги 10 (20%) беморда преэклампсия қўшилгани сабабли улар ПЭ гуруҳига ўтказилди. Қолган 40 беморда олиб борилган дифференциал терапия самарали бўлди: 38 аёлда туғруқ табиий йўл орқали физиологик кечди (чақалоқлар вазни $3350,0 \pm 150,0$ г, Апгар 7–8 балл), 2 аёлда эса туғруқнинг қониқарсиз кечиши ва ҳомила дистресси сабабли акушерлик кўрсатмалари бўйича кесар кесиш операцияси бажарилди.

ХАГ гуруҳидаги 50 бемордан 15 нафарида 34 ҳафта муддатида преэклампсия ривожланиб, улар ПЭ гуруҳига ўтказилди. Қолган 35 беморда танланган гипотензив терапия фонида ҳомиладорлик 38–39 ҳафтагача прологация қилинди; шулардан 30 аёл табиий туғруқ йўллари орқали асоратсиз туғди, 5 аёлда туғруқ патологик кечди (3 ҳолатда туғруқнинг қониқарсиз

прогресси, 2 ҳолатда плацентанинг бевакт кўчиши фонида ҳомиланинг ўткир дистресси) ва абдоминал йўл билан туғдирилди.

Прееклампсияли (ПЭ) гуруҳдаги 75 бемор стационарга ётқизиilib, даволаш-муҳофаза режими ва оксилга бой рацион белгиланди; гипотензив препарат сифатида метилдопа қўлланилди. Олиб борилган терапия самарадорлиги клиник маълумотлар ва она органли, системали ҳамда регионар қон оқими кўрсаткичлари мониторинги асосида баҳоланди. 17 (22,6%) беморда комплекс терапия самарасизлиги сабабли 33–34 ҳафта муддатида она манфаатлари йўлида муддатидан олдин кесар кесиш йўли билан туғдиришга қарор қилинди (улардан 8 (47%) — ПЭ, 6 (35,2%) — ГАГ+ПЭ ва 3 (17,6%) — ХАГ+ПЭ). Бундан ташқари, 58 пролонгация қилинган бемордан 18 (29,5%) нафарида 36–37 ҳафта муддатида прееклампсия белгилари рецидиви қайд этилди.

Бачадон бўйни етилмаганлиги (Бишоп шкаласи бўйича 3–4 балл) шароитида туғруқ йўллари тайёрлаш учун Фолей катетери қўлланилди; кератор олиб ташланганидан кейин туғруқ фаолияти ривожланмаган беморларда динопростон гели (3 мг) билан индукция давом эттирилди. Ушбу усуллар комбинацияси юқори клиник самара (100% мустақил туғруқ) берди: бачадон бўйни тез ва физиологик очилди, миометрий гиперфаоллиги хавфсиз кечди. Ушбу натижалар бачадон бўйнини Фолей катетери ва простагландинлар комбинацияси билан тайёрлаш ўртача прееклампсияли беморларда самарали ва физиологик усул эканлигини кўрсатди.

Туғруқ усуллари ва натижалари бўйича умумлаштирилган маълумотлар 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида туғруқ усуллари ва янги туғилган чақалоқлар натижалари

Гурух	Беморлар сони	Табиий туғруқ	Кесар кесиш
Назорат	50	50 (100%)	0
ГАГ	40*	38 (95%)	2 (5%)
ХАГ	35*	30 (85,7%)	5 (14,3%)
ПЭ (ўртача)	75	45 (60%)	30 (40%)

*Изоҳ: * — ГАГ ва ХАГ гуруҳларида преэклампсия қўшилган беморлар (мос равишда 10 ва 15 нафар) ПЭ гуруҳига ўтказилгандан кейинги сонлар келтирилган.*

Ишлаб чиқилган диагностик алгоритм артериал гипертензиянинг турли шакллари аниқ дифференциал ташхислаш, патогенетик асосланган даволашни танлаш ва туғруқ муддатларини белгилаш имконини берди. Алгоритмни қўллаш ўртача преэклампсияли 50 бемордан 28 (58%), ГАГ ли беморларнинг 35 (70%) ва ХАГ ли беморларнинг 45 (90%) ҳолатида ҳомиладорликни прологация қилишга имкон яратди. Гипертензив синдромли 100 бемордан 25 (40%) нафарида гестациянинг 2- ва 3-триместридан бошлаб преэклампсия қўшилиши олдиндан башорат қилинди.

Оғир преэклампсияда оператив туғруқнинг юқори улуши (30%) 34 ҳафтадан кам муддатда туғруқ йўллари ва ҳомиланинг биологик етилмаганлиги, табиий йўл орқали тез ва авайлаб туғдириш шароитларининг йўқлиги билан боғлиқ бўлди. Анестезиянинг асосий усули регионар анестезия бўлди. Артериал гипертензиянинг ўзи абдоминал туғруққа кўрсатма эмас: она ва ҳомила ҳолати қониқарли ҳамда кесар кесишга акушерлик кўрсатмалари бўлмаганда оптимал усул табиий туғруқ йўллари орқали туғдиришдир.

Туғруқдан кейинги даврда артериал босимнинг тебранишлари кузатилди. Туғруқдан кейинги дастлабки беш кун давомида артериал босимни камида кунига бир марта назорат қилиш тавсия этилди, чунки кеч преэклампсия

ривожланиш хавфи сақланади. Туғруқдан кейин 4 ҳафтагача бош оғриғи, эпигастрал соҳа оғриғи, кўриш бузилишлари, юз, қўл ёки оёқларнинг тўсатдан шишиши ёки тутқаноқ пайдо бўлганда *de novo* преэклампсияга шубҳа қилиш зарур.

Хулоса. Олиб борилган тадқиқот шуни кўрсатдики, гипертензив ҳолатли ҳомиладорларда туғруқ ва туғруқдан кейинги даврни олиб бориш тактикаси она марказий, системали ва регионар – бачадон-плацентар-ҳомила ҳамда буйрак қон оқими бузилишларининг патогенетик вариантыни ва оғирлик даражасини аниқлашга асосланиши керак. Гемодинамика ва клиник-биохимик кўрсаткичларнинг узлуксиз мониторинги преэклампсияни башорат қилиш, унинг оғирлигини баҳолаш, асоссиз узайтирилган терапиядан сақланиш ҳамда туғруқ муддати ва усулини она ва ҳомила манфаатларида ўз вақтида ҳал этиш имконини беради.

Дифференциал гипотензив терапия ва диагностик алгоритмни қўллаш ХАГ да 90%, ГАГ да 70% ва ўртача ПЭ да 58% ҳолларда ҳомиладорликни прологация қилишга имкон берди. Бачадон бўйнини Фолей катетери ва простагландинлар (Гландин Е2) комбинацияси билан тайёрлаб дастур асосида туғдириш юқори самарали ва физиологик усул бўлиб, туғруқ натижаларини яхшилашга хизмат қилади. Артериал гипертензиянинг ўзи абдоминал туғруққа кўрсатма ҳисобланмайди; преэклампсия клиник белгиларининг кучайиши, фетоплацентар тизим ва ҳомила функционал ҳолатининг ёмонлашуви эса муддатидан олдин оператив туғдиришга асос бўлади.

Адабиётлар рўйхати

1. Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В., Игнатко И.В. и др. Преэклампсия: современные подходы к диагностике и тактике ведения. *Акушерство и гинекология*. 2016; (4): 5–10.
2. Барановская Е.И. Преэклампсия в современном акушерстве. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2018; 18(4): 14–18.

3. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Хизроева Д.Х. и др. Гипертензивные расстройства при беременности. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2018; 12(2): 5–15.
4. Волкова Е.В., Лысюк Е.Ю., Джохадзе Л.С., Макаров О.В. Особенности течения беременности при хронической артериальной гипертензии. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2018; 18(3): 11–17.
5. Сидорова И.С., Никитина Н.А. Преэклампсия как гестационный иммунокомплексный комплемент-опосредованный эндотелиоз. *Акушерство и гинекология*. 2023; (1): 5–12.
6. Чулков В.С., Верейна Н.К., Синицын С.П. Прогнозирование преэклампсии у беременных с хронической артериальной гипертензией. *Артериальная гипертензия*. 2020; 26(4): 416–424.
7. Poon L.C., Shennan A., Hyett J.A., et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019; 145 (Suppl 1): 1–33.
8. Muto H., Ishii K., Nakano T., et al. Risk of superimposed preeclampsia in women with chronic hypertension. *J Obstet Gynaecol Res*. 2022; 48(3): 700–707.
9. Nzelu D., Dumitrascu-Biris D., Nicolaides K.H., Kametas N.A. Chronic hypertension: first-trimester blood pressure control and likelihood of severe hypertension, preeclampsia, and small for gestational age. *Am J Obstet Gynecol*. 2018; 218(3): 337.e1–337.e7.
10. Dennis A.T. Management of pre-eclampsia: issues for anaesthetists. *Anaesthesia*. 2012; 67(9): 1009–1020.
11. Туксанова Д.И. Адаптационные процессы у беременных с различным акушерским риском. *Тиббиётда янги кун*. 2019; (2): 124–128.
12. Wilkerson R.G., Ogunbodede A.C. Hypertensive disorders of pregnancy. *Emerg Med Clin North Am*. 2019; 37(2): 301–316.

13. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги. «Ҳомиладорлик даврида артериал гипертензия» миллий клиник протоколи. Тошкент; 2021.