

# PREGNANCY COURSE AND PERINATAL OUTCOME IN WOMEN WITH PRE-ECLAMPSIA

Kh.Z.Sadykova<sup>1</sup>  G.Z.Eshimbetova.<sup>2</sup>  D.A.Musakhodzhaeva<sup>3</sup> 

1.Perinatal Center of Syrdarya region, Syrdarya, Uzbekistan

2.Center for the development of professional qualifications of medical workers, Tashkent, Uzbekistan

3.Institute of Immunology and Human Genomics of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan.

OPEN ACCESS  
IJSP

## Correspondence

G.Z.Eshimbetova, Center for the development of professional qualifications of medical workers, Tashkent, Uzbekistan

e-mail: [Dr\\_gulsara@gmail.com](mailto:Dr_gulsara@gmail.com)

Received: 11 February 2024

Revised: 15 February 2024

Accepted: 19 February 2024

Published: 29 February 2024

**Funding source for publication:** Andijan state medical institute and I-EDU GROUP LLC.

**Publisher's Note:** IJSP stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



**Copyright:** © 2022 by the authors. Licensee IJSP, Andijan, Uzbekistan. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Abstract.** This article discusses the causes and predisposing factors leading to preeclampsia (PE), using the example of the regional perinatal center of the Syrdarya region of Uzbekistan for the period 2020-2022. **The purpose of the research:** to study the clinical study of the medical history of 5005 birth histories in 2020, 6393 histories in 2021 and 6202 birth histories in 2022, the authors draw conclusions about the causes and predisposing factors of preeclampsia.

**Research materials and methods:** of these, 1277 pregnant women were treated in the PC of the Syrdarya region. **Results:** An analysis of the case histories of these pregnant women showed that pregnancy is most often complicated by distress of fetus. More than 65% of pregnant women who underwent repeated PE suffered from severe PE, which required early delivery. They often have a history of colds, IDA, and BMI. Newborns from patients with preeclampsia have low Apgar scores. **Conclusion:** the identified changes require additional study of the problem by obstetrician-gynecologists to determine the pathological mechanisms of fetal PE in women.

**Key words:** preeclampsia, fetoplacental insufficiency, fetus.

**Актуальность** изучения проблемы преэклампсии объясняется высоким уровнем перинатальной и материнской заболеваемости и смертности при этом осложнении, трудностями в оценке степени его тяжести, необходимостью в досрочном родоразрешении, а также отсутствием достоверной концепции возникновения данного осложнения беременности [1–3]. Преэклампсия развивается практически у каждой четвертой-пятой беременной в нашей Республике Узбекистан (в 18-25% случаев), а в перинатальных центрах он наблюдается в 30-35% случаев и не имеет устойчивой тенденции к снижению. Несмотря на успехи в профилактике, диагностике и лечении ПЭ, данная патология остаётся ведущей причиной материнской, перинатальной заболеваемости и смертности. В структуре материнской смертности в настоящее время ПЭ занимает второе место и составляет 20-25% [4,5].

В последнее десятилетие во всех экономически развитых странах наблюдается тенденция к увеличению числа осложнений беременности за счет соматической и акушерской патологии. Среди них особое место занимают гипертензивные состояния, в частности преэклампсия. Актуальность этого заболевания обусловлено не только тяжелыми последствиями для матери, такими как кровоизлияние в мозг, отек мозга, смерть от конвульсий или коагулопатические кровотечения. Как известно, при данной патологии имеют место также высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности [6,7].

**С целью** выявления причин и предрасполагающих факторов развития преэклампсии, нами проведен ретроспективный клинический анализ по данным истории родов, прошедших в Перинатальном центре Сырдарьинского вилоята (области) РУз., за период 2019-2022 годы.

**Материал и методы** исследования. По Сырдарьинскому вилояту РУз за 2020 год произошло 20988 родов, из них в перинатальном центре (ПЦ) родили 5005 женщин.

В 2021 году по вилояту произошли 23092 родов, из них ПЦ родили 6393 женщин. В 2022 году по области родили 23171 женщин, из них в ПЦ родили 6202 женщин.

**Результат и обсуждения.** Как видно из вышеизложенного, рождаемость за последние 3 года по вилояту возросла на 10% и более, в тоже время, ПЦ Сырдарьинской области несет весомую нагрузку в родоразрешении и лечении осложненной беременности и родов по региону.

Несмотря на внедрение современных принципов «безопасного материнства», ведение беременности и родов согласно национальным стандартам и протоколам,

по региону сохраняются высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности. За все время проведения ретроспективного анализа (3 года), отмечена 1 материнская смерть от тяжелой преэклампсии и массивного кровотечения в родах.

Что касается состояния плода, зарегистрировано, что во время беременности у них также имело место как проявления плацентарной дисфункции, так и синдромом отставания роста плода (СОРП).

Так, анализ частоты встречаемости плацентарной дисфункции (ПД) показал, что в 2020 году среди наблюдавшихся в ПЦ Сырдарьинского вилоята (5005 беременных в третьем триместре), у 743 беременных были обнаружены доплерометрические признаки нарушения маточно-плацентарно-плодового кровообращения (МППК) различной степени, что составило в среднем -14,8%.

В 2021 году, из 6393 наблюдавшихся ПЦ Сырдарьинского вилоята, у 1088 беременных выявлено НМППК различной степени, что составило в среднем 19,6%. В 2022 году этот показатель также не имел тенденции к снижению и составил 21,2% (из 6022 беременных, у 1277 выявлены признаки НМППК).

Таким образом, в среднем у каждой шестой беременной был диагностирована фето-плацентарная недостаточность (ФПН), что требовало дальнейшего лечения и нередко и досрочного родоразрешения по показаниям со стороны плода. Все это, еще раз доказывает актуальность дальнейшего изучения причин и факторов развития ПД.

Далее нами был проведен анализ причин развития ФПН. Для этого нами было исследованы данные 1277 историй болезней беременных, за 2022 год, принимавших лечения в Сырдарьинском ПЦ.

Среди 1277 беременных, леченных в ПЦ Сырдарьинского вилоята, женщины 18-24 лет составили-6%, 25-29 лет -10%, 30-35 лет-25%, в тоже время больные старше 36 лет были -59%. Средний возраст беременных составил 31+-6,9 лет.

Изучение паритета родов показал, что среди исследованных беременных женщин, первобеременные, первородящие составили-18,6%, повторнобеременные, первородящие-23,8%, повторнородящие составили- 39,4%, а также 3 и более родов имели 18,2% женщин.

Анализ перенесенных детских инфекций показал, что наиболее часто женщины болели ОРИ-34%, вирусным гепатитом- 12%. Инфекция мочевого тракта наблюдалась у -17,1%, болезни ЖКТ были выявлены у -7 %беременных

Среди соматических заболеваний наиболее часто был выявлены –железодифицитная анемия (ЖДА)- 46,8% и инфекция мочевого тракта- 26,5%. Также были женщины отмечали заболевания ЖКТ- 12,2% и перенесенные вирусные гепатиты- 7,8%. Среди 1277 беременных, только 17 женщин отметили наличие пороки сердца, что составило в среднем - 1,3%.

Изучение гинекологического анамнеза показал, что наиболее часто наши больные страдали от вульвовагинитов и эктопии шейки матки. 7% беременных отметили на имеющее место миому матки.

Анализ течения данной беременности выявил, что у 72% женщин с ФПН, был выставлен диагноз- Преэклампсия различной степени. СОРП выявлен у 32% из них. НМППК завершился антенатальной гибелью плода у 11 % женщин. Многоплодие и Резус конфликт выявлен у -4% беременных. Маловодие отмечено у 15%, тогда как многоводие у 8 % беременных.

Роды завершились преждевременно - у 17% рожениц. У 9 % рожениц, роды осложнились преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП) и у 8% женщин в родах отмечалось аномалия родовой деятельности.

Анализ течения беременности у женщин с преэклампсией показал, что более 83% случаев у этих женщин была выявлена плацентарная дисфункция во время проведения доплерометрии в сроках гестации 27-30 недель. У 67% из них была выявлена преэклампсия тяжелой степени и у 33% случаев умеренной тяжести. У 9% развилась ПОНРП. У 35% беременных роды были завершены в сроках 28-33 недель, тогда как у 22 % в сроке более 34 недель беременности. Новорожденные от беременных с преэклампсией имели в 23% случаев были оценены педиатрами на 6-7 баллов по Апгару, в остальных случаях отмечена синяя или белая асфиксия плода, что было обусловлено ПД.

Проведенные мероприятия по ведению беременных с ФПН показал, что в основном внимание врачей было направлено на лечения основной патологии, назначались ангио протекторы, антиоксиданты, препараты магния и антагонисты ка-

нальцев кальция, а также витамины[1,7].

Новорожденные дети рожденные от женщин с ПЭ, характеризовались меньшим баллом оценки по Апгар. Так, у 17% новорожденных был выставлен по Апгар 3-4 балла, у 45% 5-6 баллов и у 36% 7 баллов и более. В течении раннего неонатального периода у 15 % был диагностировано снижение гемоглобина, у 21% были обнаружены признаки гипотрофии и повышенной потери массы тела. У 2 детей отмечена смерть на 3-5 сутки жизни.

Таким образом, ПЭ является не только тяжелой патологией, которая ведет к осложнениям беременности и родов, но и рождением детей с тяжелой перинатальной патологией и может быть причиной ранней неонатальной смертности.

#### **Заключение.**

Таким образом, проведенный ретроспективный анализ истории родов 1277 беременных, пролеченных в ПЦ Сырдарьинского вилоята показал, что частота ФПН не имеет тенденции к снижению. Наиболее часто ФПН развивается у беременных с преэклампсией, причем развивается тяжелая форма преэклампсии, что требует в более 65% случаев досрочного родоразрешения. Они имеют часто в анамнезе простудные заболевания, ЖДА и ИМТ. Новорожденные от больных преэклампсией имеют низкие баллы по Апгар.

Все вышеизложенное, еще раз доказывает необходимость более глубокого изучения причин и факторов риска ПЭ, внедрение новых биохимических, гормональных и иммунологических маркеров прогнозирования развития преэклампсии у беременных[3,8].

#### **Этические вопросы исследования.**

Исследование одобрено Комитетом по этике Самаркандского государственного медицинского университета от 28.02.2024 протокол № 2.

#### **Финансирование.**

Самофинансирование

#### **Конфликт интересов.**

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов и финансовых разногласий

#### **LIST OF REFERENCES**

[1] Preeclampsia. Eclampsia. Edema, proteinuria and hypertensive disorders during pregnancy, childbirth and the postpartum period. Clinical recommendations. LLC "Russian Society of Obstetricians and Gynecologists" 2020.

[2] Ogura S, Suzuki J, Suzuki H. Antihypertensive drug therapy for women with non-severe hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Hypertens Res Off J Jpn Soc Hypertens* 2019;42:699–707. <https://doi.org/10.1038/s41440-018-0188-0>.

[3] Webster K, Fishburn S, Maresh M, Findlay SC, Chappell LC, Guideline Committee. Diagnosis and management of hypertension in pregnancy: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2019;366:l5119. <https://doi.org/10.1136/bmj.l5119>.

[4] Braunthal S, Brateanu A. Hypertension in pregnancy: Pathophysiology and treatment. *SAGE Open Med* 2019;7:2050312119843700. <https://doi.org/10.1177/2050312119843700>.

[5] Sobhy S, Dharmarajah K, Arroyo-Manzano D, Navanatnarajah R, Noblet J, Zamora J, et al. Type of obstetric anesthesia administered and complications in women with preeclampsia in low- and middle-income countries: A systematic review. *Hypertens Pregnancy* 2017;36:326–36. <https://doi.org/10.1080/10641955.2017.1389951>.

[6] Ikhtiyarova, G. A., Akhmedov, F. K., & Suleymanova, G. S. The state of renal blood flow in pregnant women with preeclampsia and metabolic syndrome. The state of renal blood flow in pregnant women with preeclampsia and metabolic syndrome. *Youth and medical science n.d.*:276–7.

[7] Jim B, Karumanchi SA. Preeclampsia: Pathogenesis, Prevention, and Long-Term Complications. *Semin Nephrol* 2017;37:386–97. <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2017.05.011>.

[8] Côté A-M, Brown MA, Lam E, von Dadelszen P, Firoz T, Liston RM, et al. Diagnostic accuracy of urinary spot protein:creatinine ratio for proteinuria in hypertensive pregnant women: systematic review. *BMJ* 2008;336:1003–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.39532.543947.BE>.