

УДК: 618.2:616.831-005.12(07)

**ГЕСТАЦИОН АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА
ТУҒРУҚ ИНДУКЦИЯСИ НАТИЖАЛАРИНИ БАҲОЛАШ**

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИНДУКЦИИ РОДОВ У ЖЕНЩИН С
ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**EVALUATION OF THE RESULTS OF INDUCTION OF LABOR IN WOMEN
WITH GESTATIONAL ARTERIAL HYPERTENSION**

Эшонкулова С.А.

*Тошкент Тиббиёт Академияси, Оилавий Тиббиётда Акушерлик ва
Гинекология кафедраси, магистрант*

Сиддиқходжаева М.А.

*Тошкент Тиббиёт Академияси, Оилавий Тиббиётда Акушерлик ва
Гинекология кафедраси доценти., т.ф.н.доц.*

E-mail: sohiba.eshonqulova@mail.ru

Тел: +998993121211

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Гипертезивные синдромы представляет собой осложнение физиологически протекающей беременности, сопровождающееся глубокими расстройствами функции жизненно важных органов и систем; является синдромом полиорганной полифункциональной недостаточности, который обусловлен несоответствием между возможностями адаптационных систем организма матери и потребностями развивающегося плода. Настоящего времени в мире сохраняется высокая частота гипертезивных синдромов - от 8-10% до 17-24% среди беременных и рожениц. Гипертезивные синдромы относятся к неуклонно прогрессирующему состоянию, развитие которого в ряде случаев не предсказуемо.

Единственным методом «лечения» этих состояний является родоразрешение. Метод родоразрешения не всегда оперативный (кесарево сечение). Он может быть представлен в виде индукции родов. Выбор метода родоразрешения зависит от степени тяжести гипертензивных состояний, срока беременности, зрелости плода, прогноза его жизнеспособности, состояния родовых путей (степени зрелости шейки матки), сопутствующей патологии.

Материал и методы исследования. Путем проспективного научного исследования были включены 100 одноплодных женщин с гестационной гипертензией, сроком беременности 38-41 неделя, обратившихся в Родильный комплекс Ташкентской медицинской академии с марта по ноябрь 2023 года.

Основная (первая) группа - 50 беременных до индукции вагинальными таблетками гландина E2 (Динопростон 3 мг), индукция родов с помощью гландина E2 + амниотомия + окситоцин или гландин E2 + амниотомия, контрольная (вторая) группа - 50 без ГАГ, естественные роды состоят из женщины, которая произошла.

Методы исследования включают общеклинико-лабораторные, специальные акушерские исследования и инструментальные методы.

Результаты исследования. В основной группе индукция была признана эффективной у 40 (80%) женщин с гестационной артериальной гипертензией в сроке.

Выводы. Индукция родов целесообразна в тех случаях, когда продолжение беременности представляет риск для матери и плода. Индукция должна проводиться в учреждении, способном проводить кесарево сечение. Своевременная рациональная индукция родов снижает количество оперативных родов. Эффективность индукции зависит от раскрытия шейки матки, срока беременности и положения плода.

Ключевые слова. гестационная артериальная гипертензия, родовозбуждение, простагландин E2, шкала Бишопа.

SUMMARY

Relevance. Hypertensive syndromes are a complication of a physiologically proceeding pregnancy, accompanied by deep disorders of the function of vital organs and systems; is a syndrome of multiple organ multifunctional insufficiency, which is caused by a discrepancy between the capabilities of the adaptive systems of the mother's body and the needs of the developing fetus. Currently, the world remains a high frequency of hypertensive syndromes - from 8-10% to 17-24% among pregnant women and women in childbirth. Hypertensive syndromes refer to a steadily progressive condition, the development of which in some cases is not predictable. The only "treatment" for these conditions is delivery. The method of delivery is not always operational (caesarean section). It can be presented as an induction of labor. The choice of method of delivery depends on the severity of hypertensive conditions, the duration of pregnancy, the maturity of the fetus, the prognosis of its viability, the state of the birth canal (the degree of maturity of the cervix), comorbidities.

The purpose of the study. Study of the course of labor and complications in pregnant women with hypertensive disorders during preinduction and labor induction.

Materials and research methods. A prospective scientific study included 80 women with a gestational age of 37-41 weeks, 1 fetus, half of them with GAG, who applied to the TTA CPC Maternity Center in March-May 2023.

The main (first) group consisted of 40 women, depending on the degree of maturation of the cervix: Glandin E2 (Dinoprostone 3 mg) vaginal tablet, induced amniotomy and uterotonics, if necessary, epidural anesthesia (EPA) was used.

The control (second) group consisted of 40 healthy women whose labors were normal.

Examination methods consist of general clinical laboratory, special obstetric and instrumental methods.

The maturity of the cervix is assessed on the Bishop scale as follows: "immature" 0-5 points, "insufficiently mature" 6-8 points, "mature" $9 \leq$ points.

Research results. In the main group, induction was found to be effective in 40(80%) women with gestational arterial hypertension in term.

Conclusions. Induction of labor should be carried out on the basis of the protocol. Induction of labor should be carried out in a hospital with the possibility of caesarean section, which reduces the percentage of severe complications. Timely rational induction reduces the number of operative deliveries.

Keywords. gestational arterial hypertension, labor induction, prostaglandin E2, Bishop scale.

Homiladorlik davridagi gipertenziv buzilishlar 6-8% holatlarda uchraydi, O'zbekistonda o'rtacha 10% ga yaqin, bu haqda rasmiy ma'lumotlar chastotasi yanada yuqori - 5-30%, rivojlangan mamlakatlarda 12-18% hollarda uchraydi va bu dunyodagi onalar o'limining asosiy sabablaridan biri va 20-25% holatlarda perinatal o'limning sababi hisoblanadi [1,2,3,4,5].

Dunyodagi onalar o'limining 10-15% holatlari preeklampsiya yoki eklampsiya bilan bog'liq va bu yilga kamida 70 ming o'limni tashkil qiladi. Lotin Amerikasi va Karib dengizida gipertonik buzilishlar onalar o'limining qariyb 26% ni, Afrika va Osiyoda esa 9% ni tashkil qiladi [1].

Bundan tashqari, homiladorlik davridagi gipertenziv buzilishlar onalar va ularning bolalari uchun og'ir kasallanish, nogironlikning sababi hisoblanadi. Shu bilan birga, lozim dissiplinararo boshqaruv bilan ko'p holatlarda noxush natijalar yuzaga kelishini oldini olish mumkin. Og'ir gipertenziv buzilishlarning oqibatlari ayolning keyingi hayotining sifatini og'irlashtirishi (ateroskleroz, qandli diabet, yurak qon-tomir kasalliklari tez-tez uchraydi) va muddatdan avval tug'ilgan bolalarda jismoniy va psixosomatik rivojlanishi buzilishlarining chastotasi yuqori bo'lganidek, kelgusida ularda somatik kasalliklarining rivojlanishi xavfi ham yuqori bo'lganligi tufayli, ushbu muammo ijtimoiy va tibbiy nuqtai nazardan ahamiyatli hisoblanadi [1].

So'nggi paytlarda homilador ayollarda AG chastotasi oshish tendentsiyasi mavjud[1]. Dunyoning sanoati rivojlangan mamlakatlarida homilador ayollarning 5-15 foizida AG tashxisi qo'yilgan va uning chastotasi so'nggi 10-15 yil ichida oshgan deyarli 1/3 ga, bu homilador ayollarning yoshi oshishi bilan bog'liq [6].

Muammoning dolzarbligi quyidagilar bilan bog'liq ekstragenital patologiyaning tuzilishi yurak-qon tomir kasalliklari taxminan 10% ni tashkil qiladi, shu bilan birga, homilador ayollarda yurak-qon tomir xavfini oshirishning aniq tendentsiyasi mavjud, bu asosan tug'adigan ayollar yoshining oshishi bilan bog'liq.

Homilador ayollarda eng ko'p uchraydigan yurak-qon tomir kasalligi bu arterial gipertenziya bo'lib, The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO, 2016) ma'lumotlariga ko'ra 5-10% da qayd etilgan [7].

Arterial gipertenziya onalar, antenatal va neonatal o'limning asosiy sababi hisoblanadi. Ona tomonidan AG mavjudligi o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi, tarqalgan tomir ichi qon ivishi, ko'p a'zolar etishmovchiligi, o'tkir buyrak shikastlanishi, qon ketishi va retinaning ajralishi, akusherlik qon ketishi, preeklampsiya va eklampsiya xavfini oshiradi. Xomila tomonidan platsenta yetishmovchiligi, platsenta ajralishi, xomila rivojlanishdan ortda qolish, antenatal o'lim, erta tug'ilish xavfi ortadi. [8,9].

Oxirgi ikki o'n yillikda xomilador ayollar orasida arterial gipertenziya (AG) darajasi 40-50% ga oshdi [10,11].

Asosan, AG tarqalishining o'sishi sodir bo'lmoqda, uning surunkali shakllari tufayli – surunkali arterial gipertenziya (CAG), bu semirish, ayollarda qandli diabet tarqalishining ko'payishi, shuningdek yordamchi reproduktiv texnologiyalardan keng foydalanish bilan bog'liq [12,13].

Bachadon bo'ynini tug'ruqqa tayyorlash – bu bachadon bo'yni "yetarlicha yetilmagan" yoki uning yo'qligida "yetarlicha yetuklik"ka erishishga qaratilgan harakatlar. Ushbu amaliyotlar homiladorlikni uzayishi va o'z-o'zidan tug'ruq harakatlarini paydo bo'lishni kutish bilan bog'liq xavf tug'ruq induksiyasidan yuqori bo'lsa, tug'ruq paytida ona va perinatal salbiy oqibatlar oldini olish uchun amalga oshiriladi [14].

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining Onalik va perinatal salomatlik bo'yicha global sharhiga kiritilgan 24 mamlakatlarning 373 tibbiyot muassasalarida va 300 mingga yaqin tug'ruqlarning 9.6% holatlarida tug'ruq induksiyasi o'tkazilganligi ko'rsatilgan[15].

Bishop shkalasi bachadon bo'ynining yetuklik darajasini aks ettiradi va tug'ruqning muvaffaqiyatini belgilaydi. <6 ball yetilmagan: ≤3 ball – juda yetilmagan; 4-5 – yetilmagan; 6-7 - o'rta darajada yetilgan; ≥8 – yetilgan bachadon bo'yniga to'g'ri keladi [16]. Tug'ruq induksiyasi muvaffaqiyatning boshqa bashoratchilariga kiradi: ko'p homiladorlik, homiladorlik muddatining yuqoriligi (homiladorlikning > 41+4 haftasi) [17,18], onalik yoshi <35 yil [19] va tana massasi indeksi <30 kg/m² [20,21].

TADQIQOD MAQSADI. Preinduksiya va tug'ruq induksiyasi o'tkazilgan yetilgan muddatdagi gipertenziv buzilishlari mavjud xomilador ayollarda tug'ruqni kechishi va asoratlarini o'rganish.

TADQIQOD MATERIALI VA USULLARI. Prospektiv ilmiy izlanish orqali Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Tug‘ruq kompleksiga 2023 yil mart oyidan noyabr oyigacha vaqt davomida murojaat etgan 100 ta, xomiladorlik muddati 38-41 haftalik, bir xomilali, gestatsion gipertenziyali ayollar qamrab olingan. Asosiy (birinchi) guruh 50 ta xomilador ayollarda preinduksiya Glandin Ye2 (Dinoproston 3 mg) vaginal tabletka bilan, tug‘ruq induksiyasi Glandin Ye2+amniotomiya+oksitotsin yoki Glandin Ye2+amniotomiya bilan indutsirlangan, nazorat (ikkinchi) guruhi 50 ta GAG mavjud bo‘lmagan, tabiiy tug‘ruq sodir bo‘lgan ayoldan иборат.Текширув usullari umumiy klinik-laborator, maxsus akusherlik ko‘rigi va instrumental usullardan iborat.

TADQIQOD NATIJALARI. Tug‘ruqqacha preinduksiya va induksiya uchun ko‘rsatma asosiy guruxda yetilgan muddatda gestatsion gipertenziyali 50 ta bemorni tashkil etdi va hamma tug‘ruq induksiyasi o‘tkazishdan oldin bachadon bo‘yni Bishop shkalasi bo‘yicha “yetilmagan” va “yetarlicha yetilmagan” deb baholangan. Asosiy guruhda 10 (20%) bemorda 2 dona Glandin Ye2+amniotomiya bilan, 12 (24%) bemorda – 2dona Glandin Ye2+amniotomiya+epidural anesteziya bilan, 5(10%) – 1dona Glandin Ye2 bilan amniotomiyasiz, 4(8%) – 1ta Glandin Ye2+amniotomiya bilan, 4(8%) - bemorda 2 ta Glandin Ye2+amniotomiyasiz, 2(4%)-bemorda 1ta Glandin Ye2+epidural anesteziya bilan, 2(4%) amniotomiya+EPA, 2(4%) tabletkasiz amniotomiya, 9(18%) 2 dona Glandin Ye2+amniotomiya+oksitotsin+EPA bilan tug‘ruq Per vias naturalis sodir bo‘ldi. Tug‘ruq asoratlari: 5(10%) ayolda 2 doza Glandin Ye2 samarasizligi uchun, 4(8%) bemorda GAGdan →og‘ir preeklampsiya rivojlanganligi uchun, 3(6%) bemorda - 1 doza Glandin Ye2 qo‘llanilgandan keyin bachadon bo‘yni yetilgan deb baholandi, lekin chanoq-bosh disproporsiyasi hisobiga tug‘ruq operativ yo‘l bilan yakunlandi. Asosiy guruhda birinchi tug‘uvchi(30)larning 50%ida, nazorat guruhidagi birinchi tug‘uvchi(32)lardan 14,4tasida tug‘ruq oraliq yirtilish xavfi bo‘lib, epiziotomiya-epiziorafiya bilan asoratlandi. Nazorat guruhidagi ayollarda tug‘ruq operativ tug‘ruq bilan asoratlar kuzatilmadi, Ikkala guruhdagi jami ayollardan tug‘ilgan chaqaloqlar qoniqarli holatda, tug‘ruq travmasi kuzatilmadi.

NEONATAL KO‘RSATKICHLAR

Apgar shkalasi bo‘yicha tug‘ilgan chaqaloqlar holati ilk daqiqada I guruhda 3 holat (6%) va II guruhida 4 holat (8%) 7 balldan kichik ko‘rsatkichni qayt etdi. 5 mindan keyin ushbu ko‘rsatkich faqat II guruhidagina 1 holat (0,6%) saqlanib qoldi.

XULOSA

Tug‘ruq induksiyasini o‘tkazish xomiladorlikni davom ettirish ona va homila uchun xavf soladigan holatlarda maqsadga muvofiq buladi. Induksiya o‘tkazish kesar kesish amaliyotini bajarishga imkoniyati mavjud muassasada amalga oshirilishi kerak. O‘z vaqtida o‘kazilgan ratsional tug‘ruq induksiya operativ tug‘ruqlar sonini kamaytiradi. Induksiya samaradorligi bachadon bo‘ynining yetilganligiga, xomiladorlik muddatiga va xomila holatiga bog‘liq. Tug‘ruq induksiyasida vaginal

PGE2ni (Dinoproston) qo'llash orqali I guruhda tug'ruq davomiyligini qisqartirib, operativ tug'ruqlar sonini kamaytirishga erishildi. Albatta, bu amaliyot ona va bola hayoti uchun xavfsiz bo'lib, guruhlarda jiddiy salbiy oqibatlar sezilmadi. Bundan tashqari, asosiy guruhda qayta tug'uvchi ayollar ko'pchilikni tashkil etib, tug'ruqlar soni ham tug'ruq davomiyligini qisqaroq bo'lishiga ta'sir etadi

ADABIYOTLAR:

1. Xomiladorlik davrida arterial gipertenziyani olib borish bo'yicha milliy klinik bayonoma. 2021-yil. 15-16-17-bet.

2. "Экономика и социум" №11(102)-1 2022 Кузиева Г.А.

3. Wilkerson R.G., Ogunbodede A.C. Hypertensive Disorders of Pregnancy. Emerg Med Clin North Am. 2019;37(2):301–316. DOI: 10.1016/j.emc.2019.01.008.

4. Cox A.G., Marshal S.A., Palmer K.R., Wallace E.M. Current and emerging pharmacotherapy for emergency management of preeclampsia. Expert Opinion on Pharmacotherapy. 2019;20(6):701–712. DOI: 10.1080/14656566.2019.1570134.

5. Муминова К.Т., Кононихи А.С., Ходжаева З.С. и др. Дифференциальная диагностика гипертензивных состояний во время беременности при помощи анализа пептидомного профиля мочи. Акушерство и гинекология. 2018;8:66–75. DOI: 10.18565/aig.2018.8.66-75

6. Mittal BV, Singh AK. Hypertension in the developing world: challenges and opportunities. Rev Am J Kidney Dis 2010; 55 (3): 590–8.

7. Magee LA, Von Dadelszen P, Stones W, Mathai M. The FIGO Text- book of Pregnancy Hypertension: An Evidence-based Guide to Monitoring, Prevention and Management. Front Cover. Global Library of Women's Medicine. London, 2016. 456 p.

8. Vera Regitz-Zagrosek, Jolien W Roos-Hesselink, Johann Bauersachs et al. / 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy // European Heart Journal, Volume 39, Issue 34, 7 September 2018, Pages 3165–3241.

9. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности. Национальные рекомендации // Российский кардиологический журнал 2018, 3 (155): 91–134. 5. Адамян Л.В., Артымук Н.В., Б

10. Sidorova IS, Nikitina NA, Filippov OS, Guseva EV, Ageev MB, Kokin AA. Resolved and unresolved issues of preeclampsia based on the results of the analysis of maternal mortality over the past 10 years. Obstetrics and Gynecology. 2021; 4: 64-74. Russian (Сидорова И.С., Никитина Н.А, Филиппов О.С., Гусева Е.В., Агеев М.Б., Кокин А.А. Решенные и нерешенные вопросы преэклампсии по результатам анализа материнской смертности за последние 10 лет // Акушерство и гинекология. 2021. № 4. С. 64-74.) DOI: 10.18565/aig.2021.4.64-74

11. Hollegaard B, Lykke JA, Boomsma J. Time from pre-eclampsia diagnosis to delivery affects future health prospects of children. *Evol Med Public Health*. 2017; 2017, Is 1: 53-66. DOI 10.1093/emph/eox004

12. Dolgushina VF, Syundyukova EG, Chulkov VS, Ryabikina MG. Long-term consequences of hypertensive disorders during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. 2021; 10: 14-20. Russian (Долгушина В.Ф., Сюндюкова Е.Г., Чулков В.С., Рябикина М.Г. Отдаленные последствия перенесенных гипертензивных расстройств во время беременности // Акушерство и гинекология. 2021. № 10. С. 14-20). DOI: 10.18565/aig.2021.10.14-20

13. Hutcheon JA, Stephansson O, Cnattingius S, Bodnar LM, Wikström AK, Johansson K. Pregnancy Weight Gain Before Diagnosis and Risk of Preeclampsia: A Population-Based Cohort Study in Nulliparous Women. *Hypertension*. 2018; 72(2): 433-441. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.10999 9. Smirnova E.V., Panova I.A., Nazarov S.B., Rokotyanskaya E

14. Бабич Д.А., Баев О.Р., Шмаков Р.Г. Применение баллонных катетеров для подготовки шейки матки к родам // Медицинский оппонент. 2018. — Т. 1, № 2. — С. 24–31.

15. «Туғруқ индукцияси» миллий клиник баённомаси. 2023-йил. 8-9 бет

16. Alfi revic Z., Keeney E., Dowswell T., et al. Methods to induce labour: a systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *BJOG*. 2016; 123 (9): 1462–70. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13981>

17. Vannuccini S., Bocchi C., Severi F.M. et al. Endocrinology of human parturition. *Ann Endocrinol*. 2016; 77 (2): 105–13.

18. Levine L.D., Valencia C.M., Tolosa J.E. Induction of labor in continuing pregnancies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*. 2020; 67: 90–9.

19. Rozenberg P., Chevret S., Ville Y. Comparison of pre-induction ultrasonographic cervical length and Bishop score in predicting risk of cesarean section after labor induction with prostaglandins. *Gynecol Obstet Fertil*. 2005; 33 (1–2): 17–22.

20. Dubourdeau A.L., Berdin A., Mangin M., Ramanah R., Maillet R., Riethmuller D. Obesity and primiparity: Risky delivery? *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015; 44 (8): 699–705.

21. Gauthier T., Mazeau S., Dalmay F., et al. Obesity and cervical ripening failure risk. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012; 25 (3): 304–7.