



**CLINICAL AND EXPERT ASSESSMENT OF THE COURSE
AND OUTCOMES OF PREGNANCY COMPLICATED BY
ARTERIAL HYPERTENSION OF VARIOUS GENESIS**

Mamasidikova Dilnoza Odilovna

Fergana medical institute of public health, Fergana, Uzbekistan

<https://doi.org/10.5281/zenodo.19631174>

ARTICLE INFO

Received: 09th April 2026

Accepted: 16th April 2026

Online: 17th April 2026

KEYWORDS

Chronic arterial hypertension, pregnancy, preeclampsia, placental insufficiency, maternal morbidity, perinatal morbidity, cardiovascular diseases.

ABSTRACT

Reduction of maternal and perinatal morbidity remains a priority at all stages of obstetric care. Chronic arterial hypertension (CAH) has a negative impact on the course of pregnancy, labor, and the postpartum period. According to various studies, the prevalence of arterial hypertension among pregnant women ranges from 7% to 29%, while WHO experts report a rate of 15–20%. Cardiovascular diseases remain one of the most common pathologies among pregnant women and show no tendency to decrease in recent years. Management of pregnancy in women with CAH requires special attention, as more than half of these patients develop placental insufficiency and early-onset severe preeclampsia. In addition, pre-existing hypertension increases the risk of developing preeclampsia by twofold. The significance of this problem is also обусловлена тем, что артериальная гипертензия занимает второе место среди причин материнской смертности после тромбоэмболии, составляя 15–30% в её структуре.

**КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА
БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА**

Мамасидиковна Дилноза Одиловна

Ферганском медицинском институте общественного здоровья,

Фергана, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.19631174>

ARTICLE INFO

Received: 09th April 2026

Accepted: 16th April 2026

Online: 17th April 2026

ABSTRACT

Снижение уровня материнской и перинатальной заболеваемости является одной из приоритетных задач на всех этапах оказания акушерской помощи. Хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности, родов и послеродового периода. По данным различных исследований, частота артериальной гипертензии у беременных составляет от 7 до 29%, а по данным экспертов ВОЗ



KEYWORDS

Хроническая артериальная гипертензия, беременность, преэклампсия, плацентарная недостаточность, материнская заболеваемость, перинатальная заболеваемость, сердечно-сосудистые заболевания.

— 15–20%. *Заболевания сердечно-сосудистой системы остаются одной из наиболее распространённых патологий у беременных и не имеют тенденции к снижению в последние годы. Ведение беременности у женщин с ХАГ требует особого внимания, поскольку более чем у половины пациенток развивается плацентарная недостаточность и гестоз с ранними клиническими проявлениями и тяжёлым течением. Кроме того, наличие ХАГ увеличивает риск развития преэклампсии в 2 раза. Актуальность проблемы обусловлена также тем, что артериальная гипертензия занимает второе место среди причин материнской смертности после тромбоемболии и составляет 15–30% в её структуре.*

Цель исследования: Провести клиничко-экспертную оценку течения и исходов беременности, осложненной артериальной гипертензией различного генеза и оценить особенности течения беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периода у беременных женщин с гестационной гипертензией, ХАГ и НЦД (высоким нормальным артериальным давлением)

Задачи исследования:

Изучить течение беременности, родов и послеродового периода у беременных с артериальной гипертензией различного генеза.

Оценить состояние центральной гемодинамики при физиологически протекающей и осложненной артериальной гипертензией различного генеза беременности.

Изучить особенности ЭХО-кардиоскопии при физиологически протекающей и осложненной артериальной гипертензией различного генеза беременности.

Изучить изменение агрегации тромбоцитов спонтанной и индуцированной стандартными индукторами агрегации при физиологически протекающей беременности и беременности, осложненной гипертензией различного генеза.

Разработать практические рекомендации для врачей акушеров-гинекологов по особенностям тактики ведения беременных женщин с различными вариантами артериальной гипертензией.

Материалы и методы

В соответствии с целью и задачами работы было обследовано 196 женщин с использованием общеклинических и дополнительных методов исследования по стандартным методикам. Анализу подлежали индивидуальные карты амбулаторного наблюдения за беременными в женской консультации, истории родов, а также истории новорожденных. Изучена медицинская документация 54



женщин контрольной группы, 56 женщин страдающих ХАГ 1-2 ст., 54 женщин с синдромом НЦД и 32 беременных женщин с гестозом легкой степени тяжести. При этом изучали данные, касающиеся возраста женщин, акушерско-гинекологического анамнеза, экстрагенитальной патологии, особенностей течения настоящей беременности, объема медикаментозной терапии, течения родового акта, осложнений послеродового периода, а также исхода родов для новорожденного. При обследовании беременных женщин использовались ультразвуковое исследование (УЗИ), кардиотокография (КТГ). УЗИ состояния плода и плаценты проведено при помощи аппарата «Advanced Ultra - Sonography» (Италия) по стандартной методике. КТГ проводили с использованием прибора «Feta Scan Air-Shields 1200» (Великобритания). КТГ записывали в течение 30 минут с учетом цикла «активность - покой» плода. Анализ кривых записи КТГ производили в фазе «активности» плода. Данные кардиотокографии оценивали общепринятым способом с использованием шкалы Fisher W.M. Исследование центральной гемодинамики проводилось у 32 беременных женщин с ХАГ 1 стадии, 1-2 степени повышения артериального давления (АД), находящихся на базисной гипотензивной терапии; 32 беременных женщин с НЦД по гипертоническому типу 5 без гипотензивной терапии; 32 беременных женщин с гестозом

легкой и средней степени тяжести и 32 здоровых беременных женщин. Всем женщинам проводилось комплексное аппаратное программное неинвазивное исследование центральной гемодинамики методом компрессионной осциллометрии КАП ЦТ ОСМ - «Глобус» в день поступления. Проводилась оценка артериального давления по следующим параметрам: артериальное давление систолическое (АДс), артериальное давление диастолическое (АДд), АД боковое, скорость АД пульсового, АД ударное. Оценивалась сердечная деятельность по следующим параметрам: пульс, сердечный выброс, ударный объем, ударный индекс, объемная скорость выброса, мощность сокращения левого желудочка (ЛЖ), расход энергии на 1 л сердечного выброса. Сосудистые показатели оценивались по скорости кровотока линейной, скорости пульсовой волны, податливости сосудистой системы, общему периферическому сопротивлению (ОПС), ударному периферическому сопротивлению. Рассчитывался биологический возраст пациенток.

Результаты

В группу 1 вошли 56 беременных с хронической артериальной гипертензией ($30,2 \pm 0,7$ года; $38,1 \pm 1,5$ нед.), получавших базисную гипотензивную монотерапию (анаприлин, нифедипин, атенолол). У них уровень артериального давления был статистически выше, чем у здоровых беременных: САД в среднем $136,4 \pm 6,2$ мм рт.ст., ДАД — $92,6 \pm 2,1$ мм



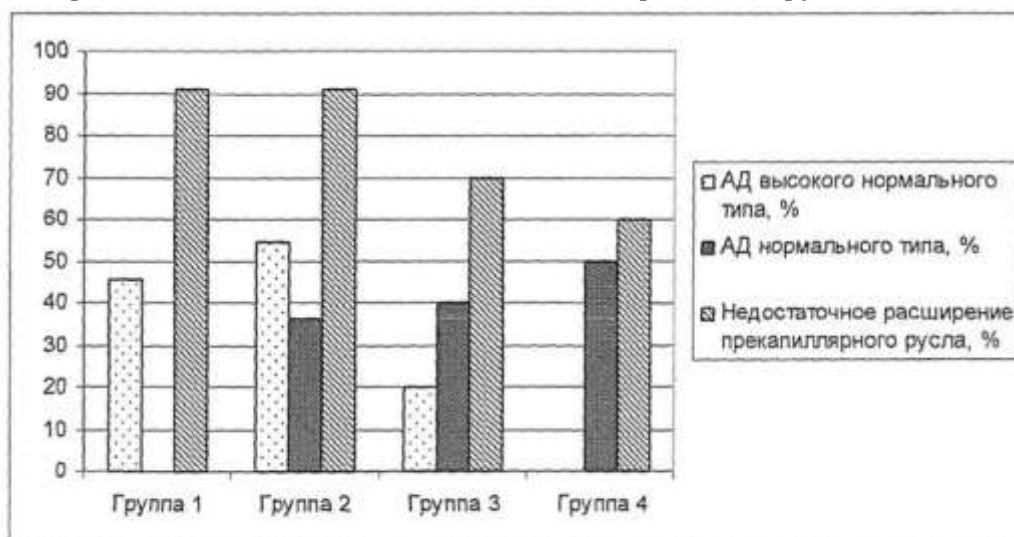
рт.ст., среднее АД — $97,54 \pm 3,12$ мм рт.ст.

Для пациенток с ХАГ были характерны более частые неблагоприятные акушерско-анамнестические факторы: избыточная масса тела, анемия в I и II триместрах, угроза прерывания беременности в I триместре, а также более низкая функциональная оценка плода по данным КТГ ($7,4 \pm 0,1$ балла против $8,2 \pm 0,2$ у здоровых).

Чаще отмечалось оперативное родоразрешение путем кесарева сечения по сочетанным показаниям ($41,7 \pm 6,59\%$ против $21,3 \pm 1,96\%$) и более частое применение окситоцина для регуляции родовой деятельности ($50,0 \pm 6,68\%$ против $2,1 \pm 1,95\%$). При этом показатели родового процесса, кровопотеря и неонатальные исходы

по массе, длине и шкале Апгар существенно не отличались от контрольной группы.

Группа 3 включала 32 беременных с гестозом легкой степени ($28,3 \pm 0,9$ года; $35,7 \pm 1,68$ нед.), с уровнем АД до 150/90 мм рт.ст. (САД $134,6 \pm 2,34$; ДАД $87,3 \pm 1,87$ мм рт.ст.), не получавших гипотензивную терапию. У них реже отмечались неблагоприятные социальные факторы, однако чаще встречались сопутствующие гинекологические и соматические патологии, включая миому матки. Также в данной группе чаще применялась стимуляция родовой деятельности окситоцином ($42,9 \pm 8,75\%$ против $2,1 \pm 1,95\%$). Показатели родов и кровопотеря достоверно не отличались от контрольной группы.



Обсуждение

Полученные результаты подтверждают, что хроническая артериальная гипертензия у беременных сопровождается выраженными гемодинамическими и метаболическими изменениями, приводящими к повышенной нагрузке на сердечно-сосудистую

систему. Выявленные нарушения, такие как увеличение сердечного индекса, ударного объема и энергетических затрат, отражают компенсаторную реакцию организма на фоне сосудистой патологии. Сопоставимость эхокардиографических показателей у беременных с ХАГ и



нейроциркуляторной дистонией при их превышении по сравнению со здоровыми женщинами свидетельствует о наличии общих патофизиологических механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы при беременности. Изменения агрегационной активности тромбоцитов указывают на нарушения гемостаза, что может повышать риск тромботических осложнений и ухудшать маточно-плацентарный кровоток. Таким образом, выявленные особенности требуют комплексной оценки гемодинамического и гемостазиологического статуса для оптимизации ведения беременных с артериальной гипертензией и сопутствующими функциональными нарушениями.

Заключение

Течение беременности у женщин с хронической артериальной гипертензией различного генеза чаще осложняется анемией, гипоксией и гипотрофией плода, а родоразрешение нередко заканчивается экстренным кесаревым сечением. Анализ

компьютерной осциллометрии выявил у беременных с ХАГ увеличение сердечного индекса, ударного объема, сократительной способности левого желудочка и энергетических затрат на единицу сердечного выброса. При нейроциркуляторной дистонии и ХАГ показатели ЭХО-КГ (ударный объем, конечные систолический и диастолический объемы, фракция выброса) существенно не различаются между собой, однако превышают показатели здоровых беременных. У беременных с нейроциркуляторной дистонией отмечается снижение спонтанной агрегации тромбоцитов и повышение адреналин- и АДФ-индуцированной агрегации. При ХАГ адреналин-индуцированная агрегация сопоставима с показателями здоровых беременных и пациенток с легким гестозом. Компьютерная осциллометрия и исследование агрегации тромбоцитов имеют важное значение для оценки гемодинамических и гемостазиологических нарушений при беременности..

References:

1. Рузиева, н. Х. (2019). Доклиническая диагностика преждевременных родов. *Медицинские новости*, (7 (298)), 74-75.
2. Рузиева, н. Х., шодиева, х. Т., & назарова, д. Э. (2015). Течение беременности, родовиперинатальные исходы у пациенток при инфекции мочевыводящего тракта. *Наука XXI века: теория, практика и перспективы*, 266.
3. Рузиева, н. Х., & назарова, д. Э. (2016). Изменения биофлоры гениталий у женщин репродуктивного возраста. In *международная научно-практическая конференция* (pp. 218-222).
4. Зияева, э. Р., рузиева, н. Х., & собирова, м. Р. К. (2022). Синдром хронической тазовой боли при хроническом сальпингоофорите–современный взгляд на патогенез. *Re-health journal*, (2 (14)), 1-5.



5. Рузиева, н. (2019). Характеристика некоторых предикторов невынашивания беременности. *Журнал вестник врача*, 1(2), 89-92.
6. Джаббарова, л., кулдошов, а., & рузиева, н. (2021). Генитальный туберкулез как причина женского бесплодия. *Перспективы развития медицины*, 1(1), 65-66.
7. Рузиева, н. Х., шодиева, х. Т., & назарова, д. Э. (2015). Течение беременности, родов и перинатальные исходы у пациенток при инфекции мочевыводящего тракта. In *наука xxi века: теория, практика и перспективы* (pp. 266-268).
8. Nigina, k. I., & janna, p. Y. (2020). Assessment of the intestinal and vagina microbioma during extracorporal fertilization programs. *Systematic reviews in pharmacy*, 11(11).
9. Джаббарова, л. А., & рузиева, н. Х. (2021). Использование международных подходов для определения причин и путей снижения количества преждевременных родов. In *volgamedscience* (pp. 304-305).
10. Рузиева, н. Х. (2019). Роль оксидантного стресса в развитие преждевременных родов. *Министерство здравоохранения республики узбекистан республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии ассоциация врачей частной практики узбекистана клиника «mahliyo-shifo» & v «mahliyo-shifo» & v*, 40.
11. Рузиева, н. Х., & жураева, н. А. (2024). Патология шейки матки у беременных женщин с впч, нарушением флоры влагалища и без впч. *Инновационные исследования в современном мире: теория и практика*, 3(11), 161-162.
12. Ихтиярова, г. А., дустова, н. К., бахрамова, ш. У., рузиева, н. Х., иргашев, д. С., & матризаева, г. Д. (2024). Молекулярно-генетические маркеры риска развития гипертензии у беременных с антифосфолипидным синдромом. *Клинический разбор в общей медицине*, 5(9), 62-69.
13. Рузиева, н., суннатиллаева, с., & абулкосимова, д. (2023). Кичик чанокдаги операциядан кийин ҳосил у лган итишмалар қизларга тасири. *Наука и технология в современном мире*, 2(16), 12-13.
14. Рузиева, н., суннатиллаева, с., & абулкосимова, д. (2023). Кичик чанокдаги операциядан кийин ҳосил бўлган битишмалар қизларга тасири. *Бюллетень педагогов нового узбекистана*, 1(5 part 2), 123-126.
15. Рузиева, н. Х., & пахомова, ж. Е. (2023). Результаты исследования цитокинов у беременных с риском преждевременных родов. *Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности*, 196.
16. Рузиева, н. Х., каюмова, д. Т., & турбанова, у. В. (2022). Течение беременности, исхода родов и состояние плаценты у женщин, перенесших sars2-covid-19-клинико морфологические паралели (doctoral dissertation, москва).
17. Рожкова, е., рузиева, н. И эргашев, з. (2021). Совершенствование методологии защиты конструкций от тепловых воздействий. В *e3s web of conferences* (т. 264, стр. 02033). Edp sciences.
18. Рузиева, н. Х., & пахомова, ж. Е. Оригинальные статьи original articles. *Доктор ахборотномаси вестник врача doctor's herald*, 7.



19. Рузиева, н. Х., джаббарова, л. А., & джаббарова, ю. К. (2021). Причины и пути снижения преждевременных родов с использованием международных подходов. *Re-health journal*, (1 (9)), 14-18.
20. Nazarova, d. E., ruzieva, n. K., turbanova, u. V., & rassadina, m. V. (2021). The role of oxidant stress in the development of premature childbirth. *Central asian journal of pediatrics*, 2021(1), 30-36.
21. Юлдашев, а. Ю., юлдашева, с. З., & рузиева, н. Х. (2017). Формирование в слизистой оболочке тонкой кишки пищеварительно-всасывательной и иммунной системы в раннем постнатальном онтогенезе. *Министерство здравоохранения республики узбекистан республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии ассоциация врачей частной практики узбекистана клиника «mahliyo-shifo» & v «mahliyo-shifo» & v*, 132.
22. Рузиева, н., суннатиллаева, с., & ахмадалиева, м. (2023). Кичик чанокдаги операциядан кийин ҳосил болган битишмалар қизларга тасири. *Центральноазиатский журнал образования и инноваций*, 2(3 part 2), 79-82.
23. Тешаев, ш., ядгарова, г., норова, м., рузиева, н., & якубов, ш. (2012). Морфометрические параметры лица здоровых детей и их соответствие закону золотой пропорции. *Журнал вестник врача*, 1(2), 157-158.
24. Рузиева, н. Х., & бектимирова, а. А. (2016). Дрожжеподобные грибы рода candida в генитальном тракте женщин репродуктивного возраста. *Редакционная коллегия*, 51.
25. Рузиева, н. Х., расул-заде, ю. Г., & алиёрова, г. А. (2020). A new look at the pathogenetic mechanism, clinical course and methods of treatment of pregnant women with arvi. *Новый день в медицине*, (4), 108-114.
26. Рузиева, н. Х., хомиладорларда, э. Т. Х. Ю. Б., & оптималлаштириш, т. Тошкент педиатрия тиббиёт институти хузуридаги илмий даражалар берувчи dsc. 27.06. 2017. Tib. 29.01 рақамли илмий кенгаш тошкент педиатрия тиббиёт институти.
27. Ruzieva, n., nazarova, d. E., turbanova, u. V., & rassadina, m. V. (2019). The role of oxidant stress in the development of premature childbirth. *Central asian journal of pediatrics*, 2(1), 54-57.
28. Закирова, н., рузиева, н., лутфуллаев, у., зияева, з., аскаророва, ф., & кенжаева, у. (2013). Состояние репродуктивного здоровья и размеры таза у девушек, проживающих в условиях акселерации (обзор литературы). *Журнал вестник врача*, 1(1), 62-65.
29. Рузиева, н. Х., & исмаилова, и. Р. (2014). Магне-в6 в профилактике и лечении анемии у беременных. In *глобализация науки: проблемы и перспективы* (pp. 156-161).
30. Шуринов, д., рузиева, н., закирова, н., лутфуллаев, у., & зияева, з. (2012). Характеристика антропометрических показателей девочек в возрасте от новорожденности до подросткового периода. *Журнал вестник врача*, 1(4), 139-141.
31. Тен, с., тешаев, ш., рузиева, н., лутфуллаев, у., & салимова, а. (2013). Сравнительная характеристика морфометрических параметров головы здоровых



EURASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES

Innovative Academy Research Support Center

www.in-academy.uz/index.php/ejmns

IF = 9.2

детей и детей с церебральным параличом 6-летнего возраста. *Журнал вестник
врача*, 1(1), 156-157.