

У.А. Каримова¹, Д.С. Додхоев², У.Д. Узакова¹

ВЛИЯНИЕ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ В СОЧЕТАНИИ С ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

¹Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

²Кафедра педиатрии №1, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Каримова Умеда Анваровна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; Тел.: +992918617785; E-mail: karimovaumeda555@mail.ru

Цель исследования. Оценка влияния преэклампсии в сочетании с дородовым разрывом плодных оболочек на состояние новорожденных в раннем неонатальном периоде.

Материал и методы исследования. Исследование включало 984 матерей и их новорождённых, разделенных на 4 группы: основную группу составили 94 женщины и их новорождённые, беременность которых осложнилась тяжелой преэклампсией в сочетании с дородовым разрывом плодных оболочек; вторую или группу сравнения составили 840 пациенток, разделенных на 2 подгруппы: подгруппу А составили 70 пациенток с тяжелой преэклампсией и их новорождённые; подгруппу Б – 770 пациенток с дородовым разрывом плодных оболочек. Группа контроля состоит из 50 здоровых беременных.

Результаты исследования и их обсуждение. В основной группе родились 31 (33%); в подгруппе А – 21 (30%); подгруппе Б – 69 (9%) недоношенных детей. Новорождённые с экстремальной недоношенностью родились в основной группе в 3,1 и 5,4 раза чаще, чем в подгруппе А и Б ($p=0,013$). Доказано, что в основной группе был выше респираторный дистресс синдрома, апноэ и энцефалопатия новорождённых. Гипогликемия диагностирована у новорожденных, родившихся от женщин основной группы в 5,6 раз чаще, чем при изолированном дородовом разрыве плодных оболочек ($p<0,001$) и в 1,3 раз чаще, чем только при преэклампсии ($p>0,05$). В Республике Таджикистан неонатальная смертность достигает 56,3%.

Вывод. Существенным потенциалом снижения ранней неонатальной заболеваемости и смертности у женщин с преэклампсией и ДРПО является перенаправление и родоразрешение в учреждениях третьего уровня.

Ключевые слова: тяжёлая преэклампсия, дородовый разрыв плодных оболочек, неонатальный период.

U.A. Karimova¹, D.S. Dodkhoev², U.D. Uzakova¹

INFLUENCE OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA IN COMBINATION WITH PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANS ON THE COURSE OF THE EARLY NEONATAL PERIOD

¹Department of Obstetrics and Gynecology No. 1, SEI Avicenna Tajik State Medical University

²Department of Pediatrics No. 1, SEI Tashkent State Medical University named after Abuali ibni Sino

Umeda Anvarovna Karimova - Assistant of the Department of Obstetrics and Gynaecology №1 of the SEI Avicenna Tajik State Medical University; Tel: +992918617785; E-mail: karimovaumeda555@mail.ru

Aim. To assess the effect of preeclampsia in combination with premature rupture of membranes (PROM) on the condition of newborns in the early neonatal period.

Materials and Methods. The study included 984 mothers and their newborns, divided into four groups. The main group comprised 94 women whose pregnancies were complicated by severe preeclampsia and PROM. The comparison group consisted of 840 patients, further divided into two subgroups: subgroup A included 70 patients with severe preeclampsia, and subgroup B included 770 patients with PROM. The control group comprised 50 healthy pregnant women.

Results and Discussion. In the main group, 31 (33%) newborns were premature; in subgroup A, 21 (30%); and in subgroup B, 69 (9%). Newborns with extreme prematurity were born in the main group 3.1 and 5.4 times more often than in subgroups A and B, respectively ($p = 0.013$). It was found that the main group had a higher incidence of respiratory distress syndrome, apnea, and neonatal encephalopathy. Hypoglycemia was diagnosed in the main group 5.6 times more frequently than in cases of isolated PROM ($p < 0.001$) and 1.3 times more frequently than with preeclampsia alone ($p > 0.05$). In the Republic of Tajikistan, neonatal mortality reaches 56.3%.

Conclusion. Reducing early neonatal morbidity and mortality in women with preeclampsia and PROM is possible through referral and delivery in tertiary care facilities.

Keywords: severe preeclampsia, premature rupture of membranes, neonatal period.

Актуальность. Тяжёлая преэклампсия и дородовой разрыв плодных оболочек (ДРПО) являются серьёзной проблемой здравоохранения во всем мире, частота которых колеблется в диапазоне 2-8% и 8-20%, соответственно [3, 6]. Они определяют высокий уровень потерь детей в мире [1]. Так, около половины детей при преэклампсии имеют неблагоприятный исход, обусловленный недоношенностью в 29%, задержкой роста плода (ЗРП) в 24,6% случаев, асфиксией в родах в 14,7% случаев [4, 5]. М. Tadese et al (2024) указывают, что частота преждевременных родов при преэклампсии достигает 39,4%, ЗРП – 48,9%, госпитализация в отделение интенсивной терапии 20,4%, а низкая оценка по шкале Апгар – 14,7% [5, 2]. По данным других исследований вышеуказанные показатели в 2-3 раза ниже [6].

Учитывая представленные результаты следует ожидать крайне высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности при сочетании ДРПО и преэклампсии [3]. Однако до настоящего времени исследований в данном направлении недостаточно либо они ограничены изучением масса-ростовых показателей у новорождённых.

Цель исследования. Оценка влияния преэклампсии в сочетании с дородовым разрывом плодных оболочек на состояние новорожденных в раннем неонатальном периоде.

Материал и методы исследования. Исследование включило 984 новорождённых, родившихся в городском родильном доме №1 города Душанбе за период 2019-2022 гг. Ретроспективному анализу подвергнуто 709 случаев, проспективному – 275 случаев исхода родов. Обследованный контингент был разделен на 4 группы: основную группу составили 94 женщины и их новорождённые, беременность которых осложнилась тяжелой преэклампсией в сочетании с ДРПО; вторую или группу сравнения - 840 пациенток, разделенных на 2 подгруппы: подгруппу А составили 70 пациенток с тяжелой преэклампсией и их новорождённые; подгруппу Б – 770 с ДРПО. Группа контроля представлена 50 беременными без акушерских осложнений и их новорожденные дети. У всех женщин было получено информированное согласие на участие в исследовании. Проведен анализ клинико-анамнестических данных, особенностей течения беременности, родов и раннего неона-

тального периода. Оценку состояния детей при рождении проводили по шкале Апгар, распределение новорожденных по масса-ростовым показателям проводилось согласно центильной кривой для мальчиков и девочек, лабораторные методы включали общий анализ периферической крови, биохимический анализ крови (билирубин и его фракции, сывороточная концентрация глюкозы), а также функциональный метод ультразвукового исследования головного мозга новорожденных – нейросонография (аппарат УЗИ Mindray DC-T6).

Помимо общеклинического обследования проводили исследование микробиоты влагалища и цервикального канала у матери, а также гистологическое исследование плаценты проведено в центральной научно-исследовательской лаборатории ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Статистический анализ данных проведен с использованием пакета статистического анализа Statistica 10.0 (StatSoft, США). При парном сравнении групп по качественным величинам использовался критерий χ^2 Пирсона, в том числе с поправкой Йетса и точный критерий Данна. Статистически значимым считали значение значение $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст обследованных женщин колебался от 18 до 44 лет и составил в среднем $25,5 \pm 5,2$ лет. В группе контроля 20% беременных были первородящие, в основной и группе сравнения их выявлено в 2,7 и 2,5 раз больше: 54,3% и 50%, соответственно ($p < 0,001$). Многорожавшие в группе контроля составили 12,0%; в основной группе - 20,2%, подгруппе А – 25,7%; подгруппе Б – 14,2% ($p = 0,034$).

Родоразрешены через естественные родовые пути 68 (72,3%) женщин основной группы, 58 (82,9%) – в подгруппе А; 696 (90,4%) – в подгруппе Б; в группе контроля – 50 (100%) женщин; кесарево сечение проведено соответственно в 26 (27,7%), 12 (17,1%), 74 (9,6%) случаях соответственно. Продолжительность первого и второго периода родов в исследуемых группах оказалась больше, чем в группе контроля без статистически значимого различия ($p = 0,6142$).

Срочные роды произошли у 863 (87,7%) рожениц, преждевременные – у 121 (12,3%) женщины. Для основной группы была характерна высокая доля недоношенных детей (33%): в подгруппе А

их количество было выше в 1,1 раза, а в подгруппе Б — в 3,7 раза. Совокупная доля недоношенных детей у матерей с преэклампсией превышала аналогичный показатель в подгруппе с ДРПО в 3,3 раза.

Наибольшее количество новорождённых с экстремальной недоношенностью было выявлено в основной группе (4,3%), что в 3,1 раза больше, чем в подгруппе А (1,4%), и в 5,4 раза больше, чем в подгруппе Б (0,8%) ($p=0,013$). В то же время,

глубоко недоношенных детей в основной группе было в 1,7 раза меньше, чем в подгруппе А, но в 3,4 раза больше по сравнению с подгруппой Б: 4,3%, 7,1% и 1,6% соответственно ($p=0,005$). Умеренно недоношенные составили: 24,5% в основной группе, 21,4% в подгруппе А и 6,6% в подгруппе Б ($p<0,001$).

Сравнительным анализом установлена статистически значимая разница основных показателей

Таблица 1

Показатели физического развития новорождённых ($M\pm SD$)

Показатели	Основная группа, n=94	Группа сравнения		p (df =2)
		Подгруппа А, n= 69	Подгруппа Б, n=766	
Масса, г	2696,3±655,3	2994,8±658,2 $p_1 =0,006$	3130,0±556,6 $p_2 <0,001$; $p_2 >0,05$;	<0,001
Длина, см	46,9±5,1	48,8±3,5 $p_1 =0,033$	49,7±3,5 $p_1 =0,039$; $p_2 <0,001$	<0,001
Окружность головы, см	33,9±2,0	33,2±2,1 $p_1 >0,05$	34,1±1,8 $p_1 >0,05$; $p_2 =0,001$	=0,002
Окружность груди	32,4±2,7	31,2±3,1 $p_1 =0,013$	32,9±2,1 $p_1 >0,05$; $p_2 <0,001$	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной группой и подгруппами группы сравнения (по критерию Крускала-Уоллиса); post-hoc: p_1 – статистическая значимость различий показателей по сравнению с основной группой; p_2 – статистическая значимость различий между показателями подгруппы А и подгруппы Б (post-hoc по критерию Данна).

Таблица 2

Средняя масса тела недоношенных новорожденных в зависимости от срока гестации, грамм ($M\pm SD$)

Срок гестации, недели	Основная группа		Группа сравнения				P
			Подгруппа А		Подгруппа Б		
	n	масса, г	n	масса, г	n	масса, г	
26-28	4	612,7±14,2	1	656,0	6	786,5±43,7 $p_1 =0,015$	=0,019
29-32	4	1592,5±40,3	5	1711,4±19,5 $p_1 >0,05$	12	2034,6±113,7 $p_1 <0,001$ $p_2 =0,030$	<0,001
33-34	11	2134,7±69,3	6	2122,5±80,3 $p_1 >0,05$	13	2370,8±239,5 $p_1 =0,012$ $p_2 =0,017$	=0,003
35-36	12	2319,1±79,0	9	2231,9±78,4 $p_1 >0,05$	38	2790,8±307,1 $p_1 =0,003$ $p_2 <0,001$	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной группой и подгруппами группы сравнения (по критерию Крускала-Уоллиса); post-hoc: p_1 – статистическая значимость различий показателей по сравнению с основной группой; p_2 – статистическая значимость различий между показателями подгруппы А и подгруппы Б (post-hoc по критерию Данна).

физического развития новорождённых, более выраженная по массе тела (табл. 1).

Различия массы недоношенных новорождённых были в значительной степени выражены при сравнительном анализе между первой группой и подгруппой Б и отсутствовали при сравнении с подгруппой А, где все показатели были статистически незначимы (табл. 2).

Всего с ЗРП родились 131 новорождённый (13,3% от общего числа обследованных), при этом доношенные дети преобладали в 3,2 раза по сравнению с недоношенными: 10,1% и 3,2% соответственно. Уровень ЗРП в подгруппе А был в 2,1 раза выше, чем в подгруппе Б, и в 1,8 раза выше в целом: 25,7%, 21,3% и 12,1% соответственно ($p < 0,001$). Высокий уровень маловесных детей в основной группе был и связан с морфологическими изменениями в плаценте, в которых были обнаружены тромбы полностью или частично обтурирующие сосуды; венозная эктазия с превышением их диаметра в 3-4 раза от нормы. Данные изменения диагностированы в основной группе в 6 раз чаще по сравнению с подгруппой Б и в 2,4 раза больше, чем в подгруппе А (табл. 3).

Анатомические условия и вмешательства во время родов оказались самыми значимыми для основной группы, где преобладала низкая оценка состояния новорожденных по шкале Апгар: с оценкой 0-3 баллов родились 3,1% новорожденных; 4-6 баллов – 10,6%, а в группе сравнения: 1,8 и 4,1%, соответственно. Индукция родов при наличии преэклампсии с ДРПО явилась причиной низкой оценки по шкале Апгар у 1,1% новорождённых, в подгруппе А у 1,4%, что превышало подгруппу Б в 2,8 и 3,5 раза. При родостимуляции низкие баллы состояния детей по шкале Апгар оказались еще выше: 3,2; 2,9 и 0,3% в основной группе и подгруппах А и Б.

Тяжелая асфиксия новорождённых у 1,1% основной группы и 0,3% подгруппы Б была связана с хориоамнионитом, отсутствовал в подгруппе А. Также с хориоамнионитом был связан неонатальный сепсис. При бактериологическом исследовании в микробиоте влагалища и цервикального канала у женщин с преэклампсией с и без ДРПО практически в идентичной степени преобладала *E.Coli* как изолированная или микстинфекция: 17,3% и 18,2% и *Klebsiella* – 25% и 24,2%, они статистически значимо чаще высеяны при изолированной ДРПО 38,6% и 49,1% ($p=0,003$; $p < 0,001$).

Высокий уровень заболеваемости у новорождённых основной группы был связан с развитием респираторного дистресс синдрома (РДС) на фоне преэклампсии у матери, которые отличались от подгруппы Б в 2,5 раза. Апноэ и энцефалопатия новорождённых выявлены в основной и подгруппе А в 6,5 и 2,5 раз больше, чем в подгруппе Б ($p < 0,001$).

Гипогликемия диагностирована в основной группе в 5,6 раз чаще, чем при изолированной ДРПО ($p < 0,001$) и в 1,3 раз чаще, чем только при преэклампсии ($p > 0,05$). Содержание сахара крови у новорожденных колебалось при гипогликемии - от 1,9 до 2,1 ммоль/л, среднее содержание составило $2,0 \pm 0,2$ ммоль/л (табл. 4).

У матерей с сочетанием преэклампсии и ДРПО госпитализация их новорожденных в отделение интенсивной терапии и реанимации при сочетании ДРПО статистически значимо превышала подгруппу А в 2,7 и подгруппу Б в 7,2 раза ($p_1=0,003$; $p_2 < 0,001$) (табл. 4).

Умерли в раннем неонатальном периоде – 8 новорождённых. Причиной смерти явились сепсис, сочетание РДС с дыхательной недостаточностью и внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК), ко-

Таблица 3.

Удельный вес задержки роста плода родившихся у матерей с преэклампсией и ДРПО в зависимости от срока гестации

Срок беременности, неделя	Основная Группа		Группа сравнения				P (df =2)
	n	%	подгруппа А		подгруппа Б		
			N	%	N	%	
до 28	3	3,2					
28 – 31 ⁺⁶ дней	2	2,1	1	1,4	5	0,6	=0,005
32-36 ⁺⁶ дней	5	5,3	3	4,3	12	1,6	<0,001
37 недель и >	24	25,5	17	24,3	59	7,7	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различий между всеми группами (по критерию χ^2 для произвольных таблиц; * - с поправкой Йетса).

Таблица 4

**Заболеваемость в раннем неонатальном периоде у новорождённых,
родившихся у матерей с преэклампсией и ДРПО**

Показатели	Основная группа, n=94		Группа сравнения				p (df =2)
			Подгруппа А, n= 69		Подгруппа Б, n= 776		
	N	%	N	%	n	%	
Сепсис	4	4,3	1	1,4	16	2,1	>0,05
Гипогликемия	9	9,6	5	7,2 $p_1 >0,05^*$	13	1,7 $p_1 <0,001^*$ $p_2 =0,009^*$	<0,001
ВЖК	1	1,1	1	1,4	6	0,8	>0,05
Апноэ	11	11,7	7	10,1 $p_1 >0,05^*$	14	1,8 $p_1 <0,001$ $p_2 <0,001^*$	<0,001
Гипербилирубинемия	2	2,1	1	1,4	2	0,3	>0,05
Госпитализация в ОИТН	35	37,2	11	15,9 $p_1 =0,003$	40	5,2 $p_1 <0,001$ $p_2 <0,001$	<0,001
Энцефалопатия новорожденных	10	10,6	11	15,9 $p_1 >0,05$	33	4,3 $p_1 =0,007$ $p_2 <0,001$	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной группой и подгруппами группы сравнения (по критерию χ^2 для произвольных таблиц); post-hoc: p_1 – статистическая значимость различий показателей по сравнению с основной группой; p_2 – статистическая значимость различий между показателями подгруппы А и подгруппы Б (по критерию χ^2 ; * - по критерию χ^2 с поправкой Йетса – все критерии для четырёхпольных таблиц).

торые привели к смерти в 3 случаях в основной группе, 2 случаев в подгруппе А и 4-х случаев в подгруппе Б.

Высокий удельный вес маловесных новорожденных, родившихся у матерей с преэклампсией в сочетании с ДРПО преимущественно связан с недоношенностью и ЗРП. Недоношенность, прежде всего, является следствием преэклампсии, о чем свидетельствуют схожие показатели перинатального периода в основной группе и подгруппе А. Немаловажное значение в отставании роста плода имеет поражение сосудистой системы фето-плацентарного комплекса с развитием материнской и плодовой мальформации. Присоединение ДРПО к преэклампсии значительно повышает риски хориоамнионита и развития внутриутробной инфекции с трансформацией в последующем в неонатальный сепсис.

Сочетание преэклампсии и ДРПО у матери значительно повышают потребность в госпитализации новорождённых в отделение интенсивной терапии и реанимации новорождённых в связи с асфиксией, гипогликемией, апноэ, энцефалопатией

новорождённых по сравнению с изолированной преэклампсией или ДРПО. Также имеет место тенденция к превалированию неонатального сепсиса, ВЖК и гипербилирубинемии в основной группе по сравнению с подгруппой А и Б.

Выводы:

1. Недоношенность является основной причиной высокой заболеваемости у новорождённых, родившихся от матерей с тяжёлой преэклампсией в сочетании с родовым разрывом плодных оболочек. Присоединение родового разрыва плодных оболочек значительно повышает риск внутриутробного инфицирования плода и летального исхода.

2. У обследованного контингента детей отмечается различные состояния функциональной незрелости, что может привести к высокому риску развития заболеваемости.

3. Существенным потенциалом снижения переносимости показателей является перенаправление беременных с тяжёлой преэклампсией и родовым разрывом плодных оболочек в учреждения третьего уровня.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 3-6 см. в REFERENCES)

1. Икромов Т.Ш. Изучение структуры неонатальной смертности в медицинских учреждениях Республики Таджикистан / Т.Ш. Икромов, З.Н. Набиев, Х. Ибодов и др. // Здоровоохранение Таджикистана. – 2024. - №1. – С. 9-16

2. Мухамадиева С.М. Динамика и структура причин ранней неонатальной смертности недоношенных новорождённых в Республике Таджикистан / С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзобекова, Д.З. Юнусова // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. - 2023. – Т.3, №2 (46). – С. 40-47

REFERENCES

1. Ikromov T.Sh. Izuchenie struktury neonatalnoy smertnosti v meditsinskikh uchrezhdeniyakh Respubliki Tadjikistan [Study of the structure of neonatal mortality in medical institutions of the Republic of Tajikistan]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2024, No. 1, pp. 9-16

2. Mukhamadieva S.M. Dinamika i struktura prichin ranney neonatalnoy smertnosti nedonoshennykh novorozhdyonnykh v Respublike Tadjikistan [Dynamics and structure of causes of early neonatal mortality of premature newborns in the Republic of Tajikistan]. *Meditsinskiy vestnik Natsionalnoy akademii nauk Tadjikistana - Medical Bulletin of the National Academy of Sciences of Tajikistan*, 2023, Vol. 3, No. 2 (46), pp. 40-47

2. Effect of preeclampsia and premature rupture of membrane on neonatal birth weight and length by gestational age: A retrospective study in China. *Journal of Research in Medical Sciences*, 2021, No. 38, pp. 2691

3. Wolde M. Predictors and perinatal outcomes of pre-labor rupture of membrane among pregnant women admitted to Hiwot Fana Comprehensive Specialized University Hospital, Eastern Ethiopia: a retrospective study. *Frontiers in Medicine. Obstetrics and Gynecology*, 2023, Vol. 10

4. Tadese M. Prevalence and determinants of adverse perinatal outcomes of preeclampsia with severe features at two selected public hospitals in Addis Ababa Ethiopia. *Neonatology. Frontiers in Pediatrics*, 2024. Vol. 12.

5. Tabassum S. Preeclampsia and Its Maternal and Perinatal Outcomes in Pregnant Women Managed

in Bahrain's Tertiary Care Hospital. *Cureus*, 2022, Vol. 14 (5).

ХУЛОСА

У.А. Каримова, Д.С. Додхоев, У.Д. Узакова

ТАЪСИРИ ПРЕЭКЛАМПСИЯИ ВАЗНИН ДАР ЯҚЗОЯГӢ БО ТО ВАЛОДАТ ДАРИДАНИ ПАРДАҲОИ НАЗДИТИФЛИ ДАР РАФТИ ДАВРАИ БАРМАХАЛӢ НЕОНАТАЛӢ

Мақсади омӯзиш. Арзёбии таъсири преэклампсия дар яқзоягӣ бо то валодат даридани пардаҳои наздитифлӣ ба ҳолати кӯдакони навзод дар давраи бармахалӣ неонаталӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Доираи таҳқиқот 984 нафар модарон ва кӯдакони навзоди онҳоро дар бар гирифта, ба 4 гурӯҳ тақсим карда шудаанд: гурӯҳи асосӣ аз 94 нафар занон ва навзодонашон иборат буд, ки ҳомиладорӣ онҳо бо преэклампсияи шадид дар яқзоягӣ бо то валодат даридани пардаҳои наздитифли мушқил шудааст; гурӯҳи дуюм ё муқоисавӣ 840 беморонро дар бар мегирифт, ки ба 2 зергурӯҳ тақсим шудаанд: зергурӯҳи А аз 70 беморони гирифтори преэклампсияи шадид ва кӯдакони навзоди онҳо; зергурӯҳи В - 770 бо то валодат даридани пардаҳои наздитифли. Гурӯҳи назоратӣ аз 50 зани ҳомиладори солим иборат буд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаҳои онҳо Дар гурӯҳи асосӣ 31 нафар (33%) таваллуд шудаанд; дар зергурӯҳи А -21 (30%); зергурӯҳи В – 69 (9%) кӯдакони норасид буданд. Навзодони норасиди бармахал дар гурӯҳи асосӣ 3,1 ва 5,4 маротиба бештар аз зергурӯҳҳои А ва В таваллуд шудаанд ($p = 0,013$). Исбот карда шуд, ки дар гурӯҳи асосӣ гирифтори синдроми дистресси респираторӣ, апноэ ва энцефалопатияи навзодон мушоҳида шудааст, ки дар гурӯҳи асосӣ гипогликемия нисбат ба то валодат даридани пардаҳои наздитифли ҷудошуда 5,6 маротиба бештар ва 1,3 маротиба бештар таъхир шудааст. танҳо бо преэклампсия ($p > 0,05$). Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон фавти кудакони навзод ба 56,3% мерасад.

Хулоса: Потенсиали коҳиш додани беморӣ ва марги барвакти навзод дар занони гирифтори преэклампсия ва то валодат даридани пардаҳои наздитифли тавассути мурочиат ва таваллуд дар муассисаҳои табобатии сеюм.

Калимаҳои калидӣ: преэклампсияи вазнин, то валодат даридани пардаҳои наздитифлӣ давраи навзодӣ.