

УДК: 618.39-008.6

ФАКТОРЫ РИСКА НЕДОНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Рузиева Н.Х.¹, Джаббарова Л.А.², Дусмуродова М.О.²

¹ Ташкентский государственный медицинский университет,

² Республиканский перинатальный центр, Ташкент

XULOSA

Tadqiqotning maqsadi homiladorlikning 22-27⁶ haftalari va 28-33⁶ haftalarida erta homiladorlikning asosiy sabablari va klinik natijalarini aniqlashdir.

Materiallar va usullar. Homiladorlik muddatiga ko'ra 205 ta muddatidan oldin tug'ruq (MOT) ikki guruhga: juda erta (JEMOT) va erta (EMOT) bo'lingan holatlarida retrospektiv tadqiqot o'tkazildi.

Natijalar. Juda erta MOT uchun asosiy homiladan oldingi xavf omillari temir tanqisligi anemiyasi, siydik yo'llari infeksiyalari va surunkali arterial gipertenziya bo'ldi. Homiladorlikdagi xavf omillariga esa preeklampsiya, fetoplatsentar yetishmovchilik, nafas yo'llarining infeksiyalari va avvalgi perinatal yo'qotishlar kiradi.

Xulosa. Olingan natijalar yuqori xavfli ayollarda homiladan oldingi tayyorgarlik va homiladorlikni erta kuzatishni kuchaytirish zarurligini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: muddatidan oldin tug'ilish, perinatal o'lim, anemiya, preeklampsiya, fetoplatsentar yetishmovchilik, kesarcha kesish.

Преждевременные роды (ПР) остаются одной из ключевых проблем современной перинатальной медицины. Недонашивание беременности сопровождается не только высоким уровнем перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности, но также оказывает существенное влияние на психосоциальные, экономические и демографические показатели общества [13]. По данным литературы, частота ПР колеблется от 5 до 18 % всех родов [5,12,15]. При этом перинатальная смертность при преждевременных родах выше в 33 раза, а частота мертворождений – в 8–13 раз по сравнению с доношенными родами [14]. В 72–85 % случаев ПР становятся причиной неонатальной смертности [8].

Этиологические аспекты невынашивания беременности активно изучаются в мировой литературе [1,3,6]. Однако сведения о причинах и мерах профилактики ПР в зависимости от сроков гестации остаются фрагментарными и недостаточными, что особенно важно учитывать в условиях специализированных перинатальных центров.

В Республике Узбекистан за последние два десятилетия достигнуто значительное снижение младенческой смертности. Вместе с тем уровень перинатальной смертности остаётся стабильно высоким. В настоящее время большинство случаев преждевре-

SUMMARY

The aim of the study is to identify the main causes and clinical outcomes of preterm pregnancy at 22–27⁶ weeks and 28–33⁶ weeks of gestation.

Material and methods. A retrospective study of 205 cases of premature birth (PB) was conducted, divided into two groups by gestational age: very early (VEPB) and early (EPB).

Results. Key preconception risk factors for very early PB included iron deficiency anemia, urinary tract infections, and chronic arterial hypertension. Obstetric predictors of preterm delivery were preeclampsia, fetoplacental insufficiency, acute respiratory infections, and a history of perinatal loss.

Conclusions. The findings underscore the importance of preconception care and enhanced prenatal monitoring in women at high obstetric risk.

Keywords: preterm birth, perinatal mortality, anemia, preeclampsia, fetoplacental insufficiency, cesarean section.

менных родов приходится на перинатальные центры, где их доля достигает 16–20 % [4].

Выявление факторов риска преждевременных родов с учётом срока гестации, массы тела плода и характера перинатальных потерь позволяет сформировать более эффективные стратегии антенатальной охраны плода, а также предупредить развитие акушерских осложнений как у матери, так и у ребёнка. Согласно результатам нашего исследования, наибольшую клиническую значимость представляют очень ранние и ранние преждевременные роды [10]. В условиях дальнейшего развития системы перинатальной помощи в Узбекистане данная проблема приобретает особую актуальность и требует комплексного междисциплинарного подхода.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – выявить основные причины и клинические исходы недонашивания беременности в сроках 22–27⁶ недель и 28–33⁶ недель гестации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное исследование 205 случаев недонашивания беременности, имевших место в Республиканском перинатальном центре в период с 2020 по 2023 гг. В выборку включены случаи методом сплошного отбора. Первая группа (n = 100) включала случаи очень ранних преждевре-

менных родов (ОРПР), произошедших в сроках 22–27^е недель; вторая группа (n=105) – случаи ранних преждевременных родов (РПР), на сроках 28–33^е недель гестации.

Анализу подвергались социально-демографические характеристики, акушерско-гинекологический анамнез, наличие сопутствующих соматических заболеваний, течение беременности и её исходы. Статистическая обработка данных выполнена с при-

менением методов вариационной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ возрастного состава показал, что большинство беременных в обеих группах находились в активном репродуктивном возрасте от 20 до 35 лет: в первой группе – 84,0 % (84 пациентки), во второй – 87,6 % (92 пациентки) (рис. 1). Различия между группами по возрастному составу были статистически недостоверными ($p > 0,05$).

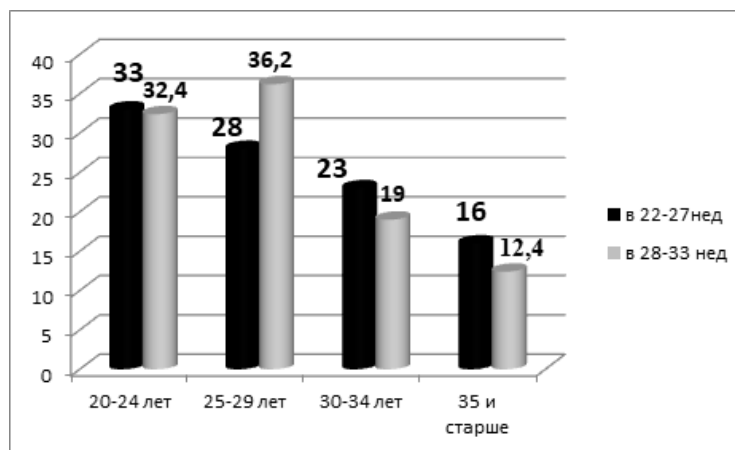


Рис. 1. Возрастной состав беременных женщин.

Наиболее представленной возрастной категорией были женщины 20–29 лет: $61,0 \pm 4,9$ % в первой группе и $68,6 \pm 4,5$ % – во второй, что достоверно превышало долю женщин старше 30 лет ($39,0 \pm 4,9$ % и $31,4 \pm 4,5$ % соответственно).

По паритету родов установлено, что наибольшую долю составляли первородящие: $42,0 \pm 5,0$ % и $43,8 \pm 4,9$ % в первой и второй группах соответственно ($p < 0,001$). Вторые роды зарегистрированы у $21,0 \pm 4,1$ % и $24,8$ % пациенток, третьи – у $20,0 \pm 4,0$ % и $20,0 \pm 3,9$ %, четвертые и более – у $12,0 \pm 3,2$ % и $11,4 \pm 3,0$ %. Статистически значимых различий между группами по паритету не отмечено.

Согласно данным литературы, ПР чаще наблюдаются у повторнородящих женщин с отягощённым

акушерским анамнезом (рубец на матке после предыдущего кесарева сечения, случаи неразвивающейся беременности, медицинские аборт, преждевременные роды) [11].

Распределение по срокам гестации показало, что в первой группе (ОРПР) роды в сроке 22–24^е недель произошли у 24,0% женщин, а у 76,0% – в сроке 25–27^е недель. Во второй группе (РПР) преждевременные роды наблюдались в сроке 28–29^е недель у 21,9% (n=23), в 30–31^е недель – у 24,8% (n=26), а у большинства пациенток – в 32–33^е недель (53,0%, n=56).

Сведения акушерского анамнеза у 67 повторно-беременных женщин первой группы и 71 женщины второй группы представлены в таблице 1.

Таблица 1

Данные акушерского анамнеза у повторнородящих женщин с очень ранними и ранними преждевременными родами

Нозология	Очень ранние ПР		Ранние ПР	
	n=67	%	n=71	%
Аборты	26	38,8	19	26,8
Неразвивающаяся беременность	15	22,4	18	25,4
Преждевременные роды	16	23,9	25	35,2
Тяжелая преэклампсия	6	9,0	12	16,9
Кесарево сечение	16	23,9	21	29,6
Перинатальные потери	20	29,9	19	26,8
Физиологические роды	22	32,8	18	25,4

Примечание: $P > 0,05$

Анализ данных таблицы 1 показывает, что у пациенток с очень ранними преждевременными родами (ОРПР) отмечается высокая частота абортов (38,8%),

неразвивающейся беременности (22,4%), преждевременных родов (23,9%), операций кесарева сечения (23,9%) и перинатальных потерь (29,9%) в анамне-

зе. В группе с ранними преждевременными родами (РПР) количество указаний на невынашивание беременности было на 10% ниже, тогда как частота ПР в анамнезе на 11,3% выше по сравнению с первой группой; различия статистически недостоверны ($p > 0,05$).

Высокая частота акушерских осложнений в анамнезе указывает на хронические воспалительные процессы в органах репродуктивной системы и может рассматриваться как предгравидарный фактор высо-

кого риска в отношении повторных ПР. Значимыми факторами риска в обеих группах также являются перинатальные потери (29,9% и 26,8%) и перенесённое кесарево сечение (23,9% и 29,6% соответственно). Физиологические роды встречались лишь у трети и четверти повторнобеременных женщин в первой и второй группах.

При обследовании пациенток выявлен ряд соматических заболеваний. Характер и частота соматической патологии представлены на рисунке 2.

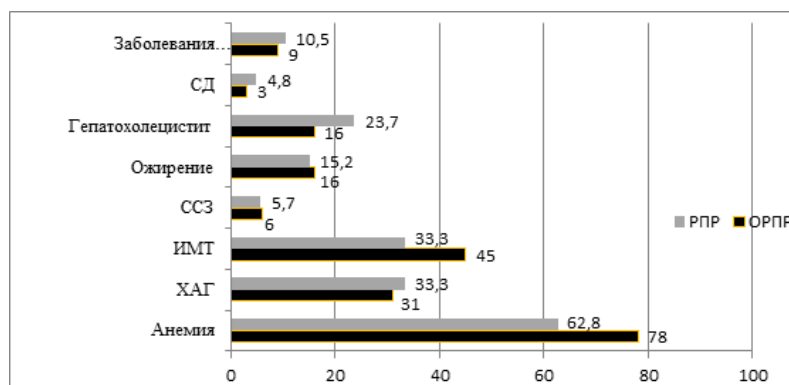


Рис. 2. Характер и частота соматической патологии у женщин с преждевременными родами

К ведущим предгравидарным факторам риска у женщин с ОРПР отнесены: железодефицитная анемия (ЖДА) – 78,0%, патология мочевыделительной системы – 45,0%, хроническая артериальная гипертензия – 31,0%. Аналогичные показатели во второй группе составили 62,8%, 33,3% и 33,3% соответственно. Частота экстрагенитальных заболеваний в исследуемой выборке превышает данные, представленные в литературе [11].

Многие из выявленных предгравидарных факторов предрасполагали к развитию осложнений ге-

стации, способствующих ПР. Эти осложнения отражены в таблице 2. Анализ данных таблицы 2 показал, что ключевыми факторами риска ОРПР и РПР являются: фетоплацентарная недостаточность (69,0 % и 76,2 %), ОРВИ и пневмония во время беременности (49,0 % и 52,4 %), тяжёлая преэклампсия (40,0 % и 48,6 %), тазовое и поперечное положения плода (33,0% и 26,7%), рвота беременных (29,0% и 26,7%). Значимыми причинами ПР также выступают наличие рубца на матке (16,0% и 20,0%), многоплодие (12,0% и 19,0%), дородовое кровотечение (17,0% и 11,4%).

Таблица 2

Осложнения беременности у женщин с очень ранними и ранними преждевременными родами

Патология	Очень ранние ПР		Ранние ПР	
	n=100	%	n=105	%
Рвота беременных	29	29,0	28	26,7
ОРИ во время беременности	37	37,0	39	37,1
Внебольничная пневмония	9	9,0	5	4,8
COVID-19	3	3,0	11	10,5
Подъемы АД	20	20,0	19	18,1
Преэклампсия	40	40,0	51	48,6
Рубец на матке	16	16,0	21	20,0
Дородовое кровотечение	17	17,0	12	11,4
Многоплодие	12	12,0	20	19,0
НМППК 2 и 3 степени	44	44,0	59	56,2
СОРИ	25	25,0	21	20,0
Тазовое предлежание плода	28	28,0	21	20,0
Поперечное положение плода	5	5,0	7	6,7
Патология амниона	10	10,0	10	9,5

Мы согласны с мнением В.С. Белоусовой и соавт., рассматривающих преждевременные роды как мультифакторный синдром [2]. По данным Di Renzo D.C. и соавт., триггером развития ПР может высту-

пать любой из факторов риска, как на этапе до беременности, так и в её течение [12].

По результатам исследования установлено, что у женщин первой группы роды через естественные

родовые пути произошли в 47,0% случаев, оперативное родоразрешение выполнено в 54,0% случаев. Во второй группе частота кесарева сечения была достоверно выше – 61,9±4,7% (65 из 105), тогда как роды через естественные пути составили 38,1±4,7% (n = 40) (p<0,001). Полученные нами данные соответствуют результатам, приведённым И.Н. Коротких и соавт. (70,0% и 30,0% соответственно) [7]. Согласно статистике перинатальных центров Российской Федерации, средняя частота кесарева сечения составляет 36%, а при преждевременных родах – 54%, что сопоставимо с нашими результатами [9].

Наиболее частыми показаниями к кесареву сечению в обеих группах были: подозрение на внутриутробное страдание плода (47,3% в первой группе и 44,6% во второй; p>0,05), угроза эклампсии (62,3±6,7% и 21,6±5,1% соответственно; p< 0,05), наличие рубца на матке (30,2±6,3 % и 6,2±2,9 %; p<0,05), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – 21,8% и 10,8% (p>0,05), а также сочетания данных факторов.

Указанные акушерские осложнения существенно влияли на уровень перинатальной смертности, который находился в прямой зависимости от срока гестации и массы тела новорождённого. Перинатальная смертность при очень ранних преждевременных родах составила 681,0%, что достоверно превышает показатель во второй группе – 52,6%, более чем в 15 раз (p< 0,001)

ВЫВОДЫ

Основными факторами риска реализации очень ранних преждевременных родов являются: перенесённое невынашивание беременности (61,2%), недонашивание беременности (23,9%) и перинатальные потери в анамнезе (29,9%). К предгравидарным факторам риска ОРПР относятся железодефицитная анемия (78,0%), инфекционно-воспалительные заболевания мочевого тракта (45,0%), хроническая артериальная гипертензия (31,0%). Указанные предрасполагающие состояния патогенетически обуславливают развитие осложнений беременности, таких как фетоплацентарная недостаточность (69,0%), острые респираторные и вирусные инфекции (49,0%), ранняя преэклампсия (40,0%), что ведёт к преждевременному родоразрешению. Перинатальная смертность при ОРПР достигает 681,0%, что в 15 раз выше по сравнению с показателями при РПР (52,6%). При ранних преждевременных родах выявлены аналогичные пренатальные факторы риска, однако их частота была несколько ниже.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резервом снижения частоты ОРПР и перинатальной смертности является внедрение комплексной предгравидарной подготовки, особенно среди девочек и подростков. Основными направлениями профилактики являются: раннее выявление и санация соматической патологии, реабилитация женщин в послеабортном периоде и в интергенеративном интервале,

повышение качества лечебно-профилактического наблюдения с ранних сроков гестации, особенно у женщин с отягощённым акушерским анамнезом и факторами высокого риска преждевременных родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асташкина М. В. Профилактика экстремально ранних преждевременных родов у женщин с внутриматочной инфекцией : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Челябинск. – 2021. – С. 24.
2. Белоусова В. С., Стрижаков А. Н., Свитич О. А. и др. Преждевременные роды: причины, патогенез, тактика // Акушерство и гинекология. – 2020. – № 2. – С. 82–87.
3. Горина К. А., Ходжаева З. С., Белоусов Д. М. и др. Преждевременные роды: прошлые ограничения и новые возможности // Акушерство и гинекология. – 2020. – № 1. – С. 12–19.
4. Джаббарова Л. А. Перинатальные исходы очень ранних преждевременных родов // Педиатрия. – 2024. – № 3. – С. 286–294.
5. Джаббарова Л. А., Рузиева Н. Х., Арифханова З. А. Преждевременные роды в перинатальном центре // Проблемы биологии и медицины. Сб. материалов междунар. науч.-практ. конф. «Здоровье женщины – здоровье нации», Самарканд, 21 янв. 2021 г. – 2021. – № 1.1 (126). – С. 80–82.
6. Долгушина В. Ф., Курносенко И. В., Асташкина М. В. Внутриматочная инфекция во время беременности // Акушерство и гинекология. – 2021. – № 6. – С. 41–46.
7. Коротких И. Н., Самодай В. Н., Бабкина М. С. Преждевременные роды: частота и методы родоразрешения в различные сроки гестации // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2016. – Т. 15, № 4. – С. 611–613.
8. Любич А. С. Достижения и перспективы перинатальной службы в Республике Узбекистан // Nazariy va klinik tibbiyot jurnali : материалы 1-й науч.-практ. конф. с междунар. участием «Актуальные проблемы перинатальной медицины», Ташкент, 9–10 окт. 2019 г. – 2019. – № 5. – С. 11–13.
9. Костин И. Н. Нас уже 55! Итоги переключки перинатальных центров РФ за 2022 год // Status Praesens. – 2023. – Оpubл. 26.12.2023. – URL: <https://statuspraesens.com> (дата обращения: [указать дату]).
10. Рузиева Н. Х., Джаббарова Л. А., Джаббарова Ю. К. Причины и пути снижения преждевременных родов с использованием международных подходов // RR-HEALTH Journal. – 2021. – Т. 1, № 9. – С. 14–18.
11. Юлдашева Н. О., Мусабаева А. М., Сапаралиева А. Х., Абсалямова М. М., Эдилова Э. Э., Сариева К. Б., Избасарова Р. С. Преждевременные роды: анализ причин и перинатальных исходов // Вестник КазНМУ. – 2017. – № 3. – С. 15–23.

12. Di Renzo D.C., Cabero Roura L., Facchinetti F.[et al.]. Preterm labor and birth management: recommendations from the European Association of Perinatal Medicine. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine. Med. 2017. Vol. 30, № 17. P. 2011–2030.
13. Eric O Ohuma, Ann-Beth Moller, Ellen Bradley, Samuel Chakwera, Laith Hussain-Alkhateeb. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis// Lancet. 2023 Oct 7;402(10409):1261-1271. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00878-4
14. Neonatal mortality data //https://data.unicef.org/resources/dataset/neonatal-mortality-data/January 2023.
15. Walani SR Global burden of preterm birth - 10 June 2020 - International https://doi.org/10.1002/ijgo.13195

УДК: 618.177-089.888.11

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ИСТОЩЕННЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Рузиева Н.Х., Турсунова М.Б.

Ташкентский государственный медицинский университет

XULOSA

Tuxumdonlar yetishmovchiligi (sindromi) — bu reproduktiv yoshdagi ayollarda tuxumdon funksiyasining muddatidan oldin pasayishi bilan kechadigan patologik holat boʻlib, hayz siklining buzilishi, jinsiy gormonlar darajasining kamayishi va bepustlikka olib keladi.

Ushbu tadqiqotning maqsadi — tuxumdonlar yetishmovchiligi sindromining diagnostic mezonlari va uni erta aniqlash usullarini klinik-laborator va instrumental maʼlumotlar asosida oʻrganishdan iborat edi. Tadqiqot doirasida reproduktiv funksiyasi buzilgan ayollarda antimyuller gormoni, follikulostimullovchi va lyuteinlashtiruvchi gormonlar darajasi aniqlanib, ultratovush tekshiruvi yordamida antral follikulalar soni baholandi.

Natijalar shuni koʻrsatdiki, antimyuller gormoni darajasining va antral follikulalar sonining kamayishi bilan birga, follikulostimullovchi gormon darajasining oshishi tuxumdonlar yetishmovchiligi sindromining ishonchli marker hisoblanadi. Bundan tashqari, sindrom patogenezida genetik va autoimmune omillarning muhim roli aniqlandi.

Olingan maʼlumotlar bunday patologiyani erta aniqlash va bemorlarni kompleks yondashuv asosida yuritish zarurligini tasdiqlaydi. Bu esa oʻz vaqtida gormonal oʻrinbosar terapiyasini boshlash hamda tugʻish qobiliyatini saqlab qolish imkonini beradi. Ushbu ish tuxumdonlar yetishmovchiligi bilan ogʻrigan ayollarni qoʻllab-quvvatlashdatibbiyotningturlisohalar ioʻrtasidahamkorlikvapsixoemotsionalyordamkoʻrsatish muhimligini taʼkidlaydi.

Kalit soʻzlar: tuxumdonlar yetishmovchiligi, AMH, reproduktiv yosh, erta tashhis.

SUMMARY

Premature Ovarian Insufficiency (POI) is a pathological condition characterized by an early decline in ovarian function in women of reproductive age, leading to menstrual irregularities, decreased levels of sex hormones, and infertility.

The aim of this study was to investigate the diagnostic criteria and methods for the early detection of POI based on clinical, laboratory, and instrumental data. The study included an analysis of the hormonal profile, including the measurement of anti-Müllerian hormone (AMH), follicle-stimulating hormone (FSH), and luteinizing hormone (LH), as well as an assessment of the antral follicle count using ultrasound in women with signs of reproductive dysfunction.

The results showed that a decreased level of AMH and a reduced number of antral follicles, in combination with elevated FSH levels, are reliable markers of POI. In addition, the significant role of genetic and autoimmune factors in the pathogenesis of this syndrome was identified.

The findings confirm the necessity of a comprehensive approach to the early diagnosis and management of patients with this pathology, which allows for the timely initiation of hormone replacement therapy and consideration of fertility preservation options. The study emphasizes the importance of interdisciplinary collaboration and psychoemotional support for women affected by premature ovarian insufficiency.

Keywords: ovarian insufficiency, AMH, reproductive age, early diagnosis.

Синдром истощенных яичников (СИЯ), также известный как преждевременная недостаточность

функции яичников или преждевременная овариальная недостаточность, представляет собой клиническое