



Сармуҳаррир:

Давлатзода Г.Қ. – н.и.т., дотсент,
директори МД ПАГ ва ПТ

Муовинони сармуҳаррир:

Муминова Ш.Т. – н.и.т., муовини директор оид ба корҳои илми МД ПАГ ва ПТ

Мирзоева А.Б. – н.и.т., дотсент, муовини директор оид ба корҳои табобати МД ПАГ ва ПТ

Котиби масъул:

Юсуфбекова У.Ю. – н.и.т., ходими калони илми МД ПАГ ва ПТ

Мухаррир-мушовир:

Зиё Раҳмон – н.и.б.

Мухаррири бадеӣ:

Темурхонов Т.

Тарҷумон:

Мамедова З.Т. – н.и.т.

Маҷалла соли 2009 таъсис дода шудааст. Маҷалла дар Вазорати фарҳанги Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 23 апрели соли 2018 таҳти № 056МҚ-97 ба қайд гирифта шудааст.

Аз 25 апрели соли 2024 ба фехристи маҷаллаҳои илми тақризшавандаи Ҷумҳурии Тоҷикистон ворид карда шудааст.

Суроғаи таҳририя:

734002, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш. Душанбе, куч. Мирзо Турсунзода 31,

Тел.: (+992 372) 213656

(+992) 907810281

E-mail: info@niiagip.tj

Муасси сони маҷалла:
Муассисаи давлатии “Пажӯҳишгоҳи
акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии
Тоҷикистон”
Ҷамъияти акушер-гинекологҳои
Ҷумҳурии Тоҷикистон

МОДАР ВА КӯДАК МАТЬ И ДИТЯ MOTHER AND CHILD

Маҷаллаи илмӣ-амалӣ

№ 2, 2026

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Қурбанова Муборак Ҳасановна – д.и.т., профессор, МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе);
Додхоева Мунаввара Файзуллоевна – академики Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон, д.и.т., профессор, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибн Сино” (Душанбе);
Муҳаммадиева Саодатхон Мансуровна – д.и.т., профессор, Муассисаи давлатии таълимӣ “Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон” (Душанбе);
Рустамова Меҳриниссо Сангиневна – д.и.т., профессор, Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон (Душанбе);
Жук Светлана Ивановна – д.и.т., профессор, МД “Академияи миллии тиббии таҳсилоти баъдидипломии ба номи П.Л. Шупик” (Киев, Украина);
Комилова Марҳабо Ёдгоровна – д.и.т., профессор, МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе);
Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна – д.и.т., дотсент, МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе);
Додхоев Ҷамшед Саидбобоевич – д.и.т., МДТ “Донишгоҳи тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибн Сино” (Душанбе);
Воҳидов Абдусалом Воҳидович – д.и.т., профессор, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибн Сино” (Душанбе);
Набиев Зоҳир Нарзуллоевич – д.и.т., профессор, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе);
Узоқова Урунбиш Ҷурабоевна – н.и.т., дотсент, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибн Сино” (Душанбе);
Юнусов Абдуганӣ Ғаффорович – н.и.т., МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе);
Қурбонов Шамсиддин Мирзоевич – н.и.т., дотсент, Маркази тиббии “Насл”



Главный редактор:

Давлатзода Г.К. – к.м.н., доцент,
директор ТНИИ АГиП

Заместители главного редактора:

Муминова Ш.Т. – к.м.н., заместитель директора по научной работе ТНИИ АГиП

Мирзоева А.Б. – к.м.н., доцент, заместитель директора по лечебной работе ТНИИ АГиП

Ответственный секретарь:

Юсуфбекова У.Ю. – к.м.н., старший научный сотрудник ТНИИ АГиП

Редактор-консультант:

Зиё Рахмон – к.б.н.

Художественный редактор:

Темурхонов Т.

Переводчик:

Мамедова З.Т. – к.м.н.

Основан в 2009 году. Журнал зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан 23 апреля 2018 года № 056МЧ-97

С 30 июня 2024 г. входит в перечень рецензируемых журналов ВАК Республики Таджикистан

Адрес редакции:

Республика Таджикистан
734002, г. Душанбе,
ул. Мирзо Турсунзода 31,
Тел.: (+992 372) 213656
(+992) 907810281
E-mail: info@niiagip.tj

Учредители журнала:
Государственное учреждение “Таджикский
научно-исследовательский институт
акушерства, гинекологии и перинатологии”
Общество акушеров-гинекологов
Республики Таджикистан

МОДАР ВА КЌДАК МАТЬ И ДИТЯ MOTHER AND CHILD

Научно-практически журнал

№ 2, 2026

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Курбанова Муборак Хасановна – д.м.н., профессор, ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии” (Душанбе); Додхоева Мунаввара Файзуллоевна – академик Национальной академии наук Таджикистана, д.м.н., профессор, ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино” (Душанбе); Мухаммадиева Саодатхон Мансуровна – д.м.н., профессор, ГОУ “Институт последипломного образования в сфере здравоохранения” (Душанбе); Рустомова Мехриниссо Сангиновна – д.м.н., профессор, Национальная академия наук Таджикистана (Душанбе); Жук Светлана Ивановна – д.м.н., профессор, ГОУ “Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика” (Киев, Украина); Камилова Мархабо Ядгаровна – д.м.н., профессор, ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии” (Душанбе); Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна – д.м.н., доцент, ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии” (Душанбе); Додхоев Джамшед Саидбобоевич – д.м.н., ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино” (Душанбе); Вохидов Абдусалом Вохидович – д.м.н., профессор, ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино” (Душанбе); Набиев Зохир Нарзуллоевич – д.м.н., профессор, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (Душанбе); Узакова Урунбиш Джурабаевна – к.м.н., доцент, ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино” (Душанбе); Юнусов Абдугани Гаффарович – к.м.н., ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии” (Душанбе); Курбанов Шамсиддин Мирзоевич – к.м.н., доцент, медицинский центр “Насл” (Душанбе)

ШҶҲОИ ТАХРИРИЯ

Болиева Гулнора Улджаевна – н.и.т.,
МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва
перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе)

Алиева Рано Якубҷоновна – н.и.т.,
дотсент, МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, ги-
некологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”
(Душанбе)

Мардонова Саломат Муродовна – н.и.т., дотсент, МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе)

Нарзуллоева Зарина Раҳматуллоевна
– н.и.т., дотсент, МД “Пажӯҳишгоҳи аку-
шерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷи-
кистон” (Душанбе)

Қобилова Барно Ҳомидҷоновна –
н.и.т., дотсент, МДТ “Донишгоҳи давла-
тии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ
ибни Сино” (Душанбе)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Болиева Гульнора Улджаевна – к.м.н.,
ГУ “Таджикский научно-исследователь-
ский институт акушерства, гинекологии
и перинатологии” (Душанбе)

Алиева Рано Якубджоновна – к.м.н.,
доцент, ГУ “Таджикский научно-исследо-
вательский институт акушерства, гине-
кологии и перинатологии” (Душанбе)

Мардонова Саломат Муродовна – к.м.н., доцент, ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии” (Душанбе)

Нарзуллоева Зарина Рахматуллаевна
– к.м.н., доцент, ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии” (Ду-

Зайдуллоев Бахриддин Бахруллоевич
– к.м.н., ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гине-

Кабилова Барно Хамиджановна – к.м.н., доцент, ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино” (Душанбе)

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Вохидов А., Нуров Р.М., Мухиддинов Б.С. Факторы риска развития аллергического ринита у детей	5
Джуразода Г.Дж., Ишан-Ходжаева Ф.Р., Рахматуллоева Д.М. Акушерские исходы преждевременных родов у женщин с нарушенным микробиоценозом влагалища	12
Ишан-Ходжаева Ф.Р. Значимость факторов риска преждевременных родов	20
Каримова Р.Р. Оценка клинико-социально-анамнестических беременных женщин с целью долгосрочного прогнозирования синдрома задержки роста плода	31
Мирзабекова Б.Т., Хабибова З.Х., Назарзода С.Г., Джумаева М.Х. Медико-социальные и организационные факторы риска антенатальной гибели плода в стационаре третьего уровня	39
Намозова З.С. Клинико-анамнестическая характеристика и перинатальные исходы у первородящих женщин, перенёсших кесарево сечение	47
Пулатова А.П., Давлатзода Г.К., Пулатова Ш.Н., Хакимова С.Р. Эффективность прегравидарной коррекции при сочетанном дефиците железа и витамина «Д» у женщин репродуктивного возраста, планирующих беременность	56
Хушвахтова Э.Х., Хакимова Н.Т. Консервативное и хирургическое лечение доброкачественных заболеваний молочных желёз у женщин после гистерэктомии	63
Хушвахтова Э.Х., Хакимова Н.Т. Микробиоценоз влагалища женщин в отдалённые периоды после гистерэктомии: диагностика и лечение	72

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Фарзонаи Э., Амиришозода Ш.Т., Набиев З.Н., Шамсов Б.А. Современное состояние здоровья детей и подростков, как медико-социальная проблема, и основные факторы его формирования	81
--	----

ЮБИЛЕЙ

Додхоева Мунаввара Файзуллоевна	88
--	----

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.233-056.3-053.2:613.25

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

¹Вохидов А., ²Нуров Р.М., ³Муҳиддинов Б.С.

¹ГУ «Комплекс здоровья «Истиклол»»

²ГОУ «Таджикский национальный университет»

³ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Цель исследования. Оценка возможной роли факторов риска, связанных с аллергическим ринитом (АР), у детей дошкольного возраста.

Материал и методы. В рамках исследования были использованы статистические данные формы № 12 «Отчёт о заболеваемости населения региона обслуживания центров здоровья», утверждённой приказом Агентства по статистике при Президенте РТ № 054 от 11 октября 2013 г. Период исследования охватывал 2020–2024 гг. Анализ были подвергнуты данные трёх регионов страны: Республика Таджикистан в целом, г. Душанбе и Согдийская область.

Результаты. Согласно данным Комитета по охране окружающей среды при Правительстве Республики Таджикистан, в 2024 году частота песчаных и пыльных бурь в стране увеличилась более чем в 10 раз: если в 1990 году регистрировалось 2–3 случая в год, то в последние годы этот показатель превышает 35 случаев ежегодно.

В течение пяти лет отмечается прирост числа детей, страдающих аллергическим ринитом, на +18,4%. По стране в целом в 2022 и 2024 гг. зарегистрировано увеличение числа случаев АР среди детей в 1,4 раза.

В Согдийской области за пятилетний период общее число детей, страдающих АР, составило 1024 случая; показатель превалентности в 2024 г. составил 30,3 на 100 тыс. детского населения. В г. Душанбе за тот же период общее число больных детей составило 632 случая, показатель распространённости АР – 34,5 на 100 тыс. детского населения.

Установлены возрастно-половые особенности: девочки младших возрастных групп чаще болеют аллергическим ринитом, тогда как среди мальчиков наибольший показатель приходится на возраст 5–14 лет. Соотношение частоты случаев между мальчиками и девочками составило 2,3:1,1.

Заключение. В последние годы в обследованных регионах отмечается рост числа детей, страдающих аллергическим ринитом. Показатель распространённости по республике в течение 5 лет характеризуется относительной стабильностью, при этом наиболее высокие значения зарегистрированы в г. Душанбе. В Согдийской области максимальный рост показателя отмечен в 2024 г.

Ключевые слова: экология, аллергический ринит, превалентность, мальчики, девочки

ОМИЛҲОИ ХАВҒ БАРОИ РИНИТҲОИ АЛЛЕРГИКӢ ДАР КӮДАКОН

¹Вохидов А., ²Нуров Р.М., ³Муҳиддинов Б.С.

¹Муассисаи давлатӣ «Маҷмааи тиббии Истиқлол»

²МДТ «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»

³МД «МҶИК педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакона»

Мақсади тадқиқот. Арзёбии нақши эҳтимолии омилҳои хавф, ки бо ринити алергикӣ дар кӯдакони синни томақтабӣ алоқаманданд.

Мавод ва усулҳо. Дар таҳқиқот маълумоти омории шакли №12 «Ҳисобот оид ба беморшавии аҳолии минтақаи хизматрасонии марказҳои саломатӣ», ки бо фармони Агентии омори назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон №054 аз 11 октябри соли 2013 тасдиқ шудааст, истифода гардид. Давраи таҳқиқот солҳои 2020–2024-ро фаро гирифт. Маълумоти се минтақа таҳлил карда шуд: Ҷумҳурии Тоҷикистон дар маҷмӯъ, шаҳри Душанбе ва вилояти Суғд.

Натиҷаҳо. Тибқи маълумоти Кумитаи ҳифзи муҳити зисти назди Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, дар соли 2024 шумораи тўфонҳои чанголуд ва регӣ беш аз 10 маротиба афзоиш ёфтааст: аз 2–3 ҳолат дар як сол ба қайд гирифта мешуд, дар солҳои охир ин нишондиҳанда зиёда аз 35 ҳолатро дар як сол ташкил медиҳад.

Дар давоми панҷ сол шумораи кӯдакони гирифтори ринити алергикӣ 18,4% афзоиш ёфт. Дар сатҳи кишвар дар солҳои 2022 ва 2024 шумораи ҳолатҳои РА дар байни кӯдакон 1,4 маротиба зиёд гардид.

Дар вилояти Сугд дар панҷ сол шумораи умумии кӯдакони гирифтори РА 1024 ҳолатро ташкил дод; нишондиҳандаи паҳншавӣ дар соли 2024 — 30,3 ба 100 000 аҳолии кӯдакон рост меояд. Дар шаҳри Душанбе дар ҳамин давра шумораи умумии беморон 632 ҳолат буда, нишондиҳандаи паҳншавӣ 34,5 ба 100 000 аҳолии кӯдаконро ташкил дод.

Хусусиятҳои синну солӣ ва ҷинсӣ муайян карда шуданд: духтарони синни хурдсол бештар гирифтори ринити алергикӣ мешаванд, дар ҳоле ки дар писарон нишондиҳандаи баландтарин ба гурӯҳи синнии 5–14 сол рост меояд. Таносуби писарон ба духтарон 2,3:1,1-ро ташкил дод.

Ҳулоса. Дар солҳои охир дар минтақаҳои таҳқиқшуда афзоиши шумораи кӯдакони гирифтори ринити алергикӣ мушоҳида мешавад. Нишондиҳандаи паҳншавӣ дар сатҳи ҷумҳурий дар давоми панҷ сол нисбатан устувор боқӣ монда, нишондиҳандаҳои баландтарин дар шаҳри Душанбе ба қайд гирифта шудаанд. Дар вилояти Сугд афзоиши назаррас дар соли 2024 мушоҳида гардид.

Калимаҳои асосӣ: экология, ринити алергикӣ, паҳншавӣ, писарон, духтарон

RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN

¹Vokhidov A., ²Nurov R.M., ³Mukhiddinov B.S.

¹State Institution "Medical Complex Istiklol"

² SEU "Tajik National University"

³State Scientific Clinical Center for Pediatrics and Child Surgery

Aim. To assess the possible role of risk factors associated with allergic rhinitis in preschool children.

Material and methods. The study utilized statistical data from Form No. 12 "Report on population morbidity in the service area of health centers," approved by the Agency on Statistics under the President of the Republic of Tajikistan (Order No. 054, October 11, 2013). The study period covered 2020–2024. Data from three regions were analyzed: the Republic of Tajikistan as a whole, Dushanbe, and the Sughd region.

Results. According to the Committee for Environmental Protection under the Government of the Republic of Tajikistan, in 2024 the frequency of dust and sand storms increased more than 10-times compared to previous decades: from 2–3 cases per year in 1990 to more than 35 cases annually in recent years.

Over a five-year period, the number of children with allergic rhinitis increased by 18.4%. Nationwide, in 2022 and 2024, the number of AR cases among children increased 1.4 times.

In the Sughd region, over five years, the total number of children with AR was 1,024 cases; the prevalence rate in 2024 was 30.3 per 100,000 children.

In Dushanbe, during the same period, the total number of cases was 632, with a prevalence rate of 34.5 per 100,000 children.

Conclusion. In recent years, an increase in the number of children with allergic rhinitis has been observed in the regions studied. The prevalence rate in the republic remained relatively stable over five years, with the highest values recorded in Dushanbe. In Sughd region, the most significant increase was observed in 2024.

Age and gender characteristics were identified: younger girls are more frequently affected by allergic rhinitis, while among boys the highest rates were observed in the 5–14 age group. The male-to-female ratio was 2.3:1.1.

Key words: ecology, allergic rhinitis, prevalence, boys, girls

Актуальность

Основываясь на классификации Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), аллергический ринит определяется как хроническое заболе-

вание слизистой оболочки носа, где основополагающим фактором являются аллергическое воспаление, по причине роста иммуноглобулина Е (Ig E) [12, 14, 16, 17].

По совокупности некоторых факторов, таких как изменения окружающей среды, интенсивный рост показателя частоты случаев аллергических заболеваний, аллергический ринит приобрел глобальный характер, тем самым данная проблема стала рассматриваться в рамках общественного здравоохранения [2, 4, 7]. Аллергический ринит (АР) по совокупности клинических этиологических факторов больше относится к заболеваниям, характерным признаком которых является воспалительный процесс слизистой оболочки носа, имеющий аллергический генез. По своей частоте указанный класс заболеваний является достаточно распространённым аллергическим заболеванием среди детей дошкольного возраста [1, 2]. К основным клиническим признакам, специфичным данному заболеванию, относится заложенность носа, насморк, чихание и зуд в носу. При наиболее выраженных проявлениях могут возникнуть случаи воздействия на качество жизни ребенка, что, несомненно, может оказать влияние на процесс обучения и их общего соматического здоровья [3, 6, 9].

Одним из факторов того, что именно дети больше подвержены заболеванию АР, является тот факт, что их иммунная система и физиологические процессы находятся в стадии развития [5]. Этиологические факторы, способствующие формированию аллергической реакции в носовых ходах, имеют мультифакторный генез, когда имеет место генетическая предрасположенность на фоне и/или при воздействии окружающей среды. Чувствительность детского организма к аллергенам зависит от типа аллергенов, степени их воздействия, факторов, загрязняющих окружающую среду, в том числе изменения климата, и образ жизни [10, 11, 13]. Многочисленные исследования подтверждают тот факт, что патогенез аллергического ринита достаточно сложен и многообразен, включает в себя комплекс иммунных реакций на фоне опосредованной реакции IgE, а так-

же достаточно значимая роль отводится возникающим нарушениям местных иммунных реакций [6].

Основополагающим моментом развития заболевания является начало процесса обработки белковых молекул (антигенов) в клетке до коротких фрагментов (пептидов) - процессинга антигена на поверхности тучных клеток и базофилов.

Однако, невзирая на растущий поток исследований, касающихся аллергического ринита у детей, к настоящему времени не сформировано единое мнение о конкретных факторах риска развития аллергического ринита у детей дошкольного возраста [6, 8, 9].

Имеются работы, свидетельствующие о зависимости частоты аллергических заболеваний от семейного анамнеза, когда родители страдают аллергией [10, 11, 15]. Имеющаяся предрасположенность родителей к аллергическому риниту может оказать значимое воздействие на развитие аллергического ринита у детей, где основным фактором является аномальная реакция иммунной системы [12]. В организме больных родителей циркулируют определённые гены, передающиеся ребёнку по наследству, тем самым повышающие риск развития АР у детей, пусковым механизмом является чрезмерная реакция иммунной системы на внешние аллергены.

Также в качестве весомого фактора определяются моменты, связанные с загрязнением воздуха и воздействием аллергенов в помещении и на улице (пылевых клещей, плесени, перхоти домашних животных). Необходимо отметить, что указанные факторы зависят от региона проживания и численности населения [13]. Указывается определенная зависимость от места проживания - город или село, аллергический ринит развивается чаще у детей горожан, по сравнению с сельскими детьми.

Цель исследования

Оценка возможной роли факторов риска, связанных с аллергическим ринитом, у детей дошкольного возраста.

Материал и методы исследования

В рамках исследования были использованы статистические данные формы №12 «Отчет о заболеваемости населения региона обслуживания центров здоровья», утверждённые приказом Агентства по статистике при Президенте РТ № 054 от 11 октября 2013 г. Период исследования охватывал 2020–2024 гг. Анализу были подвергнуты данные трёх регионов страны: Республика Таджикистан в целом, г. Душанбе и Согдийская область.

Был проведен расчет показателя динамики частоты случаев за 5 анализированных лет, а также расчеты Т/роста показателя в течение анализируемого периода. Определены сведения о частоте случаев АР с учетом гендерного различия.

Результаты и их обсуждение

Показатель превалентности аллергического ринита (АР) за десятилетия имеет четкую тенденцию к росту, частота встречаемости в популяции составляет более 20% [8].

По природе возникновения аллергический ринит зависит от двух форм; сезонный аллергический ринит (САР) и круглогодичный аллергический ринит (КАР) (персистирующий АР). Среди школьников начальных классов структура АР преимущественно представлена сезонными факторами (САР) - 10,0%, круглогодичная (бытовая) сенсibilизация имело место у 40,6% (126), однако у более половины преобладала сочетанная форма, бытовая и пылевая.

Дебют аллергического ринита часто совпадает с возрастом 2–3 года, причиной тому в большинстве случаев является доступность детей к источникам новых аллергенов. Максимальная частота случаев приходится на возраст 4 года. Среди детей в возрастной группе до 6 лет АР отмечен у 70%, однако половина из них впервые обращается к аллергологу через 5–6 лет от начала заболевания. В настоящее время отмечается рост заболеваемости, связанный с САР. Число больных

детей 14 лет за десять лет возросло более чем в 2 раза, а подростков – в 2,5 раза.

Основываясь на сведениях Комитета по охране окружающей среды при Правительстве Республики Таджикистан, в 2024 году частота песчаных и пыльных бурь в Таджикистане увеличилась более чем в 10 раз. Если в 1990-х годах регистрировались всего 2–3 случая в год, то в последние годы частота случаев превышает 35 раз за год. По их информации, за период с лета по сентябрь 2023 года пыльная погода регистрировалась в республике практически каждые двое с половиной суток, с тенденцией сохранения частоты случаев в 2024 году. Частицы размером менее 2,5 мкм проникают в дыхательные пути вплоть до дистальных отделов лёгких и вызывают аллергическую реакцию.

Результаты международного исследования астмы и аллергии у детей (ISAAC) свидетельствуют о том, что имеет место наличие значимого различия в распространенности АР между странами: так, самый низкий показатель – 1,5% - выявлен в Иране, а самый высокий – 39,7% - в Нигерии. На показатели превалентности АР оказывают воздействие генетика, эпигенетика и воздействия окружающей среды. Имеются сведения о том, что фактически подтвержденный диагноз АР был установлен только у 6,4% детей.

Для нашего региона в качестве основного источника аллергии при развитии АР могут выступать частые песчаные и пылевые бури, ребенок по причине своего физического развития имеет низкий рост, что повышает риск вдыхания более концентрированной части пылевой и песчаной смеси. При угрозе развития у детей АР вследствие воздействия аэрогенных факторов сохраняется низкая медицинская активность, которая отражается на частоте посещения медицинского учреждения для получения соответствующего объема медицинских услуг, а, самое главное, установку диагноза АР у ребенка. По нашему мнению, это и есть та основная проблема, которая может

быть причиной столь низких показателей числа больных детей с установленным диагнозом АР. Проведя расчеты числа детей, страдающих АР, из общего числа

всех больных с установленным диагнозом заболеваний дыхательной системы, было определено, что доля аллергического ринита составляет всего 1%.

Таблица 1

Число больных, страдающих АР, в различных регионах страны

Год	Республика		Согдийская обл.		Душанбе	
	абс.	отн.	абс.	отн.	абс.	отн.
2020	517	19%	276	27%	74	12%
2021	452	17%	152	15%	94	15%
2022	644	24%	68	7%	155	25%
2023	415	16%	189	18%	167	26%
2024	634	24%	339	33%	142	22%
Всего	2662	100%	1024	100%	632	100%
Т/роста за 5 лет.	+ 18,4%	+ 20,8%	+ 20,8%	+ 18,5%	+ 47,8%	+ 45,4%

Примечание: отмечается статистически достоверное различие числа больных АР в регионах, по сравнению с общереспубликанскими данными

Был проведен анализ абсолютного и относительного числа больных детей, страдающих АР (табл. 1), в целом по республике, в Согдийской области и в г. Душанбе. Сравнительная оценка статистических данных среди детей в возрасте от 0 до 17 лет показала, что по стране всего в течение пяти лет было зарегистрировано 2662 случая аллергического ринита, основное число больных - 50,0% и более - приходится на возраст 4-14 лет. В течение пяти лет отмечается прирост числа больных детей, страдающих АР, на +18,4%. По стране в целом в 2022 и 2024 г. отмечен рост в 1,4 раза числа случаев АР среди детей.

В Согдийской области за пять лет общее число больных АР детей составило 1024 случая, из них больше всего случаев - 33% - имело место в 2024 г., тогда как в 2022 г. было зарегистрировано самое низкое число больных - 68 (7%), Т/прироста между 2022 и 2024 гг. составил 78,7%, показатель превалентности АР составил в 2024 г. 30,3/100т.дет.нас.

В г. Душанбе общее число больных страдающих АР в течение пяти лет составило 632 случая, максимальное число случаев имело место в 2023 г. 167 (26,0%), по

сравнению с 2020 г. Т/прироста составил 53,8%. В этом же году был зарегистрирован самый высокий показатель распространенности АР - 34,5/100тыс дет.

Проведя сравнительный анализ частоты случаев АР в зависимости от пола и возраста (рис. 1), установлено, значимое различие по частоте случаев между мальчиками и девочками М:Д 2,3:1,1. Мальчики с АР в 63% случаев были в возрасте 5 - 14 лет, число девочек данной возрастной группы было в 2,3 раза меньше, чем мальчиков. Около половины больных девочек были в возрасте до 4 лет, что в 2,2 раза больше чем мальчиков, каждая четвертая девочка с АР была в возрасте до 18 лет, что на 8% больше, чем мальчиков.

Имеются сведения о том, что у детей мужского пола слабее развита иммунная система, зачастую это и выступает достаточно веским аргументом в пользу того, что мальчики более подверженными инфекционным заболеваниям. Особенности гормонального статуса также играют определенную роль: так, усиленный метаболизм и активное производство тестостерона приводят к снижению иммунной защиты у мальчиков.

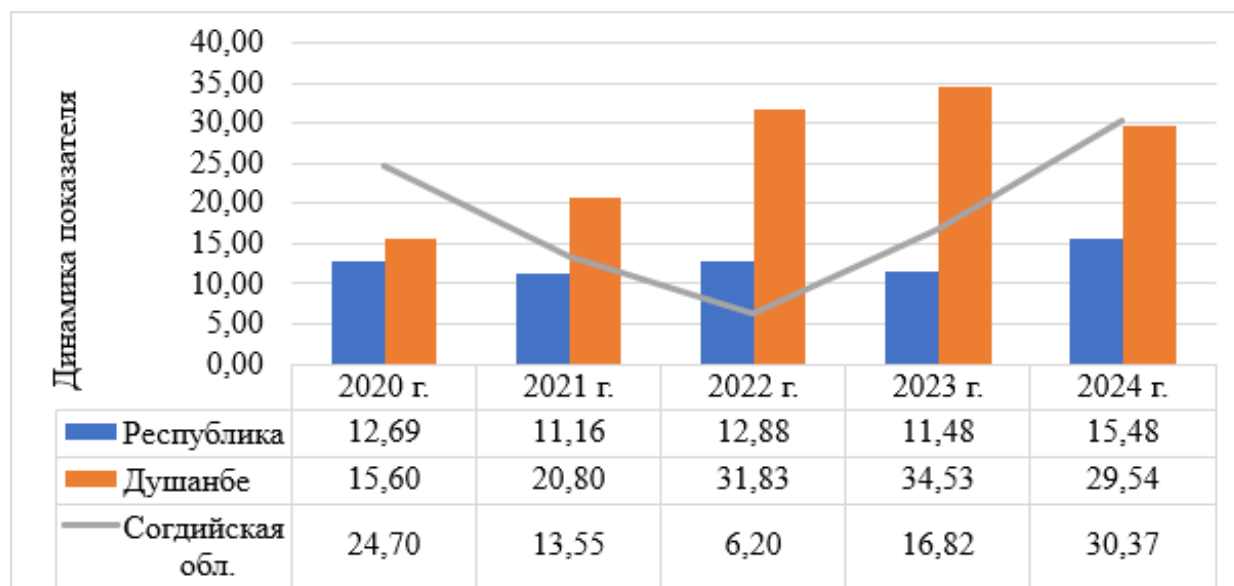


Рис. 1. Показатель распространённости АР среди детей в исследованных регионах страны на 100000 д/н

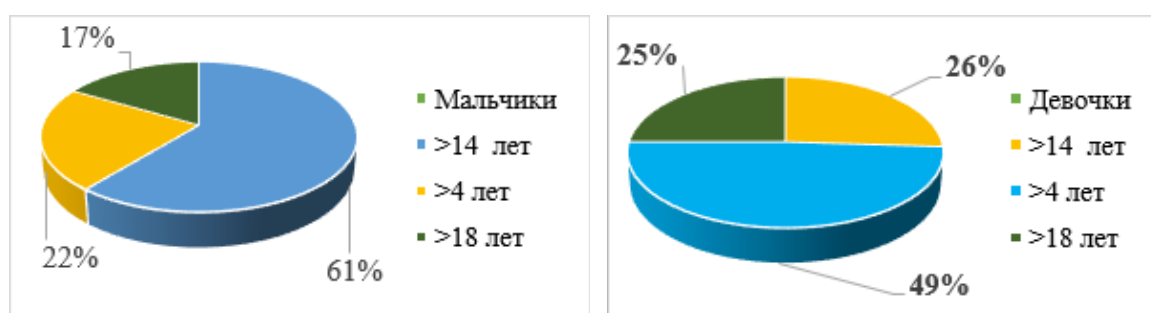


Рис. 2. Возрастной состав детей с АР в зависимости от пола

Заключение

В последние годы в обследованных регионах отмечается рост числа детей, страдающих аллергическим ринитом. Показатель распространённости по республике в течение 5 лет характеризуется относительной стабильностью, при этом наиболее высокие значения зарегистрированы в г. Душанбе. В Согдийской области максимальный рост показателя отмечен в 2024 г.

Установлены возрастно-половые особенности: девочки младших возрастных групп чаще болеют аллергическим ринитом, тогда как среди мальчиков наибольший показатель приходится на возраст 5–14 лет. Соотношение частоты случаев между мальчиками и девочками составило 2,3:1,1.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилова КВ, Раздорская ИМ. Терапия аллергического ринита: предпочтения специалистов. Вестник оториноларингологии. 2024;(3):59–60.
2. Дробик ОС, Насунова АЮ. Аллергический ринит: взгляд аллерголога. Вестник

оториноларингологии. 2019;(2):82–85.

3. Зайцева ОВ. Подходы к диагностике и лечению аллергического ринита. Вестник оториноларингологии. 2021(5):62–65.

4. Исаев ВМ, Чумаков ФИ. Сезонная аллергия в оториноларингологии. Медицинская сестра. 2022(3):4–6.

5. Карпова ЕП, Тулупов ДА. Местная терапия инфекционных осложнений аллергического ринита у детей. *Вестник оториноларингологии*. 2023;(5):73–76.
 6. Лекманов АУ. Аллергический ринит. *Здоровье детей*. 2013;(6):7.
 7. Лопатин АС. Аллергический ринит: определение, классификация, дифференциальная диагностика. *Русский медицинский журнал*. 2022;6(3):100–102.
 8. Лопатин АС. Аллергический ринит. *Русский медицинский журнал*. 2023;11(8):446–452.
 9. Митин ЮА, Нестерова АВ. Клинико-иммунологические особенности аллергических ринитов при их сочетании с атопической бронхиальной астмой у детей. *Аллергология*. 2015;(2):1–7.
 10. Нестерова АВ, Нестеров АС. Иммунопатогенетические особенности аллергического ринита при сочетании с атопической бронхиальной астмой у детей. *Современные проблемы науки и образования*. 2019;(5):8.
 11. Нестерова АВ, Нестеров АС, Потатуркина-Нестерова НИ, и др. Аллергологическая характеристика детей с аллергическим ринитом и бронхиальной астмой. *Современные проблемы науки и образования*. 2022;(6):166.
 12. Пряников ПД, Свистушкин ВМ, Егоров ВИ, и др. Современный подход к лечению больных вазомоторным ринитом методом электрохирургии. *Вестник оториноларингологии*. 2015;(2):63–66.
 13. Ревякина ВА. Эпидемиология аллергических заболеваний у детей и организация педиатрической аллергологической службы в России. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2023;(4):47–52.
 14. Решетникова ОВ. Дифференциальная диагностика хронических ринитов: обзор и анализ методов. *Российская ринология*. 2019;(4):25–30.
 15. Синёва ЕД, Панкова ВБ, Саранча ЕО. Распространенность и структура заболеваний ЛОР-органов у детей промышленных регионов. *Вестник оториноларингологии*. 2015;(2):48–52.
 16. Соболев АВ, Аак ОВ. Диагностика и лечение аллергического ринита, осложненного инфекцией дыхательных путей. *Вестник оториноларингологии*. 2018;(4):59–62.
 17. Татаурщикова НС. Рациональная фармакотерапия патологии иммунитета слизистой оболочки носа у больных с аллергическим ринитом. *Вестник оториноларингологии*. 2023;(5):93–97.
 18. Arias Irigoyen J, Talavera Fabuel A, Maranon Lizana F. Occupational rhino-conjunctivitis from white pepper. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2013;13(3):213–215.
- Сведения об авторах:**
- Вохидов Абдусалом** - ведущий научный сотрудник ГУМК Истиклол, д.м.н., профессор; тел.: (+992) 992 907 707 996; e-mail: avokhidov@hotmail.com
- Нуров Рустам Маджидович** – профессор кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней Медицинского факультета ГОУ "Таджикский национальный университет", д.м.н.; e-mail: rustaminur@mail.ru
- Мухиддинов Бахтовар Садриддинович** - соискатель ГУ «РНКЦ педиатрии и детской хирургии»; тел.: (+992) 407505050; e-mail: bakht.doc@gmail.com

УДК 618.215.612.014

АКУШЕРСКИЕ ИСХОДЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕННЫМ МИКРОБИОЦЕНОЗОМ ВЛАГАЛИЩА

¹Джуразода Г.Дж., ²Ишан-Ходжаева Ф.Р., ²Рахматуллоева Д.М.

¹Согдийский областной родильный дом

²Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

Цель исследования. Изучить социально-клинические характеристики беременных женщин с нарушенной микробиотой, родивших преждевременно.

Материал и методы. Обследованы 100 беременных женщин, впоследствии родившие преждевременно, из которых сформированы 2 группы: женщины с III и IV степенями чистоты влагалищного содержимого (основная группа; n=68), I и II степенями чистоты влагалищного содержимого (группа сравнения; n=32).

Оценка микробиоты влагалища проведена методом микроскопии мазков, окрашенных по Граму. Дизайн - когортное сравнительное исследование, при котором сравнивали акушерские исходы преждевременных родов среди женщин с различной чистотой влагалищного содержимого. Полученные данные обработаны методами параметрической статистики.

Результаты. Обнаружено статистически значимое повышение частоты индуцированных родов среди женщин с нарушенным микробиотом влагалища, по сравнению с женщинами с нормоценозом, что объясняется более высокой частотой таких осложнений, как преэклампсия и дородовой разрыв плодных оболочек, которые являются признанными показаниями для преждевременного родоразрешения.

Заключение. Выраженность нарушений микробиоты влагалища может опосредованно влиять на структуру преждевременных родов через повышение риска осложнений беременности.

Ключевые слова: беременность, преждевременные роды, микробиотом, акушерские исходы

ОҚИБАТИ ТАВАЛЛУДИ БАРМАҲАЛ ДАР ЗАНОНЕ, КИ МИКРОБИОЦЕНОЗҲОИ ВАЙРОНШУДАИ МАҲБАЛ ДОРАНД

¹Ҷуразода Г.Ҷ., ²Ишан-Ҳоҷаева Ф.Р., ²Рахматуллоева Д.М.

¹Таваллудхонаи вилоятии №1 Суғд

²Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои иҷтимоию клиникии занони ҳомиладор бо микробиотай вайроншуда, ки пеш аз мӯҳлат таваллуд кардаанд.

Мавод ва усулҳо. 100 зани ҳомиладор, ки баъдан пеш аз мӯҳлат таваллуд кардаанд, аз таъхир гузаронида шуданд. Ду гурӯҳ таъхир карда шуданд: заноне, ки дараҷаи III ва IV тозагии секретсияи маъбал доранд (гурӯҳи асосӣ; n=68) ва занони дорои дараҷаи I ва II тозагии секретсияи маъбал (гурӯҳи муқоисавӣ; n=32). Арзёбии микробиотай вагиналӣ бо истифода аз микроскопияи smear бо Грам гузаронида шуд. Ин тадқиқоти муқоисавӣ дар асоси когорт натиҷаҳои акушерии таваллуди пеш аз мӯҳлатро дар занони дорои сатҳҳои гуногуни тозагии маъбал муқоиса карда аст. Маълумоти гирифташуда бо истифода аз омори параметрӣ таҳлил карда шуданд.

Натиҷаҳо. Афзоиши аз ҷиҳати омори назарраси басомади валодати индуксионӣ дар занони гирифтори микробиотозҳои вайроншудаи маъбал нисбат ба занони микробиотозии муқаррарӣ муайян карда шуд, ки ин бо зиёдагии мушкилиҳо ба монанди преэклампсия ва то валодат рехтани обҳои наздифтӣ, ки аломатҳои эътирофшудаи таваллуди бармаҳал мебошанд, шарҳ дода мешавад.

Ҳулоса. Шиддати вайроншавии микробиота метавонад ба таври ғайримустақим ба шакли таваллуди пеш аз мӯҳлат тавассути зиёд кардани хатари мушкilotи ҳомиладорӣ таъсир расонад.

Калимаҳои асосӣ: вирхӯмиладорӣ, таваллуди пеш аз мӯҳлат, микробиота, натиҷаҳои акушерӣ

OBSTETRIC OUTCOMES OF PREMATURE BIRTH IN WOMEN WITH DISTURBED VAGINAL MICROBIOCENOSIS

¹Dzhurazoda G.Dzh., ²Ishan-Khodzhaeva F.R., ²Rakhmatulloeva D.M.

¹Sughd Regional Maternity Hospital

²State Institution "Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology"

Aim. To study the socio-clinical characteristics of pregnant women with an impaired microbiota who gave birth prematurely.

Material and methods. One hundred pregnant women who subsequently gave birth prematurely were examined. Two groups were formed: women with grades III and IV vaginal purity (the main group); n=68), I and II degrees of vaginal fluid purity (comparison group; n=32). Vaginal microbiocenosis was assessed by microscopy of Gram-stained smears. This was a cohort-based comparative study comparing obstetric outcomes of preterm birth in women with varying levels of vaginal fluid purity. The data obtained were processed using parametric statistics.

Results. A statistically significant increase in the frequency of induced labor was found in women with impaired vaginal microbiocenosis compared to women with normal microbiocenosis, which is explained by a higher frequency of complications such as preeclampsia and prelabor rupture of membranes, which are recognized indications for premature delivery.

Conclusion. The severity of microbiome disturbances may indirectly influence the pattern of preterm birth by increasing the risk of pregnancy complications.

Key words: pregnancy, preterm birth, microbiome, obstetric outcomes

Актуальность

Проблема преждевременных родов (ПР) остаётся одной из наиболее острых в современном акушерстве и перинатологии, определяя высокий уровень неонатальной заболеваемости, смертности и инвалидизации детей. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ, 2023), ежегодно во всём мире рождается более 15 миллионов детей преждевременно и почти миллион из них погибает в неонатальном периоде. Преждевременные роды занимают ведущие позиции среди причин перинатальной смертности, особенно в странах с низким и средним уровнями дохода, включая государства Центральной Азии [3].

Одним из наиболее значимых патогенетических звеньев, ассоциированных с развитием преждевременных родов, является нарушение биоценоза влагалища, которое способствует активации локального воспалительного ответа и преждевременной инициации родовой деятельности. Современные исследования подтверждают, что вагинальная микробиота играет ключевую роль в поддержании репродуктивного здоро-

вья женщины, влияя на состояние цервико-вагинального барьера, локальный иммунитет и микроваскулярную реактивность [6, 7, 5].

Нарушение состава вагинальной микробиоты, в частности, снижение количества лактобацилл и увеличение доли анаэробных микроорганизмов, приводит к развитию бактериального вагиноза, аэробного вагинита и других форм дисбиоза, сопровождающихся активацией провоспалительных цитокинов (IL-6, IL-8, TNF-α), повышением уровня матриксных металлопротеиназ и повреждением плодных оболочек. Эти механизмы напрямую связаны с преждевременным разрывом плодных оболочек и досрочным началом родовой деятельности [4, 9, 10].

Особое значение в изучении данной проблемы имеет оценка клинко-социального профиля женщин с нарушенной вагинальной микробиотой, так как совокупность медицинских и немедицинских факторов усиливает риск преждевременных родов. К числу таких факторов относятся низкий уровень образования, неблагоприятные социально-экономические условия, дефицит медицинского

наблюдения в ранние сроки беременности, курение, хронический стресс, несбалансированное питание, а также перенесённые воспалительные заболевания половых органов и экстрагенитальная патология [2, 1, 8, 5].

В условиях Таджикистана, где сохраняется высокая частота инфекционно-воспалительных осложнений беременности и преждевременных родов, изучение роли нарушений микробиоты влагалища приобретает особое значение. Климато-географические особенности региона, миграционные процессы, различия в уровне гигиенической культуры и доступности медицинской помощи формируют уникальный профиль факторов риска, требующий целенаправленного анализа. До настоящего времени комплексная оценка взаимосвязи между клинико-социальными характеристиками, состоянием вагинальной микробиоты и риском преждевременных родов у женщин Таджикистана не проводилась. Отсутствие систематизированных данных о распространённости вагинальных дисбиотических состояний и их сочетании с социально-поведенческими факторами ограничивает возможности прогнозирования и профилактики ПР в данной популяции.

Таким образом, изучение клинико-социальной характеристики женщин с нарушенной микробиотой влагалища, родивших преждевременно, с акцентом на выявление факторов риска, представляется научно и практически значимым направлением. Результаты такого исследования позволят определить ведущие медико-биологические и социально-поведенческие детерминанты нарушений микробиоценоза влагалища у беременных; уточнить их вклад в развитие преждевременных родов; разработать критерии прогнозирования и целевые меры профилактики на популяционном уровне. Тем самым исследование способствует реализации стратегических задач ВОЗ и национальных программ

по снижению перинатальных потерь, улучшению репродуктивного здоровья и профилактике преждевременных родов.

Цель исследования

Изучить социально-клинические характеристики беременных женщин с нарушенной микробиотой, родивших преждевременно.

Материал и методы исследования

Обследованы 100 женщин, родивших преждевременно. Критериями включения в исследование явились: репродуктивный возраст, беременность, одноплодная беременность, наличие клинически подтверждённых преждевременных родов, информированное добровольное согласие на участие в исследовании, наличие обследования мазок на флору. Критериями исключения явились многоплодная беременность; врождённые пороки развития плода; тяжёлая экстрагенитальная патология в стадии декомпенсации; применение системной антибактериальной терапии менее чем за 2 недели до обследования; ВИЧ-инфекция и другие тяжёлые иммунодефицитные состояния. Эти женщины согласно результатам исследования мазка на флору были разделены на 2 группы: женщины с III и IV степенями чистоты влагалищного содержимого (основная группа; $n=68$); I и II степенями чистоты влагалищного содержимого (группа сравнения; $n=32$).

Исследование проведено в Областном родильном доме Согдийской области. Все женщины прошли обследование в отделение патологии беременных, включающее клинико-анамнестическое, при котором проводился сбор акушерско-гинекологического и соматического анамнеза, оценка течения настоящей беременности, факторов риска преждевременных родов; общеклинические методы (общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимические показатели (по показаниям)). Оценка микробиоценоза влагалища проведена методами микроскопии мазков, окрашенных по Граму; оценки степени чистоты влагалища;

определения индекса Нюджента (Nugent score). Материал получали из заднего свода влагалища стерильным тампоном. Нарушением микробиоценоза считали обнаружение III - IV степеней чистоты влагалищного содержимого. В исследование были включены женщины, родившие в сроки гестации 22–36 недель.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного пакета (SPSS / Statistica). Проверка нормальности распределения проведена с использованием критерия Шапиро–Уилка. Для сравнения количественных данных применяли t-критерий Стьюдента или U-критерий Манна–Уитни, для качественных показателей - χ^2 -критерий Пирсона или точный критерий Фишера. Корреляционный анализ осуществляли с применением коэффициента Спирмена или Пирсона. Расчёт отношения шансов

(OR) с 95% доверительным интервалом. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Возрастная структура обследованных женщин в основной группе и группе сравнения статистически значимо не различалась ($\chi^2=0,76$; $p=0,68$). Наибольшая доля пациенток в обеих группах приходилась на возрастной интервал 18–25 лет (47,1% и 56,3% соответственно). Женщины в возрасте 26–31 года составили 35,3% в основной группе и 28,1% в группе сравнения, тогда как возрастная категория 32–38 лет была представлена 17,6% и 15,6% соответственно. Попарное сравнение возрастных категорий также не выявило статистически значимых различий ($p > 0,05$), что свидетельствует о сопоставимости исследуемых групп по возрасту (табл. 1).

Таблица 1

Распределение обследованных женщин в зависимости от возраста

Возраст	Основная группа (n=68)	Группа сравнения (n=32)	χ^2 (общее сравнение)	χ^2 (Йейтс)*	p
18 - 25 лет	32	18	$\chi^2=0,76$, df=2, $p=0,68$	0,74	0,39
26 - 31 год	24	9		0,51	0,48*
32 - 38 лет	12	5		0,06	0,8*

Примечание: $p < 0,05$ – статистически значимые различия между группами

Социально-демографические характеристики обследованных женщин в основной группе и группе сравнения статистически значимо не различались. Доля женщин, проживающих в сельской местности, составила 76,5% в основной группе и 65,6% в группе сравнения ($\chi^2=1,85$; $p=0,17$). Городские жительницы составили соответственно 23,5% и 34,4%. Преобладание жительниц села объясняется тем, что Областной родильный дом обслуживает все районы области (табл. 2).

По уровню образования также не выявлено статистически значимых различий: среднее образование имели 86,8% женщин основной группы и 93,8% группы

сравнения, тогда как высшее образование - 13,2% и 6,2% соответственно ($\chi^2=1,08$; $p=0,30$).

Анализ трудовой занятости показал сопоставимое распределение обследованных женщин в группах: работающие составили 22,1% в основной группе и 21,9% в группе сравнения, домохозяйки - 77,9% и 78,1% соответственно ($\chi^2=0,003$; $p=0,95$).

Таким образом, исследуемые группы были сопоставимы по основным социально-демографическим характеристикам.

Анализ акушерско-гинекологического анамнеза обследованных женщин не выявил статистически значимых различий между основной группой и группой срав-

нения. Гинекологические заболевания в анамнезе отмечались у 27,9% женщин основной группы и у 31,3% пациенток группы сравнения ($\chi^2=0,34$; $p=0,56$). Аборты в анамнезе имели 23,5% и 21,9% женщин

соответственно ($\chi^2=0,17$; $p=0,68$). Преждевременные роды в анамнезе отмечались у 30,9% женщин основной группы и у 25,0% группы сравнения ($\chi^2=0,67$; $p=0,41$) (табл. 3).

Таблица 2

Социальные характеристики женщин обследованных групп женщин

Показатель	Основная группа (n=68)	Группа сравнения (n=32)	χ^2 (Йейтс)* Fisher** (общее сравнение)	p
Место жительства				
Село	52	21	$\chi^2=1,85$, df=1	0,17
город	16	11		
Образование				
Среднее	59	30	1,08**, df=1	0,30
Высшее	9	2		
Трудовая занятость				
Работает	15	7	$\chi^2=0,003$ * df=1	0,95
Домохозяйка	53	25		

Примечание: $p<0,05$ –статистически значимые различия между группами

Таблица 3

Анамнестические характеристики обследованных групп женщин

Показатель	Основная группа (n=68)	Группа сравнения (n=32)	χ^2 Пирсона	p
Гинекологические заболевания в анамнезе	19	10	$\chi^2=0,34$, df=1	0,56
Аборты в анамнезе	16	7	$\chi^2=0,17$, df=1	0,68
Преждевременные роды в анамнезе	21	8	$\chi^2=0,67$, df=1	0,4
Паритет				
Первородящие	22	11	$\chi^2=0,19$, df=2	0,91
Повторнородящие	32	15		
Многорожавшие	14	6		

Примечание: $p<0,05$ –статистически значимые различия между группами

Распределение обследованных женщин по паритету также было сопоставимым: первородящие составили 32,4% в основной группе и 34,4% в группе сравнения, повторнородящие - 47,1% и 46,9%, многорожавшие - 20,6% и 18,7% соответственно. Статистически значимых различий между группами не выявлено ($\chi^2=0,19$; $p=0,91$).

Таким образом, исследуемые группы были сопоставимы по основным показателям акушерско-гинекологического анамнеза, что позволяет корректно проводить дальнейший сравнительный анализ.

Анализ соматической патологии обследованных женщин показал отсутствие статистически значимых различий меж-

ду основной группой и группой сравнения. Избыточная масса тела и ожирение отмечались у 33,8% женщин основной группы и у 31,2% пациенток группы сравнения ($\chi^2=0,07$; $p=0,79$). Йоддефицитные состояния выявлены у 10,3% и 9,4%

женщин соответственно ($p=0,89$). Заболевания мочевыделительной системы диагностированы у 45,6% женщин основной группы и у 21,9% группы сравнения, что имело статистически значимые различия ($\chi^2=4,236$; $p=0,04$).

Таблица 4

Частота ЭГЗ в группах обследованных женщин

Показатель	Основная группа (n=68)	Группа сравнения (n=32)	χ^2 Fisher*	p
Избыточная масса тела и ожирение	23(33,8%)	10(31,2%)	0,07	0,79
Йоддефицитные состояния	7(10,3%)	3(9,4%)	0,02*	0,89
Заболевания мочевыделительной системы	31(45,6%)	7(21,9%)	4,236	0,04
Хроническая гипертензия	2(2,9%)	1(3,1%)	0,01*	0,91
Анемия	44 (64,7%)	19(59,4%)	0,26	0,61

Примечание: $p<0,05$ –статистически значимые различия между группами

Хроническая артериальная гипертензия встречалась редко и наблюдалась у 2,9% пациенток основной группы и у 3,1% группы сравнения ($p=0,91$). Анемия выявлена у 64,7% женщин основной группы

и у 59,4% пациенток группы сравнения ($\chi^2=0,26$; $p=0,61$).

Таким образом, исследуемые группы по большинству показателей соматической патологии были сопоставимы.

Таблица 5

Частота осложнений беременности в группах обследованных женщин

Показатель	Основная (n=68)	Сравнения (n=32)	χ^2 Fisher*	p
Ранний токсикоз	32 (47,1%)	15 (46,9%)	0,001	0,98
Преэклампсия	30 (44,1%)	8 (25%)	3,71	0,05
Нарушения кровотока в системе «мать-плацента-плод»	26 (38,2%)	7 (21,9%)	0,61	0,43
СЗРП	9(13,2%)	3 (9,4%)	0,32*	0,57
ДРПО	31 (45,6%)	7 (21,9%)	4,236	0,04

Примечание: $p<0,05$ –статистически значимые различия между группами

Сравнительный анализ осложнений беременности в основной группе и группе сравнения не выявил статистически значимых различий. Ранний токсикоз наблюдался у 47,1% женщин основной группы и 46,9% группы сравнения ($\chi^2=0,001$; $p=0,98$), преэклампсия - у 44,1% и 25,0% соответственно ($\chi^2=3,71$; $p=0,05$). Нарушения кровотока в системе «мать-плацента-плод» отмечались у 29,4% и

21,9% женщин ($\chi^2=0,61$; $p=0,43$). Частота синдрома задержки роста плода в основной группе составила 13,2% ($n=9$), в группе сравнения - 9,4% ($n=3$). Различия статистически незначимы (точный критерий Фишера, $p=0,74$), что указывает на сопоставимость групп по данному показателю. В то же время, частота ДРПО в основной группе составила 45,6%, что статистически значимо (χ^2 с поправкой

Йейтса= 4,236; $p=0,04$) было больше, чем в группе сравнения.

При сравнительном анализе структуры преждевременных родов между основной группой и группой сравнения статистически значимых различий не выявлено ($\chi^2=1,02$; $df=3$; $p=0,80$). Экстремально ранние преждевременные роды составили 2,9% в основной группе и не

наблюдались в группе сравнения. Ранние преждевременные роды отмечались у 14,7% и 12,5% женщин соответственно. Умеренные преждевременные роды диагностированы у 36,8% пациенток основной группы и у 40,6% группы сравнения, тогда как поздние преждевременные роды составили 45,6% и 46,9% соответственно (табл. 6).

Таблица 6

Типы преждевременных родов у обследованных групп женщин

Показатель	Основная (n=68)	Сравнения (n=32)	χ^2 Fisher*	p
ЭРПР	2 (2,9%)	0	$\chi^2=1,02$, $df=3$	0,8
РПР	10 (14,7%)	4 (12,5%)		
УПР	25 (36,8%)	13 (40,6%)		
ППР	31 (45,6%)	15 (46,9%)		
Спонтанные ПР	31 (45,6%)	22 (68,8%)	$\chi^2=4,61$, $df=1$	0,03
Индукцированные ПР	37 (54,4%)	10 (31,3%)		
Кесарево сечение	7(10,3%)	3(9,4%)	0,03	0,86

Примечание: $p<0,05$ –статистически значимые различия

Спонтанные преждевременные роды наблюдались у 45,6% пациенток основной группы и у 68,8% группы сравнения, тогда как индуцированные преждевременные роды - у 54,4% и 31,3% соответственно ($\chi^2=4,61$; $p=0,03$). Частота родоразрешения путем кесарева сечения составила 10,3% в основной группе и 9,4% в группе сравнения ($\chi^2=0,03$; $p=0,86$).

Таким образом, структура преждевременных родов по срокам гестации и частота оперативного родоразрешения в исследуемых группах статистически значимо не различались, однако обнаружено отличие частоты преждевременных родов по типу – спонтанные и индуцированные. Проведённый анализ показал, что в исследуемых группах с различной выраженностью нарушений микробиоценоза большинство акушерских исходов имели сопоставимый характер. Однако при анализе структуры преждевременных родов выявлены статистически значимые различия по их типу. Полученные данные могут отражать раз-

личия в клинических механизмах развития преждевременных родов в исследуемых группах. Известно, что индуцированные преждевременные роды, как правило, обусловлены развитием осложнений беременности, требующих досрочного родоразрешения в интересах матери и плода. В проведённом исследовании у женщин основной группы отмечалась относительно более высокая частота таких осложнений, как преэклампсия и дородовый разрыв плодных оболочек, которые являются признанными показаниями для преждевременного родоразрешения. Преэклампсия сопровождается выраженными нарушениями маточно-плацентарного кровообращения и прогрессирующей плацентарной недостаточностью, что нередко требует досрочного завершения беременности. Дородовый разрыв плодных оболочек, в свою очередь, повышает риск восходящей инфекции и неблагоприятных перинатальных исходов, что также может служить основанием для активной акушерской тактики.

Заключение

Таким образом, выявленное преобладание индуцированных преждевременных родов в основной группе, вероятно, отражает более высокую частоту осложнённого течения беременности, требующего медицинского вмешательства и досрочного родоразрешения. В группе сравнения, напротив, более высокая доля спонтанных преждевременных родов может быть связана с естественным запущенным родовым процессом без выраженных акушерских показаний к индукции.

Полученные результаты позволяют предположить, что выраженность

нарушений микробиоценоза может опосредованно влиять на структуру преждевременных родов через повышение риска осложнений беременности, в частности преэклампсии и преждевременного разрыва плодных оболочек. Это подчёркивает необходимость дальнейшего изучения роли микробиоценоза репродуктивного тракта в патогенезе осложнений беременности и их влияния на характер преждевременного родоразрешения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Куклина ЛВ, Кравченко ЕН, Богатырева НВ, и др. Факторы риска, течение беременности и исходы гестации в различные сроки беременности. *Мать и дитя в Кузбассе*. 2021;2(85):103-108.
2. Мусалаева ИО, Костин ИН, Оленев АС. Оценка анамнеза пациенток с преждевременными родами. *Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения*. 2021;3(33):17-20.
3. Фомина АС. Преждевременные роды, современные реалии. *Научные результаты биологических исследований*. 2020;6(3):434-446.
4. Alizhan D, Ukybassova T, Bapayeva G et al. Cervicovaginal Microbiome: Physiology, Age-Related Changes, and Protective Role Against Human Papillomavirus Infection. *J Clin Med*. 2025;14(5):1521.
5. Dunne J, Tessema GA, Legge M, et al. The association between sexually transmitted infections and pregnancy outcomes in the Northern Territory, Australia: a population-based cohort study. *Lancet Reg Health West Pac*. 2025;60:101610.
6. Gigi RMS, Mdingi MM, Jung H, et al. Genital tract infections, the vaginal microbiome and gestational age at birth among pregnant women in South Africa: a cohort study protocol. *BMJ Open*. 2023;13(12):e081562.
7. Govender V, Moodley D, Naidoo M, et al. Sexually transmitted infections in pregnancy and adverse pregnancy outcomes: A retrospective cohort study. *Int J Gynaecol Obstet*. 2024;166(1):62-70.

8. Hajian S, Mehran N, Simbar M, Alavi Majd H. The barriers and facilitators of Iranian men's involvement in perinatal care: a qualitative study. *Reprod Health*. 2022;19(1):48.
9. Holm JB, Carter KA, Ravel J, Brotman RM. Lactobacillus iners and genital health: molecular clues to an enigmatic vaginal species. *Curr Infect Dis Rep*. 2023;25(4):67-75.
10. Maduta CS, McCormick JK, Dufresne K. Vaginal community state types (CSTs) alter environmental cues and production of the Staphylococcus aureus toxic shock syndrome toxin-1 (TSST-1). *J Bacteriol*. 2024;206(3):e0044723.
11. May LE, Moss SJ, Szumilewicz A, et al. Barriers and Facilitators of Physical Activity in Pregnancy and Postpartum Among Iranian Women: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(23):2416.

Сведения об авторах:

Джуразода Г.Дж. – врач Согдийского Областного родильного дома; тел.: (+997) 111050100; e-mail: umarova.gandjina@mail.ru

Ишан-Ходжаева Фарангис Рустамовна – научный сотрудник акушерского отдела, Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии, к.м.н.; e-mail: kachyona@mail.ru

ORCID ID: 0000-0002-9211-1124

Рахматуллоева Дилноза Маноновна – ученый секретарь, Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии, к.м.н.; e-mail: rdilnoza83@gmail.com

ORCID ID: 0009-0000-0182-2901

УДК 618.314.322

ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Ишан-Ходжаева Ф.Р.

Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства и, гинекологии и перинатологии»

Цель исследования. Изучить значимость социальных, анамнестических и медицинских факторов риска преждевременных родов.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 180 историй родов женщин, родивших преждевременно (основная группа; n=120) и женщин со срочными родами (группа сравнения; n=60).

Результаты. Наиболее сильным независимым фактором риска преждевременных родов является наличие преждевременных родов в анамнезе (увеличивает риск примерно в 13,5 раз). Менее значимое повышение риска в 3-4 раза связано с анемией средней степени, гинекологическими заболеваниями в анамнезе, ожирением, заболеваниями почек и физическим трудом во время беременности.

Заключение. Выявленные ассоциации социальных, анамнестических и медицинских факторов с повышенной вероятностью преждевременных родов подчеркивают необходимость разработки подходов ведения беременности женщин групп риска по ПР.

Ключевые слова: беременность, преждевременные роды, социальные характеристики, анамнез, медицинские факторы, отношение шансов

АҶАМИЯТИ ОМИЛҶОИ ХАВҶ БАРОИ ТАВАЛЛУДИ ПЕШ АЗ МҶҲЛАТ

Ишан-Хочаева Ф.Р.

Муассисаи давлатии "Институти илмии акушерӣ, гинекология ва перинатологияи Тоҷикистон"

Мақсади тадқиқот. Баррасии аҷамияти омилҳои ҳатари иҷтимоӣ, анамнестикӣ ва тиббӣ барои таваллуди пеш аз мӯҳлат.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили ретроспективи таърихи таваллуди 180 зане, ки пеш аз таваллуд таваллуд кардаанд (гурӯҳи тадқиқотӣ; n = 120) ва пеш аз таваллуд (гурӯҳи муқоисавӣ; n = 60) гузаронида шуд.

Натиҷаҳо. Омили қавитарин мустақили ҳатар барои таваллуди пеш аз мӯҳлат таърихи таваллуди пеш аз мӯҳлат аст (афзоиши ҳатар тақрибан 13,5 маротиба). Афзоиши камтари ҳатар 3-4 маротиба бо камхунии миёна, таърихи бемориҳои занона, фарбеҳӣ, бемориҳои гурда ва меҳнати ҷисмонӣ ҳангоми ҳомиладорӣ алоқаманд аст.

Хулоса. Ассотсиатсияҳои омилҳои иҷтимоӣ, тиббӣ ва тиббӣ бо эҳтимолияти зиёд шудани таваллуди пеш аз мӯҳлат зарурати таҳияи равишҳои идоракунии ҳомиладорӣ барои занони зери ҳатари таваллуди пеш аз мӯҳлат таъкид мекунам. Муайян карда шуданд.

Калимаҳои асосӣ: ҳомиладорӣ, таваллуди пеш аз мӯҳлат, хусусиятҳои иҷтимоӣ, таърихи беморӣ, омилҳои тиббӣ, таносуби эҳтимолият

THE IMPORTANCE OF RISK FACTORS FOR PRETERM BIRTH

Ishan-Khodzhaeva F.R.

State Institution "Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology"

Aim. To examine the significance of social, anamnestic, and medical risk factors for preterm birth.

Material and methods. A retrospective analysis of 180 birth histories of women who delivered preterm (study group; n=120) and preterm (comparison group; n=60) was conducted.

Results. The strongest independent risk factor for preterm birth is a history of preterm birth (increasing the risk by approximately 13.5 times). A less significant increase in risk by 3-4 times is associated with moderate anemia, a history of gynecological diseases, obesity, kidney disease, and physical labor during pregnancy.

Conclusions. The identified associations of social, medical, and medical factors with an increased likelihood of preterm births highlight the need to develop approaches to managing pregnancy in women at risk for preterm birth.

Key words: pregnancy, preterm birth, social characteristics, medical history, medical factors, odds ratio

Актуальность

Преждевременные роды остаются проблемой во всем мире, особенно в странах с ограниченными экономическими возможностями. Поэтому изучение факторов риска преждевременных родов остается важной научной задачей, так как их предотвращение среди женщин с высокой вероятностью завершения беременности в недоношенном сроке беременности будет способствовать снижению частоты преждевременных родов [12].

Социальный и демографический портрет женщин с преждевременными родами характеризуется преимущественным проживанием в сельской местности, статусом домохозяйки, низким и средним уровнями образования, повторнородящими [12].

Систематический обзор 14 литературных источников по влиянию условий жилья беременной женщины на частоту ПР и перинатальные исходы. Во всех исследованиях плохие условия жилья и бездомность во время беременности были связаны с ПР, осложнениями в родах, малой массой плода, госпитализацией новорожденных в отделения интенсивной терапии. У таких женщин отмечен неадекватный дородовый уход [2].

На уровень преждевременных родов влияют некачественное антенатальное наблюдение, отягощенный акушерский анамнез и отягощенный гинекологический анамнез, ранний и старший возраст матери, незарегистрированный брак, курение, анамнез предыдущих ПР, аборт

и длина шейки матки. Беременность на фоне заболеваний почек, анемии, инфекции, ОРВИ во время настоящей беременности, ожирение осложняют часто плацентарная недостаточность, угроза и преэклампсия, которые могут вызвать как самопроизвольные роды, таи и может появиться необходимость досрочного родоразрешения [1, 5, 10].

Изучение влияния кесарева сечения, проведенного во втором периоде родов, на частоту последующих преждевременных родов показало повышение риска вдвое следующих самопроизвольных преждевременных родов в сроки менее 32 недели беременности. Связь частоты последующих преждевременных родов с предыдущим кесаревым сечением, произведенным во втором периоде родов, может быть связана с травмой шейки матки. Подтверждение данного предположения явилось исследование, в котором показано, что кесарево сечение в анамнезе при полном раскрытии связано с повышенным риском спонтанных преждевременных родов при последующей беременности и не связано с риском преждевременных родов по медицинским показаниям. Кроме того, кесарево сечение, выполненное на низком уровне, по сравнению с высоким положением головки плода, было связано с повышенным риском родов в сроке 32 и 36 недель при сравнении с высоким стоянием головки при кесаревом сечении [11, 4].

Изучение повторных самопроизвольных ПР и необходимости досрочного родоразрешения показало, что, если

первая беременность привела к преждевременным родам по медицинским показаниям, у этой группы женщин в 10,6 раз выше вероятность преждевременных родов из-за медицинских показаний во время второй беременности. Такие же примерно данные получены в отношении спонтанных ПР. Наибольший риск возникает в том же сроке беременности, что и при первой беременности. Эти результаты позволили авторам сделать вывод о общей этиологии обоих подвидов ПР [8].

Избыточная масса тела, гипертензия во время беременности также являются факторами риска преждевременных родов, так как связаны с такими осложнениями беременности, как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, усугубления гипертензии и развития преэклампсии, неблагоприятных условий пренатального развития плода, повышенной частоты синдрома задержки развития плода [3, 11].

Урогенитальная инфекция связана с преждевременными родами, что подтверждается удельным весом 25% инфекции нижних половых путей при преждевременных родах. При инфицировании нижних половых путей в 10% случаев диагностируется внутриамниотическое воспаление. Ответная реакция организма женщины на инфицирование – это воспалительный ответ, который вызывает повышение сократительной активности миометрия с последующими изменениями шейки матки, а зачастую и ремоделирования амниона с преждевременным разрывом плодных оболочек [7].

До настоящего времени понимание факторов риска остаётся ограниченным, и раннее выявление женщин с высоким риском преждевременных родов является открытой проблемой. Продолжение исследований по изучению факторов риска ПР и их значимости является актуальным как в научном, так и в практическом плане.

Цель исследования

Изучить значимость социальных, анamnестических и медицинских факторов риска преждевременных родов.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 180 историй родов женщин, родивших преждевременно (основная группа; $n=120$), и женщин со срочными родами (группа сравнения; $n=60$). Критериями включения в основную группу явились репродуктивный возраст, преждевременные роды; в группу сравнения – репродуктивный возраст, срочные роды.

Всем женщинам было проведено клинико-лабораторное обследование, акушерское исследование, соответствующее стандартам обследования при выявленных осложнениях беременности, точный подсчет срока гестации (методы подсчета по последней менструации и по данным первого ультразвукового исследования).

Данные статистически обработаны с использованием параметрических и непараметрических методов статистики: сравнение по качественным признакам с использованием критерия хи-квадрат, корреляционно-регрессионный анализ, подсчет относительного риска. различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение

Анализ распределения обследованных женщин по возрастным группам показал, что наибольшая доля пациенток как в основной, так и в сравнительной группах приходилась на возраст 18–25 лет: 52 женщины (43,3%) в группе преждевременных родов и 22 женщины (36,7%) в группе срочных родов. Данный показатель статистически не отличался между группами ($\chi^2=0,734$; $p>0,05$), что указывает на отсутствие существенной ассоциации возраста 18–25 лет с риском преждевременных родов. В возрастной категории 26–31 год отмечена более выраженная разница: в основной группе таких женщин было 36 (30,0%), тогда как в группе сравнения – 29 (48,3%). Различие оказалось статистически значимым

($\chi^2=5,06$; $p<0,05$), а нормированное значение коэффициента Пирсона ($R=0,250$) свидетельствует о наличии умеренной положительной связи возраста 26–31 год с более высокой вероятностью срочных родов. В старшей возрастной категории (32–38 лет) доля женщин в основной группе составила 32 случая (26,7%), а в группе

сравнения - 9 случаев (15,0%). Несмотря на численное преобладание, статистическая значимость различий не выявлена ($\chi^2=2,468$; $p>0,05$). При этом коэффициент корреляции Пирсона ($R=0,184$) демонстрирует слабую положительную тенденцию ассоциации старшего возраста с преждевременными родами (табл. 1).

Таблица 1

Распределение обследованных женщин в зависимости от демографических и социальных характеристик

Показатель	Основная (n=120)	Сравнения (n=60)	Хи-квадрат	p	R коэффициент Пирсона
18-25 лет	52	22	0,734	$>0,05$	0,090
26- 31 год	36	29	5,06	$<0,05$	0,250
32 – 41 лет	32	9	2,468	$>0,05$	0,184
Место жительства Село город	94 (78,3%) 26 (21,7%)	49 (81,7%) 11 (18,3%)	0,272	$>0,05$	0,055
Образование Среднее высшее	94 (78,3%) 26 (21,7%)	45 (75%) 15 (25%)	0,253	$>0,05$	0,053
Трудовая занятость Работает домохозяйка	31 (25,8%) 89 (74,2%)	9 (15%) 51 (85%)	2,125	$>0,05$	0,172
Физический труд дома или на работе	63 (52,5%)	21 (35%)	4,244	$<0,05$	0,231
Супруг-мигрант	72 (60%)	22 (36,7%)	7,818	$<0,05$	0,304

Таким образом, полученные данные указывают, что наиболее благоприятным для срочных родов оказался возраст 26–31 год, в то время как более юный (18–25 лет) и старший (32–38 лет) возрастные периоды не продемонстрировали статистически значимой связи с характером исхода родов.

Анализ социальных характеристик обследованных женщин выявил определённые особенности, которые могут быть связаны с исходами беременности. По месту жительства большинство женщин в обеих группах проживали в сельской

местности: 78,3% в основной и 81,7% в группе сравнения. Женщины, проживающие в городе, составили 21,7% и 18,3% соответственно. Различия статистически незначимы ($\chi^2=0,272$; $p>0,05$; $R=0,055$), что свидетельствует об отсутствии влияния места жительства на частоту преждевременных родов. По уровню образования аналогично преобладали женщины со средним образованием - 78,3% в основной группе и 75,0% в сравнительной. Доля женщин с высшим образованием составила 21,7% и 25,0% соответственно. Различия оказались статистически несущ-

ществленными ($\chi^2=0,253$; $p>0,05$; $R=0,053$), что указывает на отсутствие достоверной зависимости между уровнем образования и исходом родов. По трудовой занятости отмечено, что в основной группе только четверть женщин (25,8%) имели постоянную работу, тогда как большинство (74,2%) были домохозяйками. В группе сравнения соотношение составило 15,0% и 85,0% соответственно. Несмотря на заметные различия, статистическая значимость не подтверждена ($\chi^2=2,125$; $p>0,05$; $R=0,172$).

В то же время показатели, характеризующие физическую нагрузку и семейное положение, выявили достоверные различия. Так, женщины, выполнявшие физический труд дома или на работе, составили 52,5% в основной группе против 35,0% в сравнительной, различия были статистически значимы ($\chi^2=4,244$; $p<0,05$; $R=0,231$). Ещё более выраженное отличие наблюдалось по признаку «супруг-мигрант»: 60,0% в основной группе и 36,7% в сравнительной ($\chi^2=7,818$; $p<0,05$; $R=0,304$), что свидетельствует о достаточно сильной ассоциации данного фактора с повышенной вероятностью преждевременных родов.

Проведённый анализ социальных характеристик продемонстрировал наличие значимых различий между основной и сравнительной группами, позволяющих судить о разной степени социальной устойчивости и уязвимости женщин в каждой из них. Преобладали жительницы сельской местности в обеих группах с потенциально меньшим доступом к качественным медицинским услугам. Это может служить одним из факторов риска неблагоприятных репродуктивных исходов.

Несмотря на то, что различия по уровню образования не достигли статистической значимости, сохраняется тенденция к доминированию женщин со средним уровнем образования в обеих группах. Это может указывать, что низкий уровень образования в сочетании с други-

ми факторами (например, миграцией супругов) может снижать способность женщин к самостоятельному принятию информированных решений в сфере репродуктивного и общего здоровья. Более высокий уровень физической нагрузки у женщин основной группы может быть следствием как бытовой перегрузки, так и необходимости выполнять тяжёлую работу в условиях отсутствия помощи со стороны партнёра, находящегося в трудовой миграции. Данный фактор может иметь прямое влияние на течение беременности и повышать риск осложнений. Наиболее выраженное различие наблюдается по признаку трудовой миграции супругов. Этот фактор может оказывать негативное влияние на психоэмоциональное состояние женщин, снижать доступ к поддержке в период беременности и увеличивать нагрузку в быту, что в совокупности повышает социальную и репродуктивную уязвимость.

Таким образом, женщины основной группы характеризуются более высокой социальной уязвимостью, что может оказывать неблагоприятное влияние на здоровье матери и плода, а также осложнять доступ к адекватной дородовой помощи. Полученные данные подчёркивают необходимость разработки социально ориентированных вмешательств и программ поддержки, особенно для женщин из сельской местности и семей мигрантов.

Изучение анамнестических факторов показало, что на гинекологические заболевания в анамнезе указали 25,8% женщин основной группы и 11,6% - в сравнительной группе. Несмотря на визуальное различие, статистическая значимость не установлена ($\chi^2=0,029$; $p>0,05$; $R=0,228$), однако сила связи оказалась умеренной. Эти данные указывают на более высокий, но статистически недостоверный, уровень гинекологической патологии в анамнезе среди женщин основной группы. Частота аборт в анамнезе также была выше в основной группе (24,2%), по сравнению с группой сравнения (13,3%), однако

различие оказалось статистически незначимым ($\chi^2=2,875$; $p>0,05$; $R=0,177$), с низкой степенью ассоциации. Тем не менее, эти данные могут указывать на более высокую репродуктивную нагрузку и потенциальные риски для последующих беременностей у основной группы. Наиболее выраженные различия установлены в отношении преждевременных

родов в анамнезе: данный показатель выявлен почти у половины женщин основной группы (45%), тогда как в группе сравнения лишь у 8,3%. Данное различие высоко статистически значимо ($\chi^2=22,771$; $p<0,001$) при коэффициенте Пирсона 0,325, что указывает на достаточно тесную связь фактора с принадлежностью к основной группе (табл. 2).

Таблица 2

Анамнестические характеристики обследованных групп женщин

Группа показатель	Основная (n=120)	Сравнения (n=60)	Хи-квадрат	p	r Пирсона
Гинекологические заболевания в анамнезе	27(22,5%)	4(6,7%)	5,967	<0,05	0,274
Аборты в анамнезе	29(24,2%)	6(10%)	4,261	<0,05	0,235
Преждевременные роды в анамнезе	54(45%)	5(8,3%)	22,771	<0,001	0,325
Паритет					
Первородящие	36(30%)	10 (16,7%)	3,738	=0,05	0,202
Повторнородящие	65(54,2%)	44(73,3%)	6,152	<0,05	0,257
Многорожавшие	19(15,8%)	6(10%)	1,138	>0,05	0,112

При анализе паритета выявлены некоторые особенности. Первородящие составили 30% в основной группе и 16,7% - в сравнительной ($\chi^2=3,738$; $p=0,05$; $R=0,202$), что демонстрирует граничную статистическую значимость. Повторнородящие преобладали в сравнительной группе (73,3%) по сравнению с основной (54,2%), и это различие оказалось достоверным ($\chi^2=6,152$; $p<0,05$; $R=0,257$), что может свидетельствовать о большей стабильности репродуктивной истории в группе сравнения. Многорожавшие женщины были представлены в обеих группах в схожих долях без статистической значимости различий — 15,8% в основной и 10% в сравнительной ($\chi^2=1,138$; $p>0,05$; $R=0,112$).

Таким образом, среди женщин основной группы отмечается более высокая частота неблагоприятного акушерско-гинекологического анамнеза, в частности гинекологических заболеваний, абортов и преждевременных родов, что может рассматриваться как значимые факторы риска ПР.

Нами проведен сравнительный анализ частоты экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ) у женщин основной группы и группы сравнения с оценкой статистической значимости различий и силы ассоциации на основе нормированного коэффициента Пирсона (R). Полученные данные позволили выявить особенности соматического статуса способного оказывать влияние на течение беременности и возможность преждевременных родов.

Частота избыточной массы тела и ожирения была существенно выше в основной группе - 33,3% против 16,7% в группе сравнения. Различие оказалось статистически значимым ($\chi^2=4,739$; $p<0,05$; $R=0,244$), что свидетельствует о наличии умеренной положительной связи между ожирением и принадлежностью к основной группе. Учитывая влияние избыточного веса на акушерские и перинатальные осложнения, этот фактор требует особого внимания.

Таблица 3

Частота ЭГЗ в группах обследованных женщин

Показатель	Основная (n=120)	Сравнения (n=60)	χ^2	p	r
Избыточная масса тела и ожирение	40 (33,3%)	10 (16,4%)	4,739	<0,05	0,244
Йоддефицитные состояния	8 (6,7%)	5 (8,3%)	0,010*	>0,05	0,043
Заболевания мочевыделительной системы	25 (20,8%)	4 (6,7%)	4,938*	<0,05	0,253
Хроническая гипертензия	11 (9,2%)	0	4,369*	<0,05	0,251
Анемия средней степени	46 (38,3%)	12 (20%)	5,345	<0,05	0,257

Примечание: * - оценка статистической значимости различий по χ^2 с поправкой Йейтса; r – нормированный коэффициент Пирсона

Распространённость йоддефицитных состояний оказалась схожей в обеих группах - 6,7% и 8,3% соответственно ($\chi^2=0,010$; $p>0,05$; $R=0,043$), статистически значимых различий не выявлено. Это свидетельствует о равной степени эндемичности йодной недостаточности и требует универсальных профилактических подходов для всех беременных женщин.

В основной группе выявлена почти в 2,5 раза большая частота заболеваний мочевыделительной системы (20,8%), по сравнению с группой сравнения (8,3%), различие достигло уровня статистической значимости ($\chi^2=4,500$; $p<0,05$). Необходимо отметить, что в 21 случае заболевания мочевыделительной системы сочетались с анемией.

Хроническая гипертензия диагностирована у 9,2% женщин основной группы и отсутствовала в группе сравнения ($\chi^2=4,369$; $p<0,05$; $R=0,251$), что указывает на достоверные различия и умеренную силу связи. Этот фактор является важным маркером высокого риска по преэклампсии и другим осложнениям беременности, которые могут заканчиваться досрочным родоразрешением.

Среди женщин с преждевременными родами (ПР) анемия средней степени встречалась в 38,3% случаев, среди женщин со срочными родами - в 20%

случаев. Различие между группами по частоте анемии оказалось статистически значимым (хи-квадрат = 5,184; $p<0,05$), что говорит о том, что вероятность случайного характера этих различий низка. Установлена положительная корреляция между наличием анемии и преждевременными родами (нормированный коэффициент корреляции Пирсона = 0,237), что указывает на наличие умеренной положительной связи: при наличии анемии увеличивается вероятность ПР. Выявленная статистически значимая разница и положительная корреляционная связь указывают на то, что анемия может рассматриваться как фактор риска преждевременных родов. Это подчёркивает необходимость своевременной диагностики и коррекции анемии в ходе беременности для снижения вероятности преждевременного родоразрешения. В 8 случаях отмечено сочетание анемии с йоддефицитными состояниями.

Из 180 обследованных женщин в возрастной группе 32 - 41 года было 41 человек, у которых срочные роды произошли в 9 случаях, ПР – в 32 случаях. В остальных возрастных группах женщин (139 человек) преждевременные роды зарегистрированы в 88 случаях, срочные роды – в 51 случае. Относительный риск (RR) воздействия возраста 32-41 год на

преждевременные роды составил 1,233 (DI 1,003-1,515).

Наиболее выраженное увеличение риска преждевременных родов наблюдается у женщин, мужья которых являются трудовыми мигрантами (RR=1,372; DI 1,103- 1,708). Отсутствие постоянной поддержки со стороны супруга в связи с его трудовой миграцией также ассоциируется с достоверно повышенным риском преждевременных родов. Это может быть связано как с психологическим стрессом, так и с социальной нестабильностью. Анализ представленных данных позволяет утверждать, что такие социальные факторы, как физический труд во время беременности (RR=1,263; DI 1,028-1,553) и отсутствие мужа по причине трудовой миграции (RR=1,372; DI 1,103- 1,708) достоверно повышают риск преждевременных родов. Эти данные подчеркивают важность социальной поддержки и адекватных условий труда для беременных женщин как мер профилактики преждевременных родов. В то же время, фактор сельского места жительства не продемонстрировал статистически значимой связи с преждевременными родами, хотя и требует дальнейшего изучения в более масштабных выборках.

Среди 59 женщин с действующим фактором риска «преждевременные роды в анамнезе» настоящая беременность закончилась ПР в 54 случаях, срочными родами – в 5 случаях. У женщин без воздействия данного фактора риска (121 женщина) преждевременные роды зарегистрированы в 66 случаях, срочные роды – в 55 случаях. RR «преждевременные роды в анамнезе» составил 1,678 (DI=1,401-2,009; $p<0,05$).

Нами также оценен относительный риск такого фактора, как первые роды. Среди первородящих женщин (46 человек) ПР имели место в 36 случаях, срочные роды – в 10 случаях. Среди повторнородящих и многорожавших женщин ПР имели место в 84 случаях, срочные

роды – в 50 случаях. RR «первородящие» составил 1,248 (DI=1,021-1,526; $p<0,05$).

Анамнестические характеристики женщин основной группы свидетельствуют о более высокой частоте репродуктивных осложнений, таких как гинекологические заболевания, аборт и, особенно, преждевременные роды, что указывает на их повышенную акушерскую настороженность и необходимость тщательного пренатального наблюдения. Статистически значимая ассоциация между основной группой и наличием преждевременных родов в анамнезе подчёркивает важность фокусирования профилактических мер на женщин с отягощённым репродуктивным анамнезом. Различия в паритете позволяют предположить, что женщины из группы сравнения имеют большую акушерскую зрелость (преобладание повторнородящих), что потенциально связано с меньшим числом осложнений, тогда как в основной группе выше доля первородящих и многорожавших, что может увеличивать риски как в сторону физиологической незрелости, так и перегрузки репродуктивной системы.

Полученные данные подтверждают необходимость индивидуального подхода в тактике ведения беременности, особенно для женщин с неблагоприятным анамнезом, включая преждевременные роды, и с учётом их репродуктивного опыта.

Все представленные заболевания ассоциированы со статистически значимым увеличением риска преждевременных родов ($p<0,05$). Женщины с ожирением имели 1,3-кратное повышение риска ПР, по сравнению с женщинами без этого состояния. Доверительный интервал (DI) 1,071–1,578 указывает на достоверность повышения риска. При наличии инфекции мочевыводящих путей (ИМП) риск ПР возрастал в 1,316 раза. Этот результат также статистически значим, что подтверждается доверительным интервалом (1,076–1,609). Наиболее высокий относительный риск отмечен при наличии ХГ – RR = 1,550 (DI: 1,386–1,734), что может

свидетельствовать о более выраженном влиянии хронических воспалительных процессов на течение беременности.

Анемия ассоциировалась с 1,282-кратным повышением риска ПР. Это также достоверное увеличение риска (DI: 1,054–1,559).

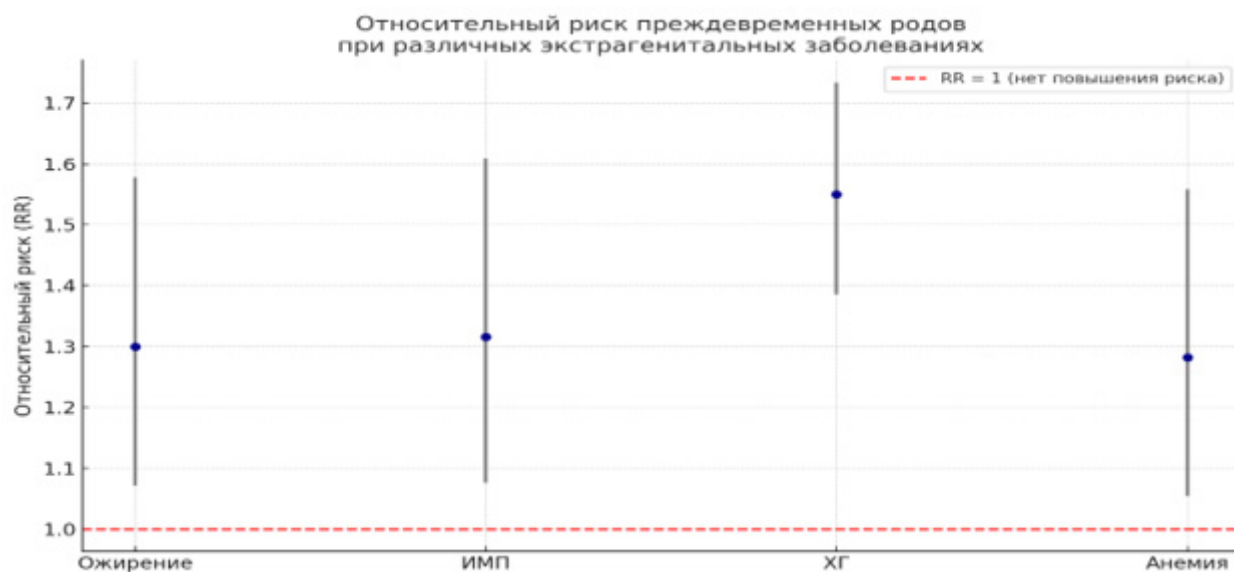


Рис. 1. Относительный риск ПР при различных ЭГЗ

Наличие экстрагенитальной патологии достоверно увеличивает риск преждевременных родов, что подтверждается статистически значимыми значениями относительного риска ($RR > 1$ и $p < 0,05$) для всех изученных заболеваний. Наибольший риск ПР был установлен при хронической гипертензии ($RR = 1,550$), что может быть связано с хроническим стрессом, и влиянием сопутствующих воспалительных состояний на маточно-плацентарный кровоток. ИМП и ожирение также существенно повышают риск ПР, что может быть обусловлено инфекционно-воспалительными изменениями и метаболическими нарушениями, соответственно. Анемия - частая и клинически значимая патология во время беременности - ассоциируется с умеренным, но достоверным увеличением риска ПР, что подтверждает необходимость раннего выявления и коррекции заболевания у беременных.

Для построения многофакторной модели прогнозирования нами проведен отбор показателей с учетом следующих факторов: статистическая значимость в однофакторном анализе ($p < 0,05$); клини-

ческая и биологическая обоснованность; соотношение количества событий и числа предикторов (не менее 10 событий на один фактор, включенный в исследование). С учётом указанных критериев в многофакторную модель включены: преждевременные роды в анамнезе, гинекологические заболевания в анамнезе, анемия средней степени, физический труд во время беременности, ожирение, заболевания почек.

Анализ многофакторной модели прогнозирования преждевременных родов показал, что наиболее сильным независимым фактором риска преждевременных родов является наличие преждевременных родов в анамнезе (увеличивает риск примерно в 13,5 раз). Менее значимое повышение риска связано с анемией средней степени, гинекологическими заболеваниями в анамнезе, ожирением, заболеваниями почек и физическим трудом во время беременности (рис. 2).

Женщины основной группы имеют значительно более высокую распространённость клинически значимых экстрагенитальных заболеваний, особенно таких,

как ожирение и хроническая гипертензия, инфекция мочевыделительных путей, анемии, что свидетельствует о более выраженной соматической отяго-

щённости женщин с преждевременными родами и косвенно указывают на риск ПР при этих заболеваниях у беременных женщин.

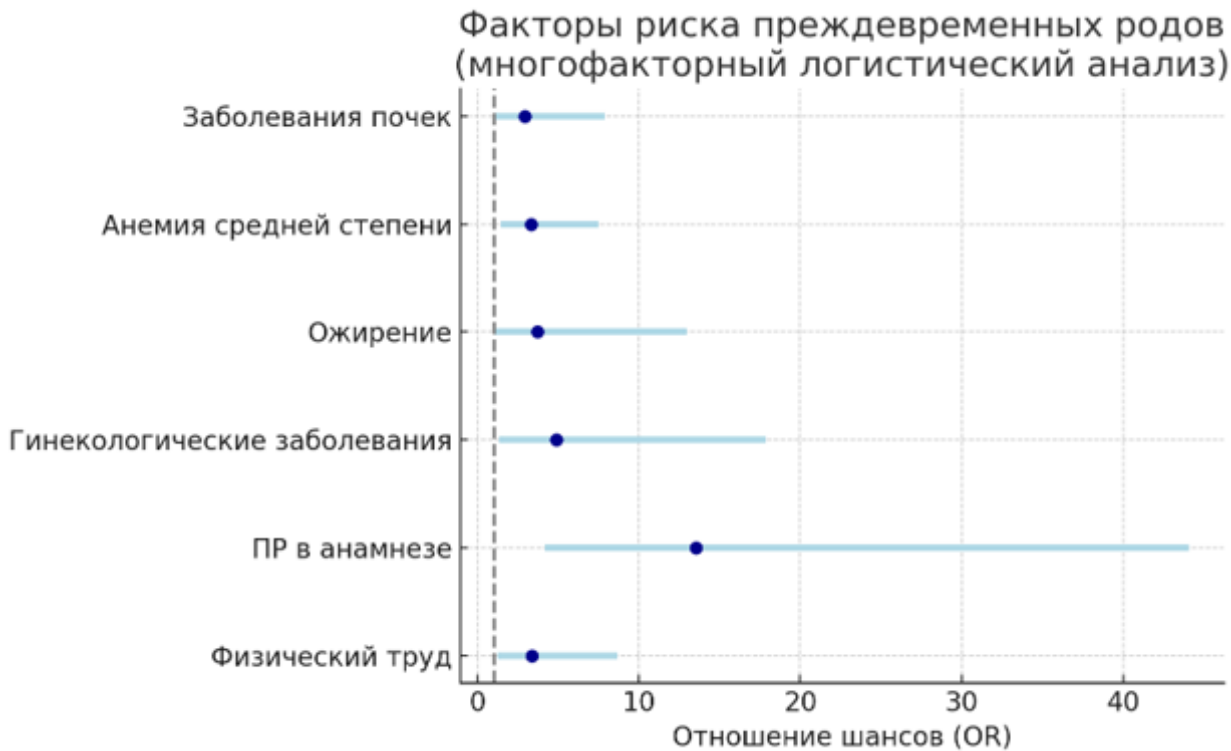


Рис. 2. Значимость факторов риска преждевременных родов (точки показывают отношение шансов - OR, горизонтальные линии - доверительный интервал (95% ДИ))

Заключение

Полученные данные демонстрируют необходимость оценки социальных и анамнестических характеристик, комплексной оценки соматического статуса женщин при планировании и ведении беременности. Особое внимание следует уделять метаболическим нарушениям, заболеваниям почек, анемии средней

степени, особенно у пациенток с неблагоприятным анамнезом и повышенным риском перинатальных осложнений. Профилактика и своевременное лечение ЭГЗ у беременных являются важными мерами по снижению частоты преждевременных родов и должны быть включены в комплексную перинатальную тактику наблюдения женщин из группы риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Albarqi MN. The Impact of Prenatal Care on the Prevention of Neonatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Global Health Interventions. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(9):1076.
2. Alur P, Holla I, Hussain N. Impact of sex, race, and social determinants of health on neonatal outcomes. *Front Pediatr*. 2024;12:1377195.

3. Cantarutti A, Arienti F, Boroacchini R et al. Effect of access to antenatal care on risk of preterm birth among migrant women in Italy: A population-based cohort study. *Heliyon*. 2024;10(17):e36958.
4. Chan F, Shen S, Huang P, et al. Blood pressure trajectories during pregnancy and preterm delivery: A prospective cohort study in China. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2022;24(6):770-778.

5. Ferreira A, Bernardes J, Gonçalves H. Risk Scoring Systems for Preterm Birth and Their Performance: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2023;12(13):4360.
6. Hui Zhou, Kai-Fa Lai, Qian Xiang, et al Second-stage cesarean delivery and preterm birth in subsequent pregnancy: A large multi-institutional cohort study. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 2022;51(8):102447.
7. Keelan J.A. Intrauterine inflammatory activation, functional progesterone withdrawal, and the timing of term and preterm birth. *J Reprod Immunol*. 2018;125:89–99.
8. Manuck TA. Racial and ethnic differences in preterm birth: A complex, multifactorial problem. *Semin Perinatol*. 2017;41(8):511-518.
9. Merlo I, Cantarutti A, Allotta A, et al. Development and Validation of a Novel Pre-Pregnancy Score Predictive of Preterm Birth in Nulliparous Women Using Data from Italian Healthcare Utilization Databases. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(8):1443.
10. Pereira G, Regan AK, Wong K, Tessema GA. Gestational age as a predictor for subsequent preterm birth in New South Wales, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):607.
11. Suff N., Xu V.X., Glazewska-Hallin A, et al Previous term emergency caesarean section is a risk factor for recurrent spontaneous preterm birth; a retrospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2022;271:108-111.
12. Tano S, Kotani T, Ushida T, et al. Optimal annual body mass index change for preventing spontaneous preterm birth in a subsequent pregnancy. *Sci Rep*. 2022;12(1):17502.

Сведения об авторе:

Ишан-Ходжаева Фарангис Рустамовна

- старший научный сотрудник акушерского отдела ТНIIАГиП, к.м.н.; тел.: (+992) 985160006; e-mail: kachyona@mail.ru

ORCID: 0000-0002-9211-112

УДК 618.3-06:618.36

ОЦЕНКА КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЦЕЛЮ ДОЛГОСРОЧНОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Каримова Р.Р.

Областной родильный дом Согдийской области

Цель исследования. Оценить клиничко-социально-анамнестические характеристики беременных женщин и определить их прогностическую значимость для долгосрочного прогнозирования развития синдрома задержки роста плода.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы 150 историй родов женщин с факторами и без факторов риска развития СЗРП для установления значимости факторов риска. Из 150 историй родов выделены 89 историй родов женщин, родивших детей с СЗРП для оценки клиничко-социально-анамнестических характеристик. Полученные данные статистически обработаны с использованием методов описательной и аналитической статистики.

Результаты. Наиболее значимыми факторами риска развития СЗРП явились анемия во время беременности ($RR = 18,75$; 95% ДИ 2,69–130,5), преэклампсия ($RR = 11,43$; 95% ДИ 1,62–80,6), отягощённый акушерско-гинекологического анамнеза, включая привычное невынашивание и СЗРП в анамнезе ($RR = 16,71$; 95% ДИ 2,39–116,6).

Заключение. Принятие во внимание значимых клиничко-социально-анамнестических характеристик, способствующих развитию СЗРП, при постановке на учет беременных женщин может существенно повысить точность ранней стратификации долгосрочного риска развития осложнения.

Ключевые слова: беременность, СЗРП, клиничко-социально-анамнестические характеристики, фактор риска.

АРЗЁБИИ КЛИНИКӢ, ИҶТИМОӢ ВА АНАМНЕСТИКИИ ЗАНОНИ ҲОМИЛА БО МАҚСАДИ ПЕШГУӢИ ДАРОЗМУДДАТИ СИНДРОМИ СУСТИНКИШОФЕБИИ ТИФЛ

Каримова Р.Р.

Таваллудхонаи вилояти, вилояти Суғд

Мақсади тадқиқот. Арзёбии хусусиятҳои клиникӣ, иҷтимоӣ ва анамнестикии занони ҳомиладор ва муайян кардани аҳамияти пешгуӣи онҳо барои пешгуӣи дарозмуддати синдроми сустинкишофебии тифл.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили ретроспективи 150 таърихи таваллуди занон бо омилҳо ва бе омилҳои ҳавф барои муайян кардани аҳамияти омилҳои синдроми сустинкишофебии тифл. Аз 150 таърихи таваллуд, 89 таърихи таваллуди заноне, ки бо синдроми сустинкишофебии тифл қӯдакон таваллуд кардаанд, барои арзёбии хусусиятҳои клиникӣ, иҷтимоӣ ва анамнестикии онҳо муайян карда шуданд. Маълумоти гирифташуда бо истифода аз омори тавсифӣ ва таҳлилий ба таъри оморӣ коркард карда шуданд.

Натиҷаҳо. Омилҳои муҳимтарини ҳавф барои рушди синдроми сустинкишофебии тифл камхунӣ дар давраи ҳомиладорӣ ($RR = 18,75$; 95% CI 2,69–130,5), преэклампсия ($RR = 11,43$; 95% CI 1,62–80,6) ва таърихи мураккаби акушерӣ ва гинекологӣ буданд ($RR = 16,71$; 95% CI 2,39–116,6).

Бо дарназардошти хусусиятҳои назарраси клиникӣ, иҷтимоӣ ва анамнестикӣ, ки ба рушди синдроми сустинкишофебии тифл мусоидат мекунанд, ҳангоми бақайдгирии занони ҳомила метавонад дурустии стратификацияи барвақти хатарӣ дарозмуддати синдроми сустинкишофебии тифл ба таъри назаррас беҳтар созад.

Калимаҳои асосӣ: ҳомиладорӣ, IUGR, хусусиятҳои клиникӣ, иҷтимоӣ ва анамнестикӣ, омилҳои ҳавф

CLINICAL, SOCIAL, AND ANAMNESTIC ASSESSMENT OF PREGNANT WOMEN FOR THE PURPOSE OF LONG-TERM PROGNOSIS OF FETAL GROWTH RESTRICTION SYNDROME

Karimova R. R.

Regional Maternity Hospital, Sughd Region

Aim. To evaluate the clinical, social, and anamnestic characteristics of pregnant women and determine their prognostic significance for long-term prediction of the development of fetal growth restriction syndrome..

Material and methods. A retrospective analysis of 150 women's birth histories was conducted. Women with and without risk factors for the development of IUGR were examined to determine the significance of risk factors. Of the 150 birth histories, 89 birth histories of women who gave birth to children with IUGR were identified to assess the clinical, social, and anamnestic characteristics. The obtained data were statistically processed using descriptive and analytical statistics.

Results. The most significant risk factors for the development of IUGR were anemia during pregnancy (RR = 18.75; 95% CI 2.69–130.5), preeclampsia (RR = 11.43; 95% CI 1.62–80.6), burdened obstetric and gynecological history, including recurrent miscarriage and a history of IUGR (RR = 16.71; 95% CI 2.39–116.6).

Conclusion. Consideration of significant clinical, social, and anamnestic characteristics that contribute to the development of IUGR when registering pregnant women can significantly improve the accuracy of early stratification of the long-term risk of developing complications.

Key words: pregnancy, IUGR, clinical, social, and anamnestic characteristics, risk factors

Актуальность

Синдром задержки роста плода (СЗРП) является одной из наиболее значимых и изучаемых перинатальных патологий современного акушерства и неонатологии, обуславливающих высокий уровень перинатальной заболеваемости и смертности. Несмотря на прогресс в диагностике и ведении беременности, частота выявления нарушения внутриутробного роста остаётся существенной и существенно варьируется в различных популяциях, достигая примерно 5–15% случаев беременности, согласно литературным данным последних лет, и имеет тенденцию к росту, особенно в условиях увеличения доли беременных с экстрагенитальной патологией и неблагоприятными социальными факторами [3, 6].

Клиническая значимость СЗРП определяется не только повышенным риском антенатальной и неонатальной заболеваемости и смертности, но и его ролью в реализации концепции «внутриутробного программирования», согласно которой внутриутробные нарушения роста ассоциированы с развитием сердечно-сосудистых заболеваний, эндокринных и

метаболических расстройств во взрослой жизни. В этой связи особое значение приобретает своевременное выявление женщин группы высокого риска ещё на ранних этапах гестации [5, 9].

Доказано, что формирование СЗРП носит мультифакторный характер и связано с совокупным воздействием медицинских, репродуктивных, социальных и поведенческих факторов. Возраст матери, особенности репродуктивного анамнеза, наличие хронических соматических и гинекологических заболеваний, осложнения предыдущих беременностей, уровень социально-экономического благополучия, вредные привычки и стрессовые воздействия рассматриваются как потенциальные предикторы нарушения внутриутробного роста плода. Однако данные о значимости и прогностической ценности отдельных факторов остаются неоднозначными и требуют дальнейшего системного анализа [10].

Клинико-социально-анамнестические факторы играют ключевую роль в формировании риска СЗРП. Последние исследования и оригинальные публикации выделяют широкий спектр факторов,

включающих репродуктивные, акушерские, соматические, социально-экономические и поведенческие характеристики женщин. Эти факторы являются доступными для оценки уже на этапе первичного наблюдения беременных, что делает их потенциально ценными предикторами риска нарушения роста плода задолго до развития клинически манифестных проявлений [1].

Несмотря на существование инструментальных методов диагностики (ультразвуковая биометрия, доплерометрия и др.), выявление риска СЗРП на ранних сроках беременности остаётся сложной задачей, поскольку многие инструментальные маркёры появляются поздно по ходу гестации. В этих условиях разработка прогностических моделей, основанных на клиничко-социально-анамнестических данных, может существенно повысить точность ранней стратификации риска и своевременную реализацию профилактических стратегий [8, 7, 4, 11].

Современные публикации последних лет подчёркивают необходимость интеграции клиничко-социальных факторов в алгоритмы оценки риска СЗРП. Обзорные исследования демонстрируют, что особенности анамнеза матери и её социальный статус могут служить важными предикторами негативных перинатальных исходов, включая задержку роста плода [2].

Таким образом, оценка клиничко-социально-анамнестических характеристик беременных женщин представляется актуальной научной задачей, направленной на создание прогностических моделей долгосрочного прогнозирования СЗРП. Решение данной задачи позволит повысить эффективность скрининга, улучшить перинатальные исходы и снизить бремя этой патологии в масштабах популяции.

Цель исследования

Оценить клиничко-социально-анамнестические характеристики беременных женщин и определить их прогности-

ческую значимость для долгосрочного прогнозирования развития синдрома задержки роста плода.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 150 историй родов женщин, поступивших в Областной родильный дом г. Ходжента и в ГУ «Таджикский Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в 2022-2023 года. Среди отобранных историй родов 116 женщин, которые имели общеизвестные в литературе факторы риска развития СЗРП (группа 1), 34 женщины не имели факторов риска данного осложнения беременности (группа 2).

Для оценки удельного веса факторов риска развития СЗРП принимали во внимание социальные, анамнестические и медицинские факторы риска. К социальным факторам риска были отнесены возраст женщины, уровень образования, социальный статус, место жительства. К анамнестическим факторам относили отягощенный гинекологический анамнез, привычное невынашивание, наличие в анамнезе родов с СЗРП, паритет, длительность интергенетического интервала. Среди медицинских факторов были приняты во внимание ожирение, дефицит массы тела, заболевания почек, анемия, хроническая гипертензия. К факторам, возникающим во время беременности, были отнесены ранняя преэклампсия, эпизоды угрозы прерывания беременности, нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока.

Дизайн исследования – ретроспективный анализ историй родов. Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной и аналитической статистики. Количественные показатели оценивали на предмет характера распределения с применением критерия Шапиро–Уилка. Качественные признаки представлены в виде абсолютных значений (n) и относительных частот

(%). Для оценки сопоставимости численности пациенток между отдельными возрастными подгруппами применяли парные сравнения долей с использованием критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса при необходимости. Отсутствие статистически значимых различий трактовали как сопоставимость сравниваемых групп. Статистическую обработку данных выполняли с использованием пакетов прикладных программ для медицинской статистики (IBM SPSS Statistics).

Результаты и их обсуждение

У женщин с наличием и без факторов риска развития СЗРП ($n=150$) в 89 случаях родились дети с СЗРП, у которых изучены особенности социальных, анамнестических и клинических характеристик. Анализ возрастной структуры обследованных женщин с синдромом задержки роста плода (СЗРП) показал статистически значимую неоднородность распределения пациенток по возрастным подгруппам ($\chi^2 = 63,9$; $df = 3$; $p < 0,001$). Наибольшая доля женщин приходилась на возрастные подгруппы 18–27 лет ($n = 40$; 44,9%) и 28–35 лет ($n = 42$; 47,2%). При сравнении указанных подгрупп статистически значимых различий по численности выявлено не было ($\chi^2 = 0,09$; $p > 0,7$), что свидетельствует об их сопоставимости. В то же время доля пациенток в возрастных подгруппах до 18 лет ($n = 1$; 1,1%) и старше 35 лет ($n = 6$; 6,7%) была статистически значимо ниже, по сравнению с основными репродуктивными возрастными группами ($p < 0,001$).

Статус женщин, включающий такие характеристики, как уровень образования, место жительства, работает или домохозяйка, позволил выделить следующие особенности. Большинство женщин с СЗРП имели среднее образование - 77 из 89 (86,5%), что свидетельствует о низком уровне образовательной подготовки в данной группе. Лишь 7,9% отметили средне-специальное образование, а высшее образование имели только 5,6% (5 женщин), что

может указывать на ограниченный доступ к качественным образовательным ресурсам или низкую мотивацию к продолжению обучения. Преобладающее число женщин - домохозяйки (77,5%), то есть 69 из 89 не вовлечены в формальную трудовую деятельность. Только 22,5% (20 женщин) работают, что может отражать культурные и региональные особенности. Этот фактор может быть также связан с ограниченным уровнем дохода семьи, снижением доступности медицинской помощи и недостаточной осведомленностью о рисках беременности.

Абсолютное большинство женщин являются жительницами сельской местности (83,1%). Только 16,9% проживают в городе. Это указывает на территориальную уязвимость, связанную с трудностями доступа к качественным медицинским услугам, особенно на ранних сроках беременности, а также с меньшей информированностью женщин из сельских регионов о признаках осложнённого течения гестации.

Таким образом, социальный портрет женщин, родивших детей с СЗРП, характеризуется: низким уровнем образования, преимущественно незанятым положением в экономике (домохозяйки), проживанием в сельской местности. Эти особенности свидетельствуют о необходимости улучшения доступа к медицинскому сопровождению беременных женщин из уязвимых групп, а также о важности просветительской работы и социальной поддержки в целях профилактики внутриутробной задержки роста плода.

Распределение обследованных женщин по паритету показало, что почти каждая четвёртая женщина с СЗРП - первородящие (22 – 24,7%), что, по-видимому, связано с более частыми физиологическими и психологическими трудностями адаптации к беременности. Повторнородящие составили 48 (53,9%). Это наиболее многочисленная катего-

рия, что может указывать на накопление репродуктивных и соматических рисков после первой беременности. Женщины, имеющие три и более родов, составили 19 (21,3%). Таким образом, большинство женщин с СЗРП - повторнородящие (53,9%), что позволяет предположить влияние предшествующих беременностей, родов и осложнений в анамнезе на развитие ЗВУР. В то же время, высокий процент первородящих (24,7%) и многорожавших (21,3%) подтверждает, что риск СЗРП актуален во всех группах паритета, и требует индивидуального под-

хода к ведению беременности независимо от репродуктивного опыта.

Сравнительный анализ частоты ЭГЗ среди женщин с СЗРП и в общей популяции беременных установил повышение частоты всех изученных заболеваний у женщин с СЗРП по сравнению с показателями общей популяции беременных. Анемия встречалась на 17,7% чаще, заболевания почек на 7,7%, йоддефицитные состояния на 5,5%, дефицит массы тела на 4,5% чаще соответствующих показателей в общей популяции беременных женщин (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительный анализ частоты экстрагенитальных заболеваний у женщин с СЗРП и в общей популяции беременных

Заболевание	Женщины с СЗРП	Общая популяция беременных	Разница
Анемия	66,3%	48,6%	+17,7%
Йоддефицитные состояния	15,7%	10,2%	+5,5%
Заболевания почек	15,7%	8,0%	+7,7%
Дефицит массы тела	7,9%	3,4%	+4,5%

Характерен репродуктивный анамнез женщин с СЗРП: 10 (11,2%) женщин отметили выкидыши в анамнезе, 7 (7,9%) - преждевременные роды, 23 (25,8%) женщин имели отягощенный гинекологический анамнез. Репродуктивный анамнез женщин с синдромом задержки роста плода (СЗРП) характеризуется наличием ряда неблагоприятных факторов, свидетельствующих о нарушениях в репродуктивной функции и гинекологическом здоровье. Таким образом, репродуктивный и гинекологический анамнез женщин с СЗРП в значительной части случаев характеризуется наличием факторов риска, ассоциированных с нарушением гестационного процесса. Это подчёркивает необходимость прегравидарной подготовки и тщательного перинатального наблюдения за такими пациентками

Наиболее частым гестационным осложнением среди женщин с СЗРП, со-

гласно проведённому исследованию, была преэклампсия (34 – 38,2%). Это осложнение представляет собой мультисистемный патологический процесс, развивающийся вследствие нарушения трофобластической инвазии и формирования полноценного маточно-плацентарного кровотока в ранние сроки беременности. При преэклампсии происходит генерализованный вазоспазм, эндотелиальная дисфункция, повышение сосудистого сопротивления и снижение перфузии органов, включая плаценту. Эти изменения приводят к гипоксии и дефициту нутриентов у плода, что, в свою очередь, способствует формированию СЗРП. Высокая частота преэклампсии у женщин с СЗРП подтверждает общность патогенетических механизмов этих состояний и подчеркивает важность раннего выявления нарушений маточно-плацентарного кровотока и угрозы прерывания беременности. Кроме

того, у всех обследованных пациенток выявлены признаки плацентарной дисфункции, подтверждённые изменениями доплерометрических параметров кровотока в системе мать–плацента–плод. Эпизоды угрозы прерывания беременности наблюдались у 20 женщин (22,5%). Это состояние, характеризующееся повышенным тонусом миометрия и/или кровянистыми выделениями на ранних или поздних сроках беременности, может быть следствием хронической плацентарной недостаточности, гормонального дисбаланса, иммунологических нарушений или воспалительных процессов. Угроза прерывания может усугублять состояние плода и негативно влиять на плацентарную перфузию, усиливая дефицит кислорода и питательных веществ. Нарушения гемо-

динамики в системе мать–плацента–плод были выявлены у всех 89 женщин с СЗРП. Они проявлялись в виде патологических доплерометрических изменений, таких как повышение индекса резистентности (ИР) и пульсационного индекса (ПИ) в маточных и пуповинных артериях, а также снижение этих показателей в средней мозговой артерии плода.

Всего у 89 обследованных женщин, родивших детей с СЗРП, определено 235 факторов риска развития СЗРП. 42 женщины указали на наличие одного фактора риска, 23 на – два фактора риска, 24– на три фактора риска. Наиболее часто выявлены у женщин, родивших детей с СЗРП, медицинские (128 – 54,5%), затем анамнестические (68 – 28,9%), затем социальные (39 – 16,6%) факторы риска СЗРП



Рис. 1. Удельный вес групп факторов риска развития СЗРП

Удельный вес каждого отдельного фактора риска рассчитывали по отношению к общему количеству факторов риска в группе обследованных женщин. Для вычисления распространенности факторов риска в общей популяции беременных женщин производили перерасчет на 1000 беременных женщин. Наибольший удельный вес среди факторов риска развития СЗРП выявлен для медицинских факторов риска. Преэклампсии диагностированы в каждом 9-10 случае от всех факторов риска.

Состояние соматического здоровья женщин и наличие различных заболеваний являются факторами, зависящими от матери. В нашем исследовании у каждой 4-й женщины в группе факторов, связан-

ных с беременностью и приведших к развитию СЗРП, диагностирована анемия во время данной беременности.

Из анамнестических факторов риска самый высокий удельный вес имел место отягощенный репродуктивный анамнез (17%). Из социальных факторов риска удельный вес низкого социального статуса, к которому относили сочетание низкого уровня образования со статусом домохозяйки, составил 16,6%.

Значимость факторов риска развития СЗРП изучена при ретроспективном анализе историй родов 116 женщин, которые имели факторы риска развития СЗРП (группа 1), 34 женщины не имели факторов риска данного осложнения беременности (группа 2).

Таблица 2

Удельный вес факторов риска СЗРП среди 89 обследованных женщин

Факторы	Абс число	Удельный вес
Возраст младше 18 лет	1	0,4%
Возраст старше 35 лет	6	2,6%
Низкий социальный статус	39	16,6%
1-е роды	9	3,8%
Невынашивание, СЗРП в анамнезе	17	7,2%
ОГА	23	9,8%
Многорождение + низкий ИГИ	11	4,7%
Гипертензия хроническая	9	3,8%
ДМТ	7	3%
Эпизоды угрозы прерывания беременности	20	8,5%
Преэклампсия	34	14,5%
Анемия во время беременности	59	25,1%
Всего	235	100%

Таблица 3

Значимость факторов риска развития СЗРП

Фактор риска (ФР)	ФР+ (116)		ФР- (34)		RR	DI	p
	СЗРП	без СЗРП	СЗРП	без СЗРП			
Возраст младше 18 лет и старше 35 лет	11	105	1	33	3,2	0,432-24,09	>0,05
Низкий социальный статус	29	87	1	33	8,5	1,201-60,135	<0,05
1-е роды	13	103	1	33	3,8	0,517-28,092	>0,05
Привычное невынашивание, СЗРП в анамнезе, ОГА	57	59	1	33	16,7	2,401-116,238	<0,05
Многорождение + низкий ИГИ	19	97	1	33	5,57	0,773-40,104	>0,05
Гипертензия хроническая	11	105	1	33	3,2	0,432-24,091	>0,05
ДМТ	9	107	1	33	2,64	0,346-20,093	>0,05
Пиелонефрит при беременности	24	92	1	33	7,03	0,987-50,118	>0,05
Преэклампсия	39	77	1	33	11,43	1,630-80,170	<0,05
Анемия во время беременности	64	52	1	33	18,76	2,701-130,265	<0,05

Из социальных факторов риска значимым оказался низкий социальный статус

женщины, включающий в себя характеристику – низкий уровень образования и ста-

тус домохозяйка, что ограничивает общение в социуме и отсутствие возможностей получения информации через средства массовой информации и в социальных сетях. В группе женщин с фактором риска «низкий социальный уровень» риск развития СЗРП как минимум в 1,2 раза выше, чем в группе женщин без данного фактора риска, что имеет статистически значимое различие ($p < 0,05$ при ДИ 1,201 – 60,135). Отягощённый репродуктивный анамнез достоверно повышает риск развития синдрома задержки роста плода, как минимум увеличивая его в 2,4 раза даже в наименее выраженном случае.

Из медицинских факторов риска значимыми ($p < 0,05$) оказались преэклампсия и анемия во время беременности. При этом преэклампсия увеличивает риск развития СЗРП в 1,6 и в 2,7 раза

в наименее выраженном случае.

Заключение

Таким образом, проведенная оценка факторов риска развития СЗРП среди беременных женщин, жительниц Согдийской области дает возможности прогнозирования данного осложнения в прегравидарный период и в ранние сроки беременности и проводить профилактику СЗРП с учетом изменяемых факторов риска, что, возможно, улучшит показатели перинатальной заболеваемости и смертности. Согласно нашим исследованиям, наиболее значимыми факторами риска развития СЗРП явились низкий социальный статус женщин, отягощенный репродуктивный анамнез, анемия и преэклампсия при настоящей беременности.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Гасимова ШР, Тютюнник ВЛ, Кан НЕ, и др. Клинико-анамнестические факторы риска и прогностические модели развития задержки роста плода. *Акушерство и гинекология*. 2024;(10):53-59.
2. Дегтярева ЕА, Захарова ОА, Куфа МА, и др. Эффективность прогнозирования и ранней диагностики задержки роста плода. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2018;63(3):37-45.
3. Fetal Growth Restriction: ACOG Practice Bulletin, Number 227. *Obstetrics & Gynecology*. 2021;137(2):e16-e28
4. Geça T, Stupak A, Nawrot R et al. Placental proteome in late-onset of fetal growth restriction. *Mol Med Rep*. 2022;26(6):356.
5. King VJ, Bennet L, Stone PR, et al. Fetal growth restriction and stillbirth: Biomarkers for identifying at risk fetuses. *Front Physiol*. 2022;13:959750.
6. Lubrano C, Taricco E, Coco C, et al Perinatal and Neonatal Outcomes in Fetal Growth Restriction and Small for Gestational Age. *J Clin Med*. 2022;11(10):2729.
7. Oh MA, Barak S, Mohamed M. Placental pathology and intraventricular hemorrhage in preterm and small for gestational age. *Perinatol*.

2021;41:843-849

8. Pinson MR, Tseng AM, Lehman TE, et al. Maternal circulating miRNAs contribute to negative pregnancy outcomes by altering placental transcriptome and fetal vascular dynamics. *PLoS One*. 2023;18(11):e0290720.
9. Sławek-Szmyt S, Kawka-Paciorkowska K, Cieplucha A, et al. Preeclampsia and Fetal Growth Restriction as Risk Factors of Future Maternal Cardiovascular Disease - A Review. *Journal of Clinical Medicine*. 2022;11(20):6048.
10. Tsikouras P, Antsaklis P, Nikolettos K, et al. Diagnosis, Prevention, and Management of Fetal Growth Restriction (FGR). *J Pers Med*. 2024;14(7):698.
11. Walsh CJ, Meyers ML, Chandnani N, et al. Quantitative evaluation of placental microvascular blood flow and microstructure in fetal growth restriction with IVIM MRI. *Pediatr Radiol*. 2025;55(3):546-555.

Сведения об авторе:

Каримова Рахима Рахмоновна - врач акушер-гинеколог областного родильного дома Согдийской области имени У. Шамсиддинова; тел.: (+992) 929050452; e-mail: rahima0502@mail.ru
ORCID: 0009-0008-3648-6299

УДК 618.2:316.4:614.2

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА В СТАЦИОНАРЕ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ

Мирзабекова Б.Т., Хабибова З.Х.,
Назарзода С.Г., Джумаева М.Х.

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 имени профессора Нарзуллаевой Е.Н. ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Установить медико-социальные и организационные факторы риска антенатальной гибели плода в стационаре третьего уровня и выявить резервы снижения перинатальной смертности.

Материал и методы. Проведен анализ 310 историй родов (карта истории родов и форма 087 обменная карта беременной) беременных с антенатальной гибелью плода за период с 2019 – 2022 гг. Основную группу составили женщины, у которых беременность осложнилась антенатальной гибелью плода, группу сравнения – 100 женщин с физиологическим течением беременности и родов.

Результаты. Медико-социальный портрет женщин с АГП представлен: поздним репродуктивным возрастом, повторнобеременными-первородящими, жительницами сельской местности, высокой частотой экстрагенитальной патологии, гестационными осложнениями и низким качеством антенатального ухода. Основными статистически достоверными причинами антенатальной гибели плода явились: врожденные пороки развития плода, синдром задержки развития плода, маловодие, многоводие, истинный узел пуповины.

Заключение. Установленные упущенные возможности антенатальной гибели плода, свидетельствуют о наличии резервов для снижения перинатальной смертности на уровне дородовой помощи.

Ключевые слова: мертворождаемость, антенатальная гибель плода, факторы риска, гестационные осложнения

жАНБАжОИ ТИББИ-ИТТИМОЙ ВА ТАШКИЛОТИИ ФАВТИ АНТЕНАТАЛИИ ТИФЛ ДАР ТАВАЛЛУДжОНАИ САТжИ СЕЮМ

Мирзабекова Б.Т., Хабибова З.Х.,
Назарзода С.Г., Джумаева М.Х.

Кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 ба номи профессор Нарзуллаева Е.Н. МДТ “Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандуручтии Тумхурии Тоҷикистон”

Мақсади тадқиқот. Муайян намудани омилҳои хавфи тиббӣ-иҷтимоӣ ва ташкilotии фавти антенаталии тифл дар таваллудҳонаи сатҳи сеюм ва муайян кардани потенциали коҳиши фавти перинаталӣ.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили ретроспективи 310 таърихи таваллуд (шаклҳои таърихи таваллуд ва варақаймубодилавии №087) занони ҳомила бо фавти антенаталии тифл аз соли 2019 то 2022. Гурӯҳи тадқиқотӣ аз заноне иборат буд, ки ҳомиладорӣ онҳо бо фавти дохилибатнии тифл авориз ёфтааст ва гурӯҳи муқоисавӣ занони ҳомила бо ҳомилаҳои ва таваллуди муқаррарӣ.

Натиҷаҳо. Шакли тиббӣ-иҷтимоӣ занони гирифтори фавти антенаталии тифл иборат мебошанд: синну соли репродуктиви дер, занони тақрорҳомила/нахустзоӣ, сокинони деҳот, басомади баланди патологияи экстрагениталӣ, аворизҳои ҳомиладорӣ ва сифати пасти нигоҳубини антенаталӣ. Сабабҳои асосии аз ҷиҳати омор муҳими фавти дохилибатнӣ инҳо буданд: нуқсонҳои модарзодии тифл, амоили сусуинкишофёбии дарунибатнии тифл, бистёробӣ, камобӣ ва гиреҳи аслии нофи тифл.

Хулоса: Имкониятҳои аз даст додашудаи ғавти дохилибатнии тифл дар сатҳи антенаталӣ нишон медиҳанд, ки потенциали коҳиши ғавти перинаталӣ вуҷуд дорад.

Калимаҳои асосӣ: мурдатаваауд, ғавти антенаталии тифл, аворизҳои гестатсионӣ, омилҳои хатар

MEDIC-SOCIAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF ANTENATAL FETAL DEATH IN A THIRD-LEVEL HOSPITAL

Mirzabekova B.T., Khabibova Z.H.,
Nazarzoda S.G., Dzhumaeva M.Kh.

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 named after professor E.N. Narzullaeva of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Aim. Of the study was to identify medical, social, and organizational risk factors for antenatal fetal death in a tertiary hospital and identify potential for reducing perinatal mortality.

Material and methods. Analysis of 310 birth records (birth history forms and Form 087 maternity records) of pregnant women with antenatal fetal death from 2019 to 2022. The study group consisted of women whose pregnancies were complicated by antenatal fetal death, and a comparison group of 100 women with normal pregnancies and births.

Results. The medical and social profile of women with antenatal fetal death is represented by: late reproductive age, multiparous/primiparous women, rural residents, high frequency of extragenital pathology, gestational complications and low quality of antenatal care. The main statistically significant causes of antenatal fetal death were: congenital malformations of the fetus, fetal growth retardation syndrome, oligohydramnios, polyhydramnios, and true knot of the umbilical cord.

Conclusion. The identified missed opportunities for antenatal fetal death at the prenatal care level indicate that there is potential for reducing perinatal mortality.

Key words: stillbirth, antenatal fetal death, risk factors, gestational complications

Актуальность

По данным многих исследователей, в течение последних десяти лет в структуре ПС произошло увеличение доли антенатальных факторов по сравнению с неонатальными, достигая 50,3%, что указывает на проблемы в системе пренатального наблюдения и на недостаточные усилия по прегравидарному оздоровлению женщин репродуктивного возраста [1, 2, 6, 9]. Согласно проведенным исследованиям, ежегодно регистрируют около 2 млн случаев антенатальной гибели плода, то есть в каждом 16 случае рождается мёртвый ребёнок [11, 14]. При этом даже столь внушительные показатели не отображают весь масштаб данной проблемы. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в отчёты не включают показатели мертворождаемости на сроках 22–28 недель, что, по оценкам ряда исследований, ведет к увеличению показателя примерно на 40% [1, 3, 8].

По оценкам экспертов, количество антенатальной гибели плодов во всем мире составляет 1,9 млн/год с учетом случаев, зафиксированных между 22-й и 28-й неделями. Частота мертворождений колеблется от 1 до 31 на 1000 родов в разных странах [2, 13]. В развивающихся странах уровень мертворождаемости выше (до 97%), чем в развитых странах, что связано с более низким уровнем медицинского обслуживания и доступности медицинской помощи [3, 12].

Установлены упущенные возможности при стационарном ведении женщин с преэклампсией, экстрагенитальными заболеваниями и плацентарной недостаточностью, которые свидетельствуют о наличии резервов для снижения перинатальной смертности в стационарах 2-го и 3-го уровня [5, 7, 10]. В Таджикистане проведены единичные исследования по данной проблеме, что диктует необходимость проведения данного исследования.

Цель исследования

Установить медико-социальные и организационные факторы риска антенатальной гибели плода в стационаре третьего уровня и выявить резервы снижения перинатальной смертности.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное групповое исследование.

Объект исследования - стационар третьего уровня ГУ ТНИИАГиП.

Предмет исследования - 310 историй родов (карта истории родов и форма 087 обменная карта беременной) беременных с антенатальной гибелью плода за период с 2019 – 2022 гг. Основную группу составили женщины, у которых беременность осложнилась антенатальной гибелью плода, группу сравнения – 100 женщин с физиологическим течением беременности и родов.

Результаты и их обсуждение

Установлено, что средний возраст женщин с АГП составил 28,0 [24,0; 33,0], в группе с физиологическим течением беременности и родов данный показатель составил 25,0 [22,0; 32,0] (Me [Q1; Q3] <0,001**).

Установлено, что в раннем репродуктивном возрасте находились 84 (27,1%) женщины с АГП, в контрольной группе - 44 (44,0%) ($p=0,001$). Установлено, что каждая вторая женщина в обеих исследуемых группах (158 (51,0%) и 53 (53,0%)) ($p>0,05$) находились в активном репродуктивном возрасте.

Каждая пятая респондентка контрольной группы находилась в позднем репродуктивном возрасте, что в 6 раз превышает показатель среди женщин данного возраста, по сравнению с женщинами основной группы, что является статистически значимой причиной АГП ($<0,001^*$).

Установлено, что наибольшее количество женщин, исследуемых групп проживали в сельской местности (245 (79,0%) и 47 (47,0%) соответственно; $p<0,001$).

Непосредственным фактором, влияющим на исходы беременности, являются повторнобеременные-первородящие женщины, в анамнезе которых имелись неразвивающиеся беременности в ранних сроках. В основной группе таких женщин наблюдалось достоверно больше - 85/27,9%, чем в контрольной группе - 4/4,0% ($<0,001^*$).

Таблица 1

Паритет обследованных женщин

Паритет	Основная группа n=310		Контрольная группа n=100		p
	абс	%	абс	%	
Первобеременные первородящие	40	12,9	29	29,0	<0,001
Повторнобеременные первородящие	85	27,4	4	4,0	<0,001*
повторнородящие	149	48,1	46	46,0	>0,05
многорожавшие	4	1,3	21	21,0	<0,001*
Мертворождения в анамнезе	89	28,7	1	1,0	<0,001*
Аборты и выкидыши	168	54,2	51	51,0	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по критерию Хи-квадрат Пирсона; * - по точному критерию Фишера)

Как указано в таблице 1, первородящих первобеременных было более чем

в 2 раза больше в группе с нормальным течением беременности, по сравнению

женщинам с антенатальной гибелью плода (29/29,0% и 40/12,9% соответственно $<0,001$). Повторнородящие женщины не имели статистически значимой разницы в исследуемых группах. Каждая пятая женщина контрольной группы была многорожавшей 21/21,0%, а в основной группе были 4/1,3% ($p<0,001^*$).

Обследованных с мертворождениями в анамнезе среди основной группы установлено 89/28,7% случаев, в контрольной - 1/1,0% ($p<0,001^*$).

Анализ экстрагенитальных заболеваний, влияющих на исход беременности у женщин с антенатальной гибелью плода показал, что анемия различной степени

тяжести установлена в 267/86,1% случаев, при этом данная патология в контрольной группе установлена у каждой третьей - 31 /31,0% ($p<0,001$).

Непосредственный вклад внесли заболевания мочевыделительной системы, которые наблюдались в основной группе в 185/59,7% случаев, в контрольной группе – в 34/34,0%. Заболевания дыхательной системы, такие как пневмония во время беременности, бронхиальная астма и бронхиты в 5,2 раза были выше в группе с антенатальной потерей плода, по сравнению с женщинами контрольной группы (131/42,3% и 8/8,0% соответственно, $p<0,001^*$) (табл. 2).

Таблица 2

Экстрагенитальные заболевания

Нозология	Основная группа n=310		Контрольная группа N=100		p
	абс	%	абс	%	
Анемия	267	86,1	31	31,0	$<0,001$
Гепатиты	38	12,3	12	12,0	$>0,05$
Заболевания МВС	185	59,7	34	34,0	$<0,001$
Заболевания ССС	45	14,5	2	2,0	$<0,001^*$
Ожирение	50	16,1	4	4,0	$=0,001^*$
Заболевания щитовидной железы	118	38,1	21	21,0	$=0,002$
Резус-отрицательная принадлежность крови	64	20,6	8	8,0	$=0,004^*$
СД	17	5,5	1	1,0	$>0,05^*$
Варикозная болезнь	77	24,8	3	3,0	$<0,001^*$
Заболевания дыхательной системы	131	42,3	8	8,0	$<0,001^*$
Заболевания ЖКТ	78	25,2	9	9,0	$<0,001^*$

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по критерию Хи-квадрат Пирсона; * - по точному критерию Фишера)

Исследованием установлено, что одним из факторов антенатальной гибели плода была варикозная болезнь, диагностированная у каждой четвертой женщины (77/24,8%), что в 8 раз чаще, по сравнению с женщинами с благоприятным исходом беременности (77/24,8% и 3 /3,0% соответственно, $p <0,001^*$).

Немаловажную роль сыграли заболевания желудочно-кишечного тракта, которые диагностированы у каждой четвертой женщины I-группы 78/25,2%, при этом данные заболевания у женщин в контрольной группы установлены у 9/9,0% беременных. Ожирение установлено в 50/16,1%, что в 4 раза превышает показатель в контроль-

ной группе 4/4,0% ($p=0,001^*$). Заболевания сердечно-сосудистой системы, представленные гипертонической болезнью и пороками сердца, наблюдались в 45/14,5%, при этом данный показатель в 7,3 раза превышал показатель контрольной группы (2/2,0%) ($p<0,001^*$). Йоддефицитные состояния у матерей с АГП установлены

в 118/38,1% случаев, в контрольной группе – в 21/21,0% ($P=0,002$).

Анализ гестационных осложнений показал, что немаловажным фактором риска мертворождений явилась тяжелая преэклампсия, которая в основной группе установлена в 71/22,9%, в контрольной группе – 6/6,0% случаев ($p<0,001$) (рис. 1).

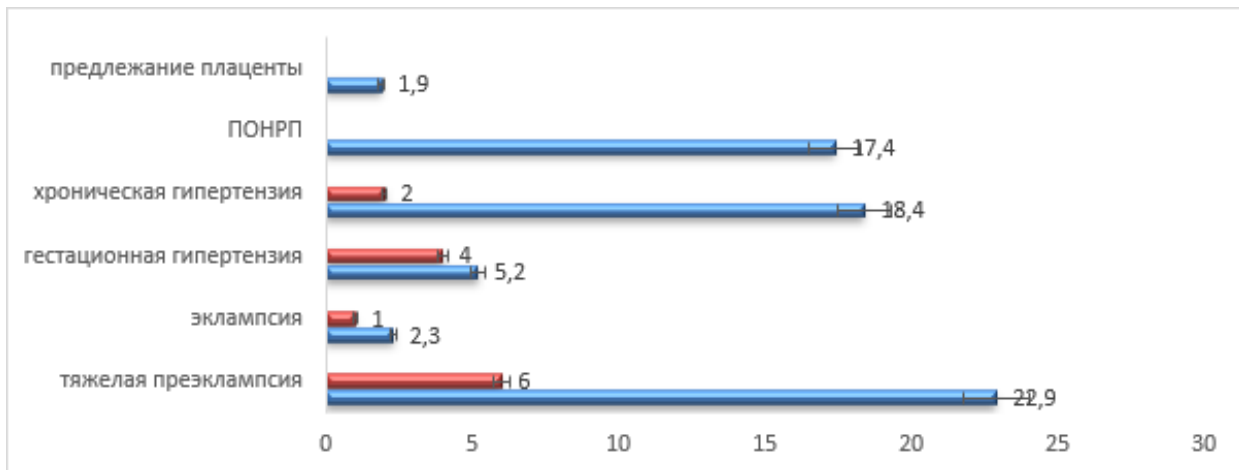


Рис. 1. Гестационные осложнения во время беременности

Хроническая гипертензия среди женщин с антенатальной гибелью плода диагностирована в 57/18,4%, что в 9 раз больше, чем среди женщин с благоприятным исходом беременности (57/18,4% и 2/2,0% соответственно, $p<0,001$).

Как представлено на рисунке 1, в 54/17,4% случаев причиной антенатальной гибели плода стала преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) и кровотечение, обусловленное предлежанием плаценты 6/1,9%. Установлено, что эклампсия и гестационная гипертензия в исследуемых группах не имела статистически достоверных различий (7/2,3%, 16/5,2 и 1/1,0%, 4/4,0% соответственно, $p>0,05$).

Анализ качества антенатального ухода показал, что только 184/59,4% женщин с антенатальной гибелью плода состояли на диспансерном учете по беременности, а среди женщин контрольной группы этот показатель был достоверно выше 82/82,0% ($p<0,001$).

Анализ данных показал, что среди женщин основной группы, состоявших

на диспансерном учете по беременности, в 135/73,4% случаях наблюдение не соответствовало национальным стандартам, в контрольной группе – у 44/53,7% ($p=0,001$). Лишь в каждом четвертом случае (47/25,5%) наблюдение беременных основной группы и контрольной группы – 39/47,6% соответствовало требованиям национальных стандартов ($p<0,001$). Установлено, что срок взятия на диспансерный учет по беременности до 12 недель в основной группе составил 83/45,1% случаев, что 1,5 раза меньше, по сравнению с контрольной группой 56/68,3% ($p<0,001$). При этом доля женщин, охваченных диспансеризацией до 20 недель беременности, в сравниваемых группах составила 68/37,0% и 18/21,9% соответственно ($p=0,016$). Беременных, вставших на учет более 20 недель беременности, в основной группе было 33/17,9% случаев, в контрольной – 8/9,8%, что не имело достоверных различий в сравниваемых группах ($p>0,05^*$, по критерию Хи-квадрат Пирсона; * - по точному критерию Фишера) (рис. 2). Беременные с

антенатальной гибелью плода в 117/63,6% случаях посещали врача всего 1-4 раза,

при этом женщины с благоприятным исходом беременности - 10/12,2% ($p < 0,001$).

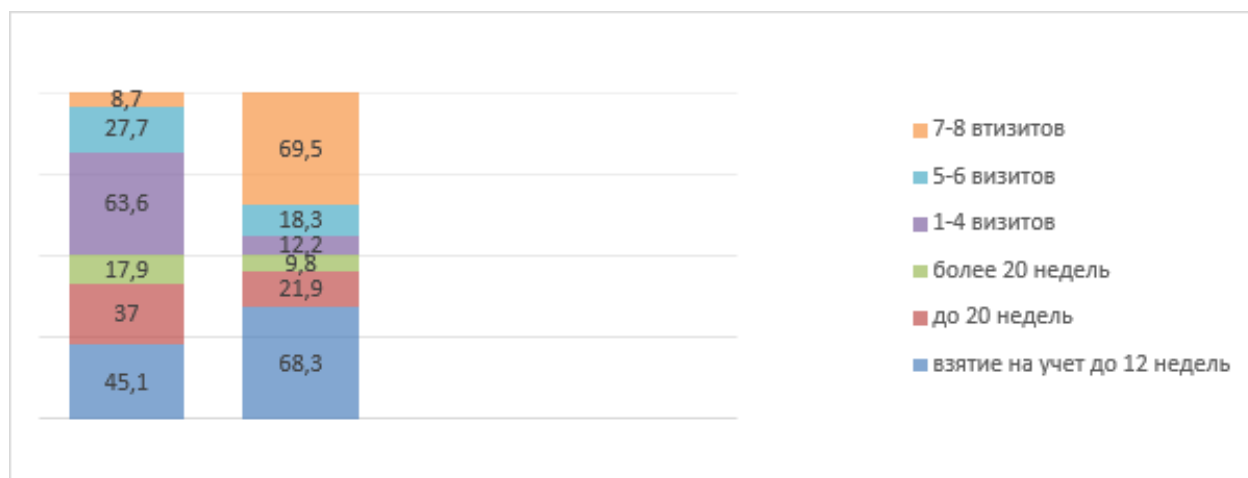


Рис. 2. Качество антенатального ухода

Установлено, что всего 16/8,7% женщин основной группы имели 7-8 посещений в центры репродуктивного здоровья, в то время как женщины контрольной группы составили 57/69,5% ($p < 0,001$). Количество посещений 5-6 раз отмечено в контрольной группе в 51/27,7% случаев, в основной группе - 15/18,3%, что статистически не достоверно ($p > 0,05$).

Анализ качества антенатального ухода показал, что скрининг бессимптомной бактериурии, которая является основным источником инфицирования плода и причиной синдрома задержки развития плода, в основной группе был определен всего в 80/43,5% случаях в противовес контрольной группе - 72/87,7%, что явилось статистически достоверным ($p < 0,001^*$). Установлено, что протеинурия у беременных с мертворождениями определена только в 131/71,2% случаев, женщин с благоприятным исходом беременности - в 82/100,0%, что является статистически значимым фактором мертворождения ($p < 0,001^*$). Анализ данных показал, что гравидограмма была правильно оценена всего у 85/46,2% беременных основной группы, в противовес контрольной группе - 78/95,1%, что явилась статистически значимой упущенной возможностью риска мертворождений ($p < 0,001^*$). Ультразвуковой скрининг в 11-14 недель и

18-20 недель, для своевременной диагностики врожденных пороков развития плода среди беременных основной группы был проведен только в половине случаев (98/53,3% и 108/58,7% соответственно), при этом в контрольной группе почти у всех беременных - 66/80,5% и 82/100,0% соответственно ($p < 0,001$ и $p < 0,001^*$ соответственно). Установлено, что врожденные пороки развития плода были выявлены у 17/9,2% беременных основной группы. Статистически значимой упущенной возможностью в основной группе явилось низкое качество консультирования беременных об опасных симптомах - 77/41,8%, что в 2,4 раза меньше, по сравнению с контрольной группой (81/98,8%) ($p < 0,001^*$).

Анализ данных показал, что в основной группе роды закончились преждевременно в 183/59,0% случаев, в контрольной группе - 18/18,0%, что явилось статистически достоверной причиной мертворождений ($p < 0,001$).

Установлено, что новорожденные с экстремально низкой массой тела (500-999 гр.) в группе с АГП родились в 43/13,9% случаях. Младенцы с очень низкой массой тела (1000 - 1499 г) в группе мертворожденных преобладали в 9,2 раза, чем в сравниваемой группе новорожденных (57/18,4% и 2/2,0% соответствен-

но, $p < 0,001^*$). Новорожденных с низкой массой тела в основной группе было 87/28,1%, что в 4 раза больше, по сравнению с контрольной группой, - 7/7,0% ($p < 0,001^*$). Весовая категория новорожденных более 2500,0 г в группе мертворожденных установлена в 123/39,4% случаев, в сравниваемой группе – в 91/91,0% ($p < 0,001^*$).

Анализ данных осложнений в родах показал, что в каждом пятом случае (64/20,6%) мертворождений диагностировано маловодие, в контрольной группе – 3/3,0%, что явилось статистически достоверной причиной антенатальной гибели плода ($p < 0,001^*$). Многоводие диагностировано в 2 раза чаще в группе с антенатальной гибелью плода, по сравнению с группой с благоприятным исходом (57/18,4% и 9/9,0% соответственно, $p = 0,028^*$). Немаловажным фактором риска антенатальной гибели плода явился синдром задержки развития плода (СЗРП), который превалировал в основной группе (70/22,6%) более чем в 11 раз по отношению к сравнительной группе (2/2,0%) ($p < 0,001^*$). Нарушение маточно-плацентарного кровотока (НМПК) в

основной группе установлено в 87/28,1% случаев, в контрольной группе - в 3/3,0%. Это явилось статистически значимым фактором ($P < 0,001^*$ - по точному критерию Фишера) антенатальной гибели плода. Установлено, что внутриутробная асфиксия плода (ВУА) диагностирована у 90/29,0% новорожденных в группе с мертворождениями, при этом в сравнительной группе данный показатель был почти в 10 раз меньше (3/3,0%), чем в основной группе ($P < 0,001^*$ - по точному критерию Фишера).

Врожденные пороки развития плода (ВПР) диагностированы в 86/27,7% случаев в группе с антенатальной гибелью плода. Истинный узел пуповины, как причина антенатальной гибели плода, установлена в 26/8,4% случаев.

Заключение

Установленные упущенные возможности антенатальной гибели плода свидетельствуют о наличии резервов для снижения перинатальной смертности на уровне дородовой помощи.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдусаматзода ЗМ, Икромов ТШ, Набиев ЗН, и др. Основные факторы младенческой смертности в разных регионах Республики Таджикистан. *Здравоохранение Таджикистана*. 2024;(2):5–12.
2. Баев ОР, Приходько АМ, Зиганшина ММ. Антенатальные и интранатальные факторы риска, ассоциированные с гипоксией плода в родах. *Акушерство и гинекология*. 2022;(8):47–53.
3. Беженарь ВФ, Иванова ЛА, Григорьев СГ. Беременность высокого риска и перинатальные потери. *Акушерство и гинекология*. 2020;(3):42–47.
4. Белокриницкая ТЕ, Артымук НВ, Филиппов ОС, Фролова НИ. Материнские и перинатальные исходы при COVID-19 в Дальневосточном и Сибирском феде-

ральных округах. *Проблемы репродукции*. 2021;27(2):130–136.

5. Волков ВГ, Кастор МВ. Современные взгляды на проблему классификации и определения причин мертворождения. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2020;(3):29–34.

6. Гасимова ШР, Тютюнник ВЛ, Кан НЕ. Молекулярно-генетические маркеры в патогенезе задержки роста плода. *Акушерство и гинекология*. 2023;(11):20–26.

7. Государственная программа по репродуктивному здоровью на период 2019–2022 годы. Утв. Постановлением Правительства Республики Таджикистан № 326 от 22.06.2019 г.

8. Джабборов НС, Саидов ФА, Хайдарова ММ. Перинатальная смертность и её структура в Республике Таджикистан. *Здравоохранение Таджикистана*. 2022;(1):34–40.

9. Дмитриева ЕВ, Фролова НИ. Факторы риска неблагоприятных перинатальных исходов. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2019;(6): 48–53.

10. Камилова МЯ, Джонмахмадова ПА, Ишан-Ходжаева ФР. Частота и структура причин мертворождений в зависимости от уровня родовспомогательного учреждения. *Doctor Ru*. 2020;19(8):63-65.

11. Леваков СА, Серов ВН, Радзинский ВЕ. Перинатальные потери: современные подходы к анализу и профилактике. *Акушерство и гинекология*. 2019;(12):5–11.

12. Логутова ЛС, Филиппов ОС. Анализ причин мертворождения в условиях перинатального центра. *Проблемы репродукции*. 2021;27(1):78–84.

13. Darmstadt GL, et al. Interventions to reduce perinatal mortality in developing countries. *The New England Journal of Medicine*. 2019;380(21):2059–2068.

14. World Health Organization (WHO). *Global report on perinatal and neonatal mortality*. Geneva: WHO; 2020. 72 p.

Сведения об авторах:

Мирзабекова Бахаргул Токторбаевна – зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 1 имени профессора Нарзуллаевой Е.Н. ГОУ ИПОвСЗРТ; тел.: (+992) 903331454; e-mail t.bahargul@mail.ru

ORCID 0009-0001-4660-1990

SPIN-cod 3435-9507

Хабибова Замира Хайруллаевна – врач акушер-гинеколог ГУ «Родильный дом № 2»; тел.: (+992) 939101342

Назарзода Садбарз Гульназар – врач акушер-гинеколог БНЗ № 1 р-на Айни; тел.: (+992) 900090063

Джумаева Малика Холназаровна – НЦРЗ врач функционалист; тел.: (+992) 903331454

УДК 618.5-089.888.61

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Намозова З.С.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 имени профессора Е.Н. Нарзуллаевой ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Определить клинико-анамнестические предикторы экстренного кесарева сечения и оценить особенности перинатальных исходов у первородящих женщин при сравнении с плановым оперативным родоразрешением.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 350 историй родов первородящих женщин, которым КС произведено в 2022-2024 гг. в ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», являющийся стационаром третьего уровня в стране. Основную группу составили 245 пациенток I–II групп по классификации М. Робсона, которым выполнено экстренное кесарево сечение. Контрольную группу составили 105 первородящих женщин, родоразрешённых путём КС в плановом порядке.

Результаты. Установлено, что экстренное кесарево сечение чаще выполнялось у женщин молодого репродуктивного возраста и ассоциировалось с более высокой распространённостью анемии, заболеваний мочевыделительной системы, гипертензивных осложнений беременности и преждевременного разрыва плодных оболочек. В структуре показаний к экстренному оперативному родоразрешению преобладали обструктивные роды и дистресс плода. Перинатальные исходы при экстренном кесаревом сечении характеризовались более низкими оценками по шкале Апгар и увеличением продолжительности госпитализации по сравнению с плановым оперативным родоразрешением.

Заключение. У первородящих женщин, относящихся к I и II группам шкалы М. Робсона, структура показаний к абдоминальному родоразрешению в значительной степени определяется антенатальными факторами, ассоциированными с развитием плодовых и гестационных осложнений. Внедрение системного подхода к оценке беременных с использованием классификации Робсона в сочетании с усилением антенатального мониторинга может рассматриваться как важный резерв снижения доли экстренных кесаревых сечений и повышения качества акушерской помощи первородящим женщинам.

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ-АНАМНЕСТИКӢ ВА НАТИҶАҲОИ ПЕРИНАТАЛӢ ДАР ЗАНОНИ НАХУСТЗОӢ, КИ БО РОҲӢ ҶАРРОҲӢИ БУРИШИ ҚАЙСАРӢ ТАВАЛЛУД КАРДААНД

Намозова З.С.

Кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 ба номи профессор Е.Н. Нарзуллоева Муассисаи давлатии таълимии "Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон"

Мақсади тадқиқот. Муайян намудани предикторҳои клиникӣ-анамнестикӣ буриши қайсарии фаврӣ ва арзёбии натиҷаҳои перинаталӣ дар занони нахустзое ҳангоми муқоиса бо ҷарроҳии буриши қайсарии ба нақша гирифташуда.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили ретроспективии 350 таърихи таваллуди занони нахустзое, ки ба онҳо дар солҳои 2022–2024 дар МД «Пажуҳишгоҳи тадқиқотии илмӣ акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологияи Тоҷикистон», ки муассисаи сатҳи сеюми кумаки тиббӣ дар кишвар ба ҳисоб меравад, буриши қайсарӣ гузаронида шудааст. Гурӯҳи асосиро 245 бемор, ки ба гурӯҳҳои I–II тибқи таснифоти М. Робсон мансуб буданд ва ба онҳо буриши қайсарии фаврӣ гузаронида шудааст, ташиқил доданд. Гурӯҳи назоратиро 105 зани нахустзое ташиқил доданд, ки ба онҳо буриши қайсарӣ ба таври нақшавӣ гузаронида шудааст.

Натиҷаҳо. Муайян гардид, ки буриши қайсари фаврӣ бештар дар занони синни ҷавони репродуктивӣ гузаронида шуда, бо паҳншавии бештари камхунӣ, бемориҳои системаи пешоббарор, оризаҳои гипертензивии ҳомиладорӣ ва то валодат даридани пардаҳои наздифли алоқаманд буд. Дар сохтори нишондодҳо барои таваллуди ҷарроҳии фаврӣ бештар валодати обструктивӣ ва дистресси тифл бартарӣ доштанд. Натиҷаҳои перинаталӣ ҳангоми буриши қайсари фаврӣ бо баҳои насти миқёси Апгар ва зиёд шудани давомнокии бистаришавӣ нисбат ба ҷарроҳии буриши қайсари нақшаи тавсиф мешуданд.

Хулоса. Дар занони нахусттаваллуд, ки ба гурӯҳҳои I ва II миқёси М. Робсон мансубанд, сохтори нишондодҳо барои ҷарроҳии буриши қайсари ба таври назаррас аз омилҳои антенаталӣ вобаста мебошад, ки бо рушди оризаҳои тифл ва гестатсионӣ алоқаманданд. Ворид намудани муносибати системавӣ ба арзёбии занони ҳомила бо истифода аз таснифоти Робсон, дар яққоягӣ бо тақвияти мониторинги антенаталӣ, метавонад ҳамчун захираи муҳими коҳиш додани шумораи буришҳои қайсари фаврӣ ва баланд бардоштани сифати кӯмаки акушерӣ ба занони нахустзоӣ баррасӣ гардад.

Калимаҳои асосӣ: буриши қайсари, занони нахусттаваллуд, буриши қайсари фаврӣ, назорати антенаталӣ, натиҷаҳои перинаталӣ.

CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICS AND PERINATAL OUTCOMES IN PRIMIPAROUS WOMEN WHO UNDERWENT CESAREAN SECTION

Namozova Z.S.

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 named after Professor E.N. Narzulaeva of the State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Aim. To determine the clinical and anamnestic predictors of emergency cesarean section and to assess the characteristics of perinatal outcomes in primiparous women compared with planned cesarean section.

Material and methods. A retrospective analysis of 350 medical records of primiparous women who underwent cesarean section in 2022–2024 at the State Establishment "Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology," a tertiary-level hospital in the country, was conducted. The main group consisted of 245 patients belonging to Robson classification group's I–II who underwent emergency cesarean section. The control group consisted of 105 primiparous women delivered by planned cesarean section.

Results. It was established that emergency cesarean section was more frequently performed in women of young reproductive age and was associated with a higher prevalence of anemia, urinary tract diseases, hypertensive disorders of pregnancy, and premature rupture of membranes. In the structure of indications for emergency operative delivery, obstructed labor and fetal distress predominated. Lower Apgar scores characterized perinatal outcomes in cases of emergency cesarean section and prolonged hospitalization compared to planned operative delivery.

Conclusion. In primiparous women belonging to Robson classification groups I and II, the structure of indications for abdominal delivery is largely determined by antenatal factors associated with the development of fetal and gestational complications. The implementation of a systematic approach to the assessment of pregnant women using the Robson classification, combined with strengthened antenatal monitoring, may be considered an important reserve for reducing the proportion of emergency cesarean sections and improving the quality of obstetric care for primiparous women.

Key words: cesarean section, primiparous women, emergency cesarean section, antenatal care, perinatal outcomes

Актуальность

Показатель частоты кесарева сечения (КС) является важной глобальной величиной для измерения доступа к акушерским услугам [8]. Однако в последние десятилетия отмечается неуклонная

общемировая тенденция к росту этого показателя [1, 8, 9].

Особую озабоченность имеет тот факт, что многочисленные родильницы становятся потенциальными претендентками на повторные операции

в будущем [4]. Чрезмерное увеличение родоразрешений путем КС не всегда благоприятно сказывается на здоровье матери, плода и новорождённого и является стрессом для него [2, 10, 11]. По мнению некоторых авторов, КС, выполненное без показаний, значительно увеличивает частоту неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов, ассоциируется с повышением частоты неонатальных респираторных нарушений, транзиторной тахипноэ новорождённых, нарушений становления микробиоты и удлинением периода госпитализации [1, 5, 7, 12].

В целях разработки эффективных мер по сокращению частоты абдоминального родоразрешения ВОЗ рекомендует использовать классификацию М. Робсона, использование которой позволяет выявить контингент пациенток, среди которых возможно уменьшение числа абдоминальных родоразрешений, и разработать меры, направленные на снижение частоты КС в стационарах II и III уровней [3, 6]. В условиях общемирового роста частоты абдоминального родоразрешения, дальнейшая модификация шкалы позволит проводить не только оценку частоты КС, но и оценивать уровни перинатальной заболеваемости и смертности в группах, вносящих наиболее весомый вклад в уровень КС [3].

В этом аспекте серьёзной проблемой являются первородящие женщины, относящиеся к I группе шкалы М.Робсона. Отсутствие родового опыта, высокая частота дискоординации родовой деятельности, осложнённое течение беременности и соматическая патология повышают вероятность экстренного оперативного вмешательства. Учитывая, что первичное КС во многом определяет дальнейшую репродуктивную стратегию женщины, оптимизация тактики ведения родов у первородящих пациенток приобретает принципиальное значение как с клинической, так и с организационной точки зрения.

Таким образом, анализ клинико-анамнестических факторов и перинаталь-

ных исходов у первородящих женщин в контексте классификации М. Робсона является актуальным направлением современной акушерской науки и практики, направленным на снижение частоты необоснованных оперативных вмешательств и улучшение материнских и перинатальных показателей.

Цель исследования

Определить клинико-анамнестические предикторы экстренного кесарева сечения и оценить особенности перинатальных исходов у первородящих женщин при сравнении с плановым оперативным родоразрешением.

Материал и методы исследования

Ретроспективный анализ 350 историй родов первородящих женщин, которым КС произведено в 2022-24 году в ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» - стационаре третьего уровня в стране. Критериями отбора явились 245 пациенток, соответствующие I и II группам шкалы М. Робсон - основная группа. Контрольную группу составили 105 первородящих женщин, родоразрешённых путем КС в плановом порядке.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием стандартных методов вариационной статистики, с применением пакета статистических программ (SPSS/Statistica/Excel). Количественные показатели представлены в виде абсолютных значений и относительных частот - $n (\% \pm m)$, где m - стандартная ошибка относительно показателя. Сравнение качественных признаков между группами проводилось с использованием критерия χ^2 Пирсона. Различия считались статистически значимыми при уровне вероятности ошибки $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Средний возраст обследованных женщин в основной группе составлял $24,7 \pm 0,4$ года, в контрольной – $29,5 \pm 0,5$ лет. Возрастная структура групп различалась статистически значимо ($p < 0,05$).

В раннем репродуктивном возрасте (18-24 года) женщин среди основной группы находилось в два раза больше, чем среди женщин контрольной группы ($132/53,8 \pm 3,2$ и $28/26,6 \pm 4,3\%$ соответственно), что, вероятно, связано с функциональной незрелостью родовых путей, более высокой частотой аномалий родовой деятельности и поздним обращением за медицинской помощью, тогда как первородящих женщин позднего репродуктивного возраста (35-48 лет) было в 2,4 раза больше в контрольной группе ($33/31,4 \pm 4,5\%$ и $31/12,6 \pm 2,1\%$ соответственно) ($p < 0,05$).

Более половины первородящих женщин основной и одна треть женщин

контрольной групп, перенесших КС, являлись жительницами районов республиканского подчинения ($141/57,5$ и $36/34,2\%$ соответственно), городских жительниц в контрольной группе было в 1,3 раз больше, по сравнению с основной группой ($31/29,5$ и $55/22,4\%$ соответственно), из Хатлонской и Согдийской областей в 1,6 раза больше в контрольной группе ($26/24,7$ и $35/14,2\%$, $10/9,5$ и $11/4,4\%$ соответственно). Анализ показал, что более 70% пациенток обеих групп являлись домохозяйками, каждая третья (30%) - служащей и студентками.

Среди исследуемых групп женщин имело место сочетание 2-3 соматических заболеваний (рис. 1).

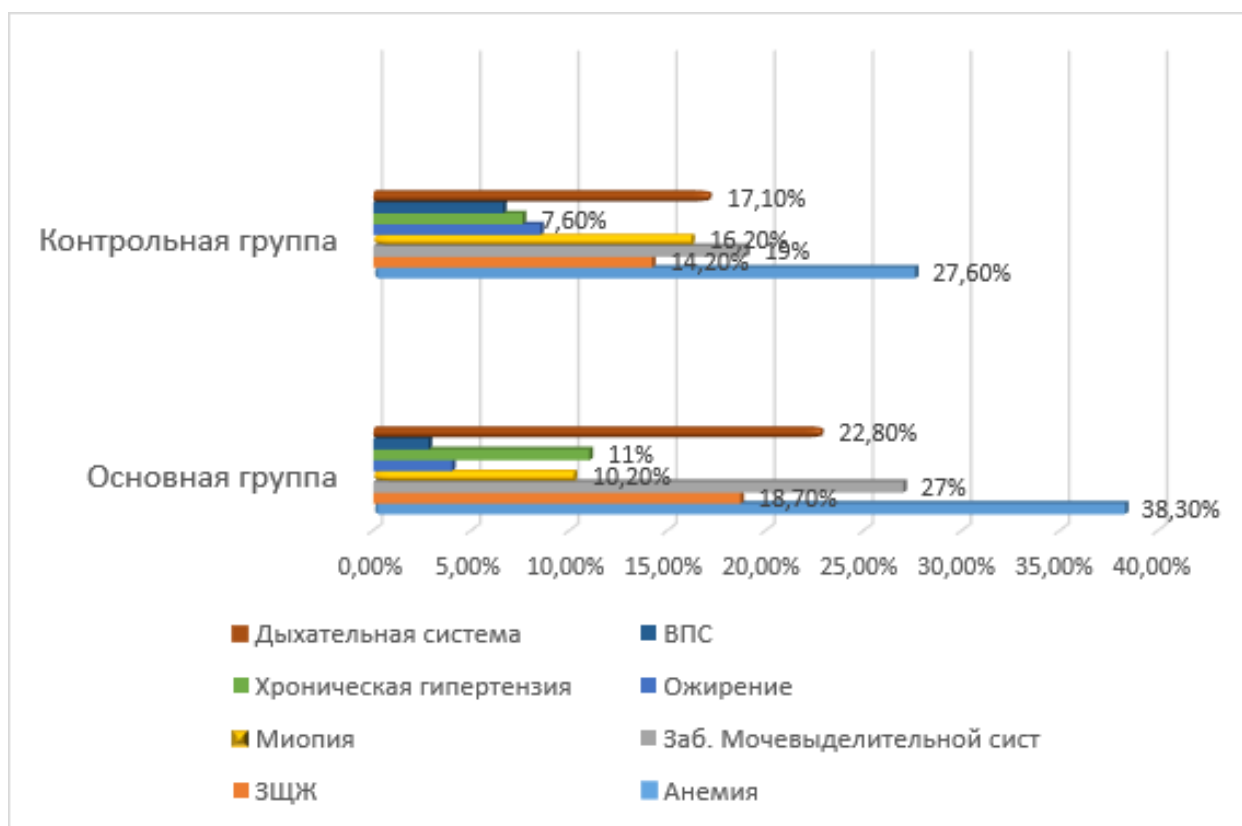


Рис. 1. Соматический статус женщин, перенесших КС (n=350), %

Анемия различной степени тяжести и заболевания мочевыделительной системы чаще встречались в группе экстренного КС, чем среди контрольной группы ($94/38,3 \pm 3,1$ и $29/27,6 \pm 4,4\%$, $66/27,0 \pm 2,8$ и $20/19,0 \pm 3,8\%$ соответственно) ($p < 0,05$), что может способствовать декомпенсации состояния беременной и повышать

риск острых акушерских осложнений. В основной группе, по сравнению с контрольной, в 1,5 раза реже встречались миопия различной степени ($25/10,2 \pm 1,9$ и $17/16,1 \pm 3,6\%$ соответственно), в 2 - раза ожирение и врожденные пороки сердца ($p < 0,05$), что соответствует существующим клиническим подходом, при кото-

рых данные состояния рассматриваются как относительные показания к плановому оперативному родоразрешению.

Установлено, что в группе первородящих женщин, прооперированных в плановом порядке, акушерско-гинекологический анамнез был отягощён в 2 раза чаще, по сравнению с первородящими женщинами, прооперированными в экстренном порядке ($44/41,9 \pm 2,4$ и $51/20,8 \pm 1,9\%$ соответственно). В основной группе число ранних самопроизвольных выкидышей установлено в 1,6 раза больше, чем в контрольной группе ($19/37,2 \pm 2,4$ и $10/22,7\% \pm 2,2\%$ соответственно). Как в основной, так и в контрольной группах с одинаковой частотой отмечалась неразвивающаяся беременность ($6/11,7$ и $5/11,3\%$ соответственно). Следует отметить, что 1/3 пациенток изучаемых групп страдали первичным бесплодием ($30,0 \pm 0,4$ и $34,1 \pm 0,5\%$ соответственно), вторичным бесплодием - в 2 раза, миома матки имели место в 1,7 раза больше в контрольной группе ($15,8 \pm 2,4$ и $7,8 \pm 4,4\%$ и $13,6$ и $7,8 \pm 3,2\%$ соответственно) ($p < 0,05$). Выявленная более высокая частота бесплодия в анамнезе женщин плановой

группы подтверждает тенденцию к более щадящей тактике ведения родов у пациенток с отягощённым репродуктивным анамнезом.

Анализ показал, что большинство первородящих женщин изучаемых групп ($198/80,8 \pm 2,6$ и $90/85,7 \pm 2,9\%$ соответственно) состояли на учёте у медработников по поводу настоящей беременности. Установлено, что среди изучаемых групп более 70% находились под наблюдением акушера-гинеколога ($144/72,7 \pm 3,2$ и $69/76,6 \pm 4,5\%$ соответственно), семейного врача - $28/14,1 \pm 2,5$ и $21/23,3 \pm 4,5\%$, пациенток, под наблюдением акушерки и семейной медсестры были только женщины основной группы - $17/8,5 \pm 6,1$ и $9/4,5 \pm 7,5\%$ соответственно.

При этом, из числа первородящих основной группы охват беременных женщин в центрах репродуктивного здоровья до 12 недель гестации осуществлён только в $84/42,4\%$ случаев, тогда как в контрольной в $46/51,1\%$ ($p < 0,05$). Рекомендованное количество визитов (7-8), согласно национальным стандартам, было недостаточным как в основной, так и в контрольной группах (рис. 2).

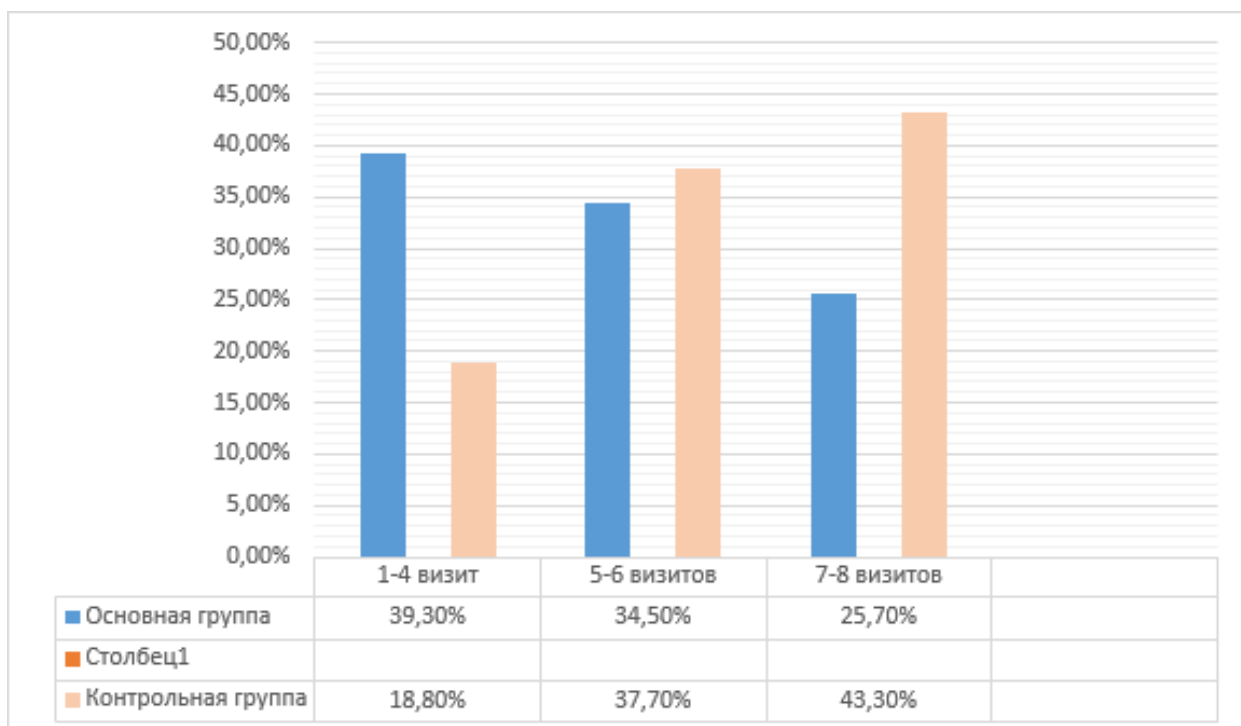


Рис. 2. Посещаемость медработников (n=288), %

Большинство женщин основной (78/39,3±3,5) и 17/18,8±4,1% женщин контрольной групп за весь период беременности посетили медработников всего 4 раза ($p<0,05$). Достаточное количество посещений было в 1,6 раза больше в контрольной группе, по сравнению с основной (39/43,3±5,3 и 51/25,7±3,1% соответственно) ($p<0,05$).

Одним из немаловажных аспектов оказания дородовой помощи является своевременная и качественная транспортировка/маршрутизация беременных и рожениц в родовспомогательные учреждения.

Доставлены в стационар родственниками в 1,2 раза чаще первородящих женщин основной группы, по сравнению с контрольной (220/89,7 и 74/70,4% соответственно), и имели сопроводительные листы только 39/15,9 и 27/25,7% соответственно ($p<0,05$). Следует отметить, что каждая четвертая пациентка основной (60/24,4%) и 15/14,2% женщин контрольной группы поступили на роды в выходные дни и в вечернее время (после 17 часов) (105/42,8 и 17/16,1% соответственно) ($p<0,05$).

Особого внимания заслуживает структура осложнений беременности (рис. 3).

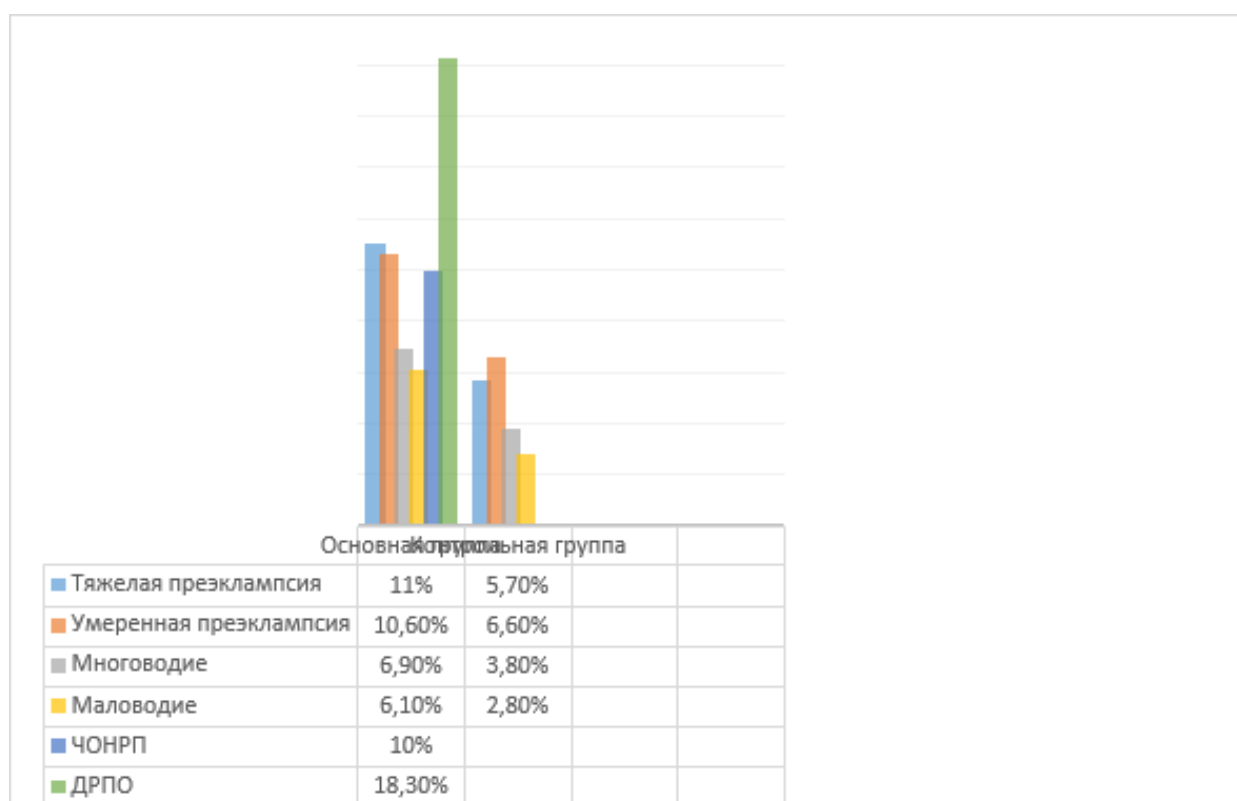


Рис. 3. Течение беременности первородящих женщин, родоразрешенных путем операции КС (n=350), %

Среди гестационных осложнений настоящей беременности в основной группе, по сравнению с контрольной, тяжёлая преэклампсия встречались в 1,9 раза чаще (27/11,0±2,0 и 6/5,7±2,3% соответственно), умеренная преэклампсия - в 1,6 раза чаще (26/10,6±2,0 и 7/6,6±2,4% соответственно), многоводие - в 1,8 раза (17/6,9±1,6 и 4/3,8±1,9% соответственно), маловодие - в 2,1 раза (15/6,1±1,5 и 3/2,8±1,6% соответственно) ($p<0,05$). Только в основной груп-

пе беременность осложнилась частичной отслойкой нормально расположенной плаценты и дородовым разрывом плодных оболочек (10/4,0% и 45/18,3%). Это подтверждает, что основную долю urgentных операций формируют осложнения, развившиеся в ходе беременности или родов и требующие экстренного оперативного вмешательства.

Анализ показаний к экстренному и плановому КС показал, что структура

причин оперативного родоразрешения существенно различается в зависимости от характера операции. Основным показанием к КС в основной группе первородящих женщин явились обструктивные роды (48/19,5%), дистресс плода (40/16,3%), неэффективность родостимуляция (18/7,3%), частичная отслойка нормально расположенной плаценты (15/6,1%), а также сочетанные факторы, включая бесплодие + дородовый разрыв плодных оболочек (16/6,5%), ДРПО с возрастной первобеременной (13/5,3%), осложнения гипертензивных нарушений (11/4,5%). Реже встречались миопия высокой степени - 7,3%, хориоамнионит - 4,4%, ВПС - 2,8%, неэффективность вакуум-экстракции плода - 2%, выпадение пуповины - 1,6%, карликовый таз - 2,4%, симфизит - 2,0%, лицевое предлежание - 1,2%, ЭКО - 1,2%, ВПР - 0,8%. Тогда как показанием к КС в контрольной группе первородящих были возрастная первобеременная - 12,3%, возраст в сочетании с бесплодием - 13,3%, миопия высокой степени - 16,1%, симфизит - 9,5%, крупный плод - 7,6%, врожденный порок сердца и карликовый таз - 6,6%, тяжёлая преэклампсия - 5,7%, ЭКО - 4,7%, ЗВУР - 4,7%, ВПР - 3,8%, предлежание плаценты - 3,8%.

Наиболее частыми послеоперационными осложнениями после экстренного

КС были эндометрит (4/1,6%), метроэндометрит (7/2,8%), серома (4/1,6%) и гипотония матки (8/3,2%), тогда как при плановом КС гипотония матки встречалась значительно реже - у 2/1,9% женщин. Кровопотеря во время проведения операции составила в среднем $578 \pm 12,3$ мл. Патологическая кровопотеря отмечалась только в основной группе и составила 12/4,9% случаев.

Анализ перинатальных исходов показал, что все новорождённые были доношенными. При этом синдром задержки роста плода в основной группе диагностирован в 15 ($6,1 \pm 4,2\%$) случаях, что в 1,4 раза превышало показатель контрольной группы - 5 ($4,7 \pm 4,1\%$) ($p < 0,05$). При рождении установлено, что новорождённые в состоянии асфиксии средней степени наблюдалась почти у каждой четвёртой новорождённой основной группы - 60 (24,0%) случаев, в то время как в контрольной группе - в 6 (5,7%) случаях. Асфиксия тяжёлой степени отмечена только среди новорождённых основной группы - в 4 (1,6%) случаях.

В основной группе $181/73,8 \pm 2,8\%$ младенцев на первой минуте жизни были оценены по шкале Апгар на 7/8 баллов и более, тогда как в контрольной группе они составляли $99/94,2 \pm 2,3\%$ детей (рис. 4).

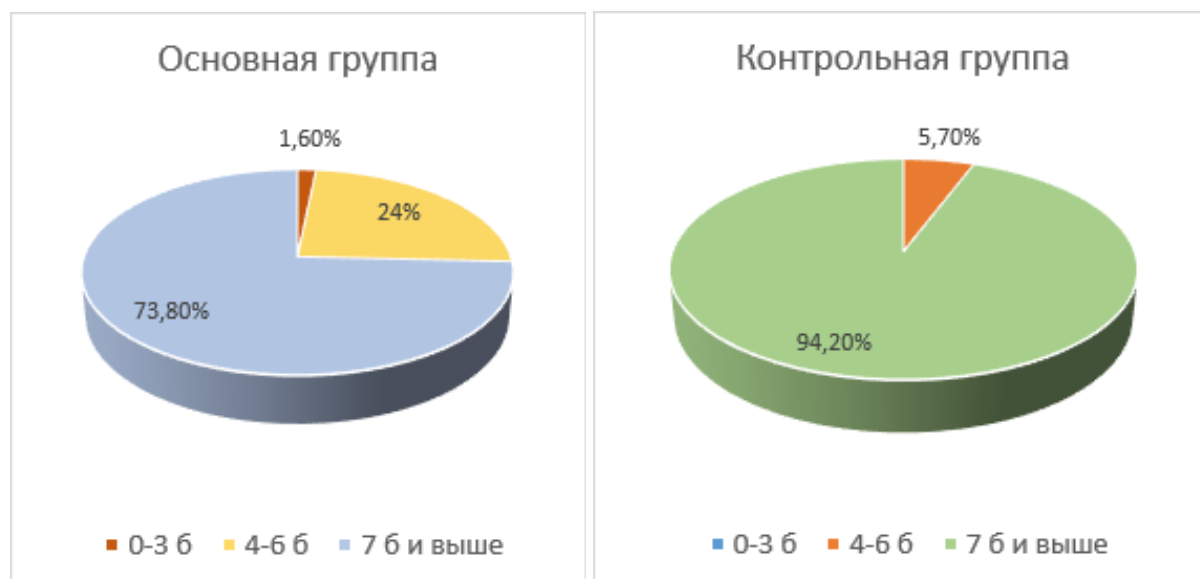


Рис. 4. Оценка новорождённых по шкале Апгар ($n=350$), %

С оценкой по шкале Апгар 4-6 баллов в основной группе родились в 4 раза больше новорождённых, по сравнению с контрольной группой ($60/24 \pm 2,7$ и $6/5,7 \pm 2,3\%$ соответственно) ($p < 0,001$) и только в основной группе $4/1,6 \pm 0,8\%$ детей родились 4 балла и менее.

Анализ массы новорождённых показал, что более 70% младенцев обеих групп весили 2500–3999 г, в 13/5,3% младенцы основной и 4/3,8% контрольной группы весили 2000–2499 г, 19 (7,7%) и 12 (11,4%) - 4000 г и более ($p < 0,05$).

Весовые категории новорожденных (n=350), %

Масса, г	Основная группа (n=245)		Контрольная группа (n=105)	
	абс	%, M±m	абс	%, M±m
2000-2499	13	5,3±1,4	4	3,8±1,9
2500-2999	34	13,8±2,2	18	17,1±3,7
3000-3999	179	73±2,8	71	67,6±4,6
4000 и более	19	7,7±1,7	12	11,4±3,1

Установлено, что на 5-6 сутки после операции были выписаны 155/63,2% основной и 78/74,2% родильницы контрольной группы. Каждая четвертая женщин основной и каждая пятая родильница контрольной группы ($63/25,7\%$ и $23/21,9\%$ соответственно) - на 7-9 сутки. На 11-16 сутки после операции родильницы основной группы были выписаны на 2,8 раза больше, чем женщины контрольной группы ($27/11$ и $4/3,8\%$ соответственно) ($p < 0,001$). Более длительная госпитализация после экстренного кесарева сечения указывает на более тяжёлое течение послеоперационного и послеродового периода у данной категории пациенток, что согласуется с худшими перинатальными исходами и большей

частотой осложнённого течения беременности.

Заключение

У первородящих женщин, относящихся к I и II группам шкалы М. Робсона, структура показаний к абдоминальному родоразрешению в значительной степени определяется антенатальными факторами, ассоциированными с развитием плодовых и гестационных осложнений. Внедрение системного подхода к оценке беременных с использованием классификации Робсона в сочетании с усилением антенатального мониторинга может рассматриваться как важный резерв снижения доли экстренных кесаревых сечений и повышения качества акушерской помощи первородящим женщинам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бейсенова АЖ. Факторы, влияющие на частоту кесарева сечения (обзор литературы). *Репродуктивная медицина*. 2022;3:68–75.
2. Вученович ЮД, Оленев АС, Новикова ВА, Радзинский ВЕ. Кесарево сечение: границы рисков и безопасности. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2019;7(3):93–101.
3. Лебедеженко ЕЮ, Беспалая АВ, Феоктистова ТЕ, Рымашевский МА. Анализ мировых трендов уровня кесарева сечения с использованием классификации Роб-

сона. *Медицинский вестник Юга России*. 2021;12(2):16–21.

4. Меджидова ДР, Маршалов ДВ, Петренко АП, Шифман ЕМ. Периоперационные и отдалённые осложнения при кесаревом сечении: систематический обзор. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2020;16(1):9–17.

5. Миклин ОП. Кесарево сечение: проблемы и перспективы в Республике Крым. *Ульяновский медико-биологический журнал*. 2021;(2): 57–68.

6. Мирошников АЕ. Акушерский аудит частоты кесарева сечения в стационаре II

уровня за 2016–2019 гг. на основе классификации М. Робсона. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2020;4(76):65–67.

7. Холодова ИН, Зайденварг ГЕ, Горяйнова АН. Дети после кесарева сечения: как улучшить их адаптацию и уменьшить риск развития патологических состояний. *Медицинский совет*. 2019;(11):16–22.

8. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health*. 2021;6(6):e005671. DOI: 10.1136/bmjgh-2021-005671.

9. Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020;33(22):3867–3872. DOI: 10.1080/14767058.2019.1587407.

10. Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, et al. Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality.

JAMA. 2015;314(21):2263–2270. DOI: 10.1001/jama.2015.15553.

11. Nahar Z, Sohan M, Hossain MJ, Islam MR. Unnecessary cesarean section delivery causes risk to both mother and baby: a commentary on pregnancy complications and women's health. *Inquiry*. 2022;59. DOI: 10.1177/00469580221116004.

12. Yeganegi M, Bahrami R, Azizi S, et al. Caesarean section and respiratory system disorders in newborns. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology X*. 2024;23:100336. DOI: 10.1016/j.eurox.2024.100336.

Сведения об авторе:

Намозова Замира Сафархуджаевна - заочный аспирант кафедры акушерства и гинекологии № 1 имени профессора Нарзуллаевой Е.Н. ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения республики Таджикистан»; тел.: (+992) 9395550054; e-mail: zamiranamozova 1995@gmail.com

ORCID: 0009000913763924

УДК 616.391-053.8

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕГНАВИДАРНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ СОЧЕТАННОМ ДЕФИЦИТЕ ЖЕЛЕЗА И ВИТАМИНА «Д» У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПЛАНИРУЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ

Пулатова А.П., Давлатзода Г.К.,
Пулатова Ш.Н., Хакимова С.Р.

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

Цель исследования. Изучить эффективность прегнавидарной подготовки в группе родильниц без дефицита микронутриентов железа и витамина «Д» в сравнении с группой женщин, не прошедших прегнавидарную коррекцию недостаточности железа и витамина «Д», с оценкой перинатальных исходов.

Материал и методы. Из числа обследованных родильниц были сформированы 3 группы: I - 88 женщин без прегнавидарной подготовки (ПП) и коррекции дефицита микронутриентов (сывороточного железа, витамина «Д»); II - 65 женщин, прошедших прегнавидарную сочетанную (медикаментозную и диетическую) коррекцию дефицита микронутриентов (сывороточного железа и витамина «Д»); III - контрольная группа - 50 условно здоровых женщин после срочных родов без осложнений и без дефицита данных микронутриентов (ДМ).

Для сравнения групп без прегнавидарной подготовки (ПП) и группы после прегнавидарной подготовки с сочетанной коррекцией дефицита микронутриентов (железа и витамина «Д») на этапе планирования беременности (за 3-6 мес. до гестации) и м проводилась кроме медикаментозной коррекции (железо и витамин «Д»-содержащими препаратами) и коррекция питания, продуктами с богатым содержанием железа и витамина «Д», с обучением принципам сбалансированного питания.

Результаты. Во II группе, по сравнению с I, отмечалась достоверно ($p < 0,01$) меньшая частота случаев преэклампсии, преждевременных родов, не отмечены осложнения течения родов таких как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; в 4,5 раза была меньше частота оперативного родоразрешения, в 3,3 раза меньше травм родовых путей. Перинатальные осложнения возникли в I группе как при рождении крупных плодов (в 25,6% случаях), т.е. у каждого 4-го, так и у каждого 3-го (34%) маловесного при рождении ребёнка. Полученные данные указывает на широкий круг акушерских и перинатальных осложнений и в целом на значительное неблагоприятное влияние исходно некорригированной недостаточности железа и витамина «Д» и несбалансированного по основным ингредиентам питания матерей на течение беременности, родов, а также на рост, развитие и здоровье плода и новорожденного.

Заключение. Реальным механизмом профилактики акушерской и перинатальной патологии при дефиците железа и гиповитаминозе «Д» является прегнавидарное обследование и сочетанная коррекция дефицита данных микронутриентов женщин, что будет способствовать сохранению здоровья матерей и рождению здорового ребенка.

Ключевые слова: дефицит железа, гиповитаминоз «Д», прегнавидарная коррекция, сбалансированное питание, микронутриенты, анемия, преэклампсия, перинатальные исходы

САМАРАНОКИИ ТАЙЁРБИНИИ ПРЕГНАВИДАРИИ КОРРЕКСИЯИ НОРАСОГИИ МИКРОНУТРИЕНТҲОИ ОХАН ВА ВИТАМИНИ «Д» ДАР ЗАНҲОИ СИНИ СОЛИ РЕПРОДУКТИВИИ ПЕШ АЗ ХАМЛ

Пулатова А.П., Давлатзода Г.К.,
Пулатова Ш.Н., Хакимова С.Р.

Муассисаи давлатии "Институти илмии акушерӣ, гинекология ва перинатологияи Тоҷикистон"

Мақсади тадқиқот. Омӯхтани самаранокии тайербинии прегравидарӣ ва коррексияи хамчояи (бо дорувори ва коррексияи гизогии) норасогии охан ва витамини «Д» дар занҳои дорои норасогии ин микронутриентҳо дар муқоиса бо занҳои коррексияи прегравидарии норасогии ҷунин микронутриентҳо (норасогии охан ва витамини «Д») гузаштаанд бо баҳодихии натиҷаҳои акушери ва перинаталӣ дар онҳо.

Мавод ва усулю. Мувофиқ ба мақсади тадқиқот, 3 гуруҳи занҳои навзоди аз ҷумла гуруҳи I-ум (88 зан), ки тайербинии прегравидариро бо коррексияи норасогии микронутриентии норасогии охан ва витамини «Д-ро» нагузаштаанд, II-ум гуруҳи (65) занҳои таъхис, табобат ва норасогии микронутриентҳои номбурдари бо коррексияи хамчоя (ҳам бо дорувориҳои дар таркибашон охан ва витамини «Д» ва ҳам аз гизоҳои таркибашон аз микронутриентҳои охан ва витамини «Д» боянд) дар давоми 3-6 моҳи пеш аз ҳама гузаштаанд ва III-ум гуруҳ (50) занҳои солими навзодии бе норасогии микронутриентҳои охан ва витамини «Д», бе аворизҳои ҳомиладорӣ ва навзодии солим зодаанд, муқоиса шуда, дар гуруҳҳои натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ баҳодихии қарда шуданд.

Натиҷаҳо. Дар гуруҳи II-ум, ки тайербинии прегравидариро бо ислоҳи норасогии микронутриентҳои норасогии охан ва гиповитаминози «Д»-ро гузаштаанд, аворизҳои вазнин ҳамаҷун: токсикози дараҷаи вазнини давраи аввали ҳомилагӣ, бармаҳал кучидани машимаи дурустҷойгиршуда дида нашуда, шумораҳои преэклампсия, валолати бармаҳал ($p=0,01$) ва шумораи буриши қайсарӣ дар онҳо ($p=0,001$) бо исботи дараҷаи баланд кам дида шуд.

Ҳулоса. Механизми муваффақи ҷораи нешгирии сатҳи аворизҳои акушерӣ ва перинаталӣ во-баста ба норасогии микронутриентҳои охан ва витамини Д, дар занҳои синни таваллуди, ин тайербинии прегравидари (пеш аз ҳомиладорӣ) ва коррексияи хамчояи (медикаментози ва гизогии аз гизогии таркибан аз охан ва витамини «Д» боянд) норасогии ин микронутриентҳо ро 3-6 моҳи пеш аз ҳама гузаронидан муфид мебошад.

Калимаҳои асосӣ: тайербинии прегравидарӣ, норасогии микронутриентии охан, гиповитаминози «Д», микронутриентҳои преэклампсия, анемия, оқибатҳои перинаталӣ

EFFECTIVENESS OF PRE-CONCEPTION CORRECTION IN WOMEN WITH COMBINED IRON AND VITAMIN D DEFICIENCY

Pulatova A.P., Rustamova M.S.,
Pulatova Sh.N., Hakimova S.R.

State Institution "Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology"

Aim. The aim of the study was to evaluate the effectiveness of preconception care in a cohort of postpartum women with micronutrient deficiencies of iron and vitamin D, compared with women who underwent preconception correction of iron and vitamin D insufficiency and with subsequent assessment of perinatal outcomes.

Material and methods. The study included three groups of postpartum women. Group 1 consisted of 88 women with pregnancy complications who had not received preconception care (PCC) or correction of micronutrient deficiencies (serum iron and vitamin D). Group 2 consisted of 65 women who had undergone preconception correction of micronutrient deficiencies (serum iron and vitamin D). Group 3 represented the control group and included 50 women without micronutrient deficiency (MD). The comparison was performed between women without preconception preparation and those who received combined correction of micronutrient deficiencies (iron and vitamin D) at the preconception stage (3–6 months before pregnancy). The latter group underwent both pharmacological and dietary correction, as well as structured counseling on balanced nutrition.

Results. According to the obtained data, women who received preconception preparation demonstrated, in comparison with those without such preparation, a significantly lower incidence of preterm birth ($p=0.01$ and $p=0.001$), absence of labor complications such as premature detachment of a normally located placenta, a 4.5-fold reduction in operative delivery, and a 3-fold reduction in birth canal trauma. Perinatal complications were observed in 25.6% of cases among newborns with macrosomia (i.e. in every fourth neonate) and in 34% of newborns with low birth weight. These findings indicate a wide spectrum of perinatal complications and demonstrate the substantial negative effects of uncorrected preconception and gestational micronutrient deficiency, as well as unbalanced maternal nutrition, on fetal growth, development, and neonatal outcomes.

Conclusion. Preconception screening and combined correction of micronutrient deficiencies represent an effective strategy for preventing obstetric and perinatal morbidity associated with micronutrient deficiency and contribute to improved maternal health and the birth of healthy infants.

Key words: micronutrient deficiency, preconception correction, balanced nutrition, nutrients, anemia, preeclampsia, perinatal outcomes

Актуальность

Как известно беременность, вызывает увеличение потребности во многих питательных веществах, витаминах, макро- и микронутриентах. Повышенные потребности в питании и энергии во время беременности обусловлены возникающими физиологическими изменениями в организме матери и потребностями формирующегося и растущего плода. Нормальное течение беременности и формирование плода неосуществимы в условиях недостатка и дефицита питательных веществ, витаминов и микроэлементов [1, 2].

Результаты Кохрейновского обзора (2015 г.), включающие данные 17 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), установили, что применение витаминных комплексов, имеющих в своем составе железо, фолиевую кислоту и витамины (группы В, витамин Д и др.), снижают риски рождения маловесных детей на 12%, маловесных и незрелых с отставанием от гестационного срока на 10% и уменьшают риски мертворождения на 9% [3, 4].

В этой связи представляется необходимым методом профилирования акушерских и перинатальных осложнений обследование женщин репродуктивного возраста по содержанию «критически» важных для гестации микронутриентов (в том числе железа и витамина «Д») на этапе планирования беременности и коррекция выявленных дефицитов микронутриентов (ДМ) за 3-6 месяцев до наступления беременности.

Профилактика макро- и микронутриентной и витаминной недостаточности у беременных и кормящих женщин должна быть направлена на обеспечение полного соответствия между потребностями и их необходимым поступлением с питанием [3, 5, 6, 7].

Необходимым и наиболее рациональным источником удовлетворения повышенных потребностей в макро- и микронутриентах для оздоровления

матерей и рождения здорового ребенка является применение сбалансированного и адекватного периодам беременности и лактации питания беременной и кормящих женщин [3, 8, 9, 10].

Учитывая высокие показатели частоты как железодефицитной анемии, так и частоты дефицита «Д», частоту акушерских и перинатальных осложнений у женщин репродуктивного возраста в стране, решено было изучить эффективность прегравидарной подготовки с сочетанной (медикаментозной и диетической) коррекцией дефицита данных микронутриентов (ДМ), с обучением принципов сбалансированного по основным ингредиентам (белки, жиры и углеводы в их правильном соотношении) рациона питания.

Цель исследования

Изучить эффективность прегравидарной подготовки с сочетанной коррекцией дефицита железа и витамина «Д» в сравнении с группой женщин, не прошедших прегравидарную коррекцию дефицита данных микронутриентов, с оценкой перинатальных исходов.

Материал и методы исследования

Согласно цели исследования, для ретро- и проспективного исследования с целью изучения эффективности прегравидарной подготовки были сформированы 3 группы из числа родильниц, госпитализированных в ОСП клиники ТНИИАГиП в 2025 г, при этом 2-ая проспективная группа сформирована из числа женщин, прошедших прегравидарную коррекцию ДМ (железа и витамина «Д») с обучением принципам сбалансированного питания на этапе планирования беременности.

I группа - 88 женщин с лабораторно установленным дефицитом железа и витамина «Д», без прегравидарной подготовки (ПП) и без сочетанной коррекции дефицита микронутриентов (сывороточного железа, витамина «Д»);

II группа - 65 женщин, прошедших прегравидарную подготовку с сочетанной (медикаментозной и диетической)

коррекцией дефицита микронутриентов (сывороточного железа и витамина «Д»);

III группа - контрольная группа, состояла из 50 родильниц без осложнений гестации и без дефицита данных (железа и витамина «Д») микронутриентов.

Для сравнения групп без прегравидарной подготовки (ПП) и группы после прегравидарной подготовки и сочетанной коррекцией на этапе планирования беременности (за 3-6 месяцев до беременности) в группах исследования изучали особенности течения беременности, родов и послеродового периода с оценкой перинатальных исходов.

По протоколам прегравидарной подготовки, во 2-ой группе женщинам с установленным дефицитом микронутриентов (сывороточного железа и витамина «Д») до планируемой беременности проводилась сочетанная медикаментозная и восполняющая дефицит данных микронутриентов (МН) диетическая коррекция рациона питания (5).

Медикаментозная коррекция дефицита данных микронутриентов включала железосодержащие препараты - ферсинол-Z (от 100 до 300 мг/сутки), фолиевую кислоту (400 мг/сутки) и витамин «Д» колекальциферол (от 2000 до 5000 ед.) в зависимости от степени их недостаточности, доза и продолжительность медикаментозной коррекции определялась совместно с терапевтом и /или гематологом, в зависимости от степени тяжести дефицита данных микронутриентов.

Рекомендованная коррекция питания состояла из частого включения (не менее 3-4 раз в неделю) в рацион питания продуктов с наиболее богатым содержанием железа и витамина «Д» (мясные, молочные и рыбные продукты, печень, яйца, сливочное масло и др.) для восполнения необходимого уровня недостаточности МН (железа и витамина «Д»). Все прошедшие прегравидарную подготовку (ПП) женщины обучались принципам сбалансированного по основным ингредиентам питания.

Критерии включения в I группу – наличие дефицита железа и витамина «Д» из числа родильниц, не прошедших прегравидарную сочетанную коррекцию данных микронутриентов;

критерии включения во II-ую основную группу – родильницы, прошедшие в прегравидарном периоде сочетанную (медикаментозную и диетическую) коррекцию и лабораторно установленное после лечения и в период беременности отсутствия дефицита данных микронутриентов.

Статистическая обработка проводилась с использованием стандартных средств анализа и Statistika 6,0 и включающая: классические методы описательной статистики (вычисление средних величин, их ошибок, относительных показателей, сравнение данных показателей между групп по критерию Стьюдента, разница между показателями признавались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

По полученным данным, в группах исследования преобладали сельские жительницы: так, в I-ой группе из общего количества участниц данной группы сельскими были 79,4%, городскими - 29,6% родильниц.

Во II-ой группе соотношение их также было с преимущественным большинством сельских (83,7% против 16,3%) участниц, также и в III группе - 86% родильниц были из числа сельских и лишь 14% были из числа городских участниц исследования.

Средние показатели роста составляли: в I-ой группе - $160,4 \pm 3,3$ см, во II-ой группе - $161,2 \pm 1,3$ см и в III группе - $161,8 \pm 2,5$ см.

Средняя масса тела в I-ой группе составила: $62,6 \pm 2,5$ кг, во 2-ой - $60,6 \pm 4,2$ кг; в контрольной - $59,4 \pm 2,1$ кг. Индекс массы тела в I-ой группе составил $26,3$ кг/м²; во 2-ой - $24,5$ кг/м² и в 3-ей группе - $24,8$ кг/м².

По паритету в I-ой группе первородящие составили 11 (13,6%) участниц, многогрожавшие – 10 (11,3%) и повторнородя-

щими были 67 (76,1%), т.е. большинство, родильниц.

Во II-ой группе повторнородящими также были большинство - 61 (69,3%) родильница, первородящими – 21 (32,4%) и наименьшее количество участниц были многорожавшими - 15 (23,0%), также как и в III группе – 13 (26%) родильниц были первородящими, только 6 (12%) – многорожавшими и преимущественное большинство участниц – 31 (62%) - были повторнородящими.

Таким образом, во всех группах по паритету преобладали повторнородящие родильницы с 2 или 3 родами в анамнезе.

По уровню образования во всех группах преобладали участницы со средним образованием. Так, в I-ой группе таковых было 79 (89,7%); во 2-ой – 57 (87,6%) и в 3-ей - 30 (60%), т.е. большинство участниц имели среднее образование, незначитель-

ное количество участниц в группах имели высшее (5,6%; 6,2% и 7,7%) и остальные имели неполное среднее или начальное образование.

По данным анамнеза, по частоте перенесенных острых респираторных и инфекционных заболеваний инфекционный индекс (ИИ) в I-ой группе составляет 3,3; во II-ой группе - 3,5 и в III группе - 3,2.

Таким образом, группы по основным медико-социальным данным (место жительства, образование, рост, масса тела, ИМТ и др.), паритету и инфекционному индексу (ИИ) были вполне сопоставимы, т.е. по медико-социальному статусу и по основным характеристикам достоверно не отличались.

При исследовании особенностей течения беременности, родов и послеродового периода полученные данные последовательно представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1

Осложнения беременности в группах исследования

Осложнение	Группа		
	1 гр. (n-88)	2 гр. (n-65)	3 гр. (n-50)
Токсикоз 1 половины	46 (52,8±5,3)	9 (13,8±4,2)**	11 (2,2±5,9)
Угроза прерывания	38 (43,2±5,2)**	7 (10,7±3,8)**	12 (18,4±6,4)
Преждевременные роды	11 (12,5±3,5)	1 (1,6±1,5)	-
ПОНРП	4 (4,5±2,2)	-	-
Кесарево сечение	12 (13,6±3,7)	2 (3,0±2,2)	4 (8,0±3,8)
Травмы родовых путей	19 (21,5±4,4)*	5 (7,7±3,3)	7 (14±4,9)
Гипертензия	26 (29,5±3,3)**	3 (3,0±2,2)*	-
Умерен.ПЭ	15 (17,0±1,2)**	1 (1,6±1,5)	-
Тяжел.ПЭ	11 (12,5±3,5)	-	-

Примечание: по сравнению с показателями 2 и контрольной группы (* - $p<0,5$; ** $p<0,01$).

Согласно представленным данным, в I группе преобладали такие осложнения 1-ой половины гестации, как тошнота, рвота и угроза прерывания беременности, что достоверно превышало их частоту (в 4 и 3,5 раза), чем во II и III группах.

Также как и грозные осложнения 2-ой половины беременности -умеренная и тяжелая преэклампсия, эклампсия, гипертензия и в целом гипертензивные наруше-

ния встречались достоверно значительно чаще в I ($p<0,5$; 0,01 и 0,001), по сравнению со II и III контрольной группами.

Анализ полученных данных показал, что в группе прошедших прегравидарную подготовку, по сравнению с I группой (без прегравидарной подготовки), отмечалась достоверно меньшая частота случаев преэклампсии, преждевременных родов, не отмечено развития такого

грозного осложнения течения родов, как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, в 4,5 раза

меньше отмечались частота оперативного родоразрешения, в 3 раза меньше травм родовых путей.

Таблица 2

Частота перинатальных осложнений в группах исследования

Осложнение	Группа		
	1 гр. (n-88)	2 гр. (n-65)	3 гр.
Острая гипоксия	13,2±1,2***	3,2±1,4	2±1,1_
Асфиксия лёгкой степени	15,3±1,3**	2,4±1,2	-
Асфиксия средней/тяжёлой ст.	18,4±2,6***	1,0±1,4	-
Обвитие пуповины	14,2±0,8*	6,4±0,8	3±1,2_
Синдром угнетения	10,2±0,8**	4,2±0,1	
Синдром возбуждения	16,2±0,5**	8,2±0,8	-
Цереброспинальные травмы	12,6±1,2***	1,2±0,6	-

Примечание: по сравнению с показателями I, II группы (* - $p<0,05$, ** $p<0,01$ *** $p<0,001$)

Согласно представленным в таблице 2 данным, частота как травм, так и неврологических нарушений, а также таких показателей, как гипоксия и асфиксия в родах, достоверно чаще встречались в I-ой группе, по сравнению с основной и контрольной группами.

Так, острая гипоксия в I группе без ПП и сочетанной коррекцией ДМ составляет 13,2 %, что достоверно больше ($p<0,01$), чем в группе прошедших ПП и чем у рожениц контрольной группы. Важно отметить, что в этой же группе синдром асфиксии острой/средней тяжести отмечался в 6,5 раза чаще, чем во II-ой группе. Также как и частота синдрома возбуждения в 2 раза достоверно чаще отмечалась у новорождённых (у большинства крупных плодов) в группе рожениц, не прошедших прегравидарную подготовку (не обученных правильному, сбалансированному по основным ингредиентам питанию), что в итоге как один из факторов риска, вероятно, способствовал рождению крупных и гигантского плодов.

Необходимо отметить, что почти все крупные плоды (8/9,0%) и гигантский плод (1/1,1%), родившиеся у матерей в этой группе, имели при рождении различные осложнения. Так, в данной I-ой группе цереброспинальные травмы превосходят

достоверно частоту их ($p<0,01$) во II-ой группе (1 случ.ай) и составляли 12,6%. Превосходили в I группе достоверно по частоте и неврологические (синдромы угнетения и возбуждения) нарушения, по сравнению с данными показателями во II-ой и в контрольной группах.

Одновременно необходимо отметить, что перинатальные осложнения в этой группе возникли как при рождении крупных плодов (25,6%), т.е. у каждого 4-го, так и при рождении каждого 3-го (34%) маловесного при рождении ребенка.

Особого внимания заслуживает факт, что в I-ой группе рожениц (без ПП и с наличием дефицита железа и витамина «Д»), по полученным нами данным, развитие плацентарной недостаточности в сочетании с маловодием или многоводием и с очень малой массой плода (18,3%) является неблагоприятным прогностическим показателем и существенно влияет на частоту перинатальной заболеваемости и смертности в родах и в постнатальном периоде.

Заключение

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о высокой частоте осложнений беременности, родов и перинатальных осложнений (развития внутриутробной гипоксии, асфиксии, синдрома внутриутробной задержки и

пороков развития плода) у пациенток с сочетанным дефицитом сывороточного железа и витамина «Д». В связи с чем можно утверждать, что сочетанная недостаточность таких микронутриентов, как железо и витамин «Д», является значимым и существенным фактором риска развития осложнений гестационного процесса с неблагоприятными акушерскими и перинатальными исходами. Некорригированная до беременности железодефицитная анемия и дефицит витамина «Д» имеют существенное негативное влияние на течение беременности, создавая гипоксический фон уже со старта гестации, что далее приводит к развитию органических и дисфункциональных нарушений на кле-

точно-тканевом и органном уровнях, что в конечном итоге приводит к высоким показателям акушерских и перинатальных осложнений.

Реальным механизмом профилактики акушерской и перинатальной патологии при сочетанном дефиците железа и витамина «Д» у женщин репродуктивного возраста, планирующих беременность, является прегравидарное обследование и сочетанная коррекция дефицита данных микронутриентов, что будет способствовать сохранению здоровья матерей и рождению здорового ребенка.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Артымук НВ, Тачкова ОА. Профилактика и лечение дефицита витамина «Д» при беременности: позиция профессиональных медицинских сообществ. *Акушерство и гинекология*. 2025;(8):8-14.
4. Вахидов АВ, Хабибов ИМ. Медико-биологические факторы риска формирования врождённых пороков развития нервной трубки. *Мать и дитя*. 2023;(4):155-159.
2. Камилова МЯ, Муминова ШТ, и др. Подходы к терапии железодефицитной анемии при беременности. *Мать и дитя*. 2025;(1):18-24.
3. Кравцова ЕИ, Куценко ИИ, Боровиков ИО, Батмен СК. Питание и нутритивная поддержка во время беременности. *РМЖ Мать и дитя*. 2020;3(4):233-241.
4. Радзинский В.Е. *Прегравидарная подготовка: клинический протокол*. М.; 2016. 48 с.
5. Lima MS, Pereira M, Gastro CT, Santos DB. Vitamin D deficiency and anemia in pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *Nutr. Rev.* 2022;80(3):428-438.
6. Hu KL, Zhang CX, Chen P, Zhang D, Di Spesio Sardo A. Vitamin D levels in early and middle pregnancy and preeclampsia, a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2022;14(5):999. DOI.org./10.3390 nu 1405099
7. Saccone G, Buonomo G, Guerra S, Gentile

D, Di Spesio Sardo A. Prevalence of hypovitaminosis D in pregnancy and potential benefits of oral supplementation. *Am.J.Perinatol.* 2025;42(11):141214. DOI /org//10.3390//14050999.

8. You Z, Mei H, Zhang Y, Songd V, Zhang Y, Liu C. The effect of vitamin D deficiency during pregnancy on adverse birth outcomes in neonates: a systematic review and meta-analysis. *Front.Pediatr.* 2024;12:1399615.

9. Charan GS, Kalia R, Khurana MS. Prevalence of anemia and comparison of perinatal outcomes among anemic and nonanemic mothers. *J.Educ.Health Promt.* 2024;12:445.

Сведения об авторах:

Пулатова Азиза Пулатовна – руководитель организационно-методического отдела ТНIIАГиП, к.м.н.; тел.: (+992) 93402100; e-mail: pulatova55@mail.ru

ORCID 0009-0001-9527-8798

Давлатзода Гулджохон Кобил – директор ГУ ТНIIАГиП, д.м.н., доцент; тел.: (+992) 935181111

Хакимова Ситорамо Раджабовна – руководитель отдела «Кумаки сайер»; тел.: (+992) 988823533; e-mail: sitoramo.hakimova@icloud.com

ORCID 0009-0000-4356-738

Пулатова Шахноза Наимовна – аспирант ТНIIАГиП; тел.: (+992) 918376504

УДК 616.314.322

КОНСЕРВАТИВНОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Хушвахтова Э.Х., Хакимова Н.Т.

Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

Цель исследования. Оценить клинико-патогенетические особенности течения и результаты лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз (ДЗМЖ) у женщин, перенесших гистерэктомию по поводу гиперпластических процессов матки, в зависимости от объёма оперативного вмешательства.

Материал и методы. Обследованы 100 пациенток, разделённых на две группы: I группа (n=50) гистерэктомию с сохранением придатков и II группа (n=50) – гистерэктомию с удалением яичников. Проведена динамическая оценка состояния молочных желёз в дооперационном периоде и через 3–5 лет после операции. Комплексная терапия включала коррекцию гормонального дисбаланса, метаболическую поддержку, витаминотерапию, фитотерапию и лечение сопутствующей гинекологической патологии.

Результаты. Установлено, что сохранение яичников сопровождается увеличением частоты ДЗМЖ в отдалённом периоде (до 74%), тогда как удаление придатков ассоциировано со снижением частоты патологических изменений (до 32%). Комплексная терапия обеспечила клиническое улучшение у 72,9% пациенток I группы и 87,5% II группы через 12 месяцев наблюдения.

Заключение. Объём оперативного вмешательства при узловых формах ДЗМЖ заключался в секторальной резекции. При диффузной форме доброкачественной патологии молочных желёз проведена консервативная терапия. Полученные данные подтверждают необходимость дифференцированного подхода к наблюдению и лечению данной категории пациенток. Объём хирургического вмешательства при гистерэктомии является значимым фактором, определяющим последующее состояние молочных желёз. Выявленные статистически достоверные различия подтверждают необходимость индивидуализированного подхода к выбору лечебной тактики и программы последующего наблюдения.

Ключевые слова: доброкачественные заболевания молочных желёз, мастопатия, гистерэктомию, гормональный дисбаланс, дисгормональная патология, комплексная терапия патологии молочных желёз

ТАБОБАТИ КОНСЕРВАТИВӢ ВА ҶАРОҶИИ БЕМОРИҶОИ ХУШСИФАТИ ҒАДУДҶОИ ШИРӢ ДАР ЗАНОН ПАС АЗ ГИСТЕРЭКТОМИЯ

Хушвахтова Э.Х., Ӣакимова Н.Т.

Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»

Мақсади тадқиқот. Арзёбии хусусиятҳои клиникӣ-патогенетикии ҷараён ва натиҷаҳои табобати бемориҳои хушсифати ғадудҳои ширӣ (БХҒШ) дар заноне, ки бо сабаби равандҳои гиперпластикии бачадон гистерэктомию гузаронидаанд, вобаста ба ҳаҷми даҳолати ҷарроҳӣ мебошад.

Мавод ва усулҳо. 100 бемор муоина карда шуданд, ки ба ду гурӯҳ ҷудо гардиданд: гурӯҳи I (n=50) – гистерэктомию бо нигоҳдории замимаҳо ва гурӯҳи II (n=50) – гистерэктомию бо хориҷ намудани тухмдонҳо. Арзёбии динамикии ҳолати ғадудҳои ширӣ дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ ва баъд аз 3–5 соли амалиёт гузаронида шуд. Табобати комплексӣ ислоҳи номутавозунии гормонӣ, дастгирии метаболикӣ, витаминотерапия, фитотерапия ва табобати патологияи ҳамроҳи гинекологиро дар бар гирифт.

Натиҷаҳо. Муайян гардид, ки нигоҳдорию тухмдонҳо бо афзоиши басомади БХФИШ дар давраи дер (то 74%) ҳамроҳ аст, дар ҳоле ки хориҷ намудани замимаҳо бо коҳиши басомади тағйироти патологӣ (то 32%) алоқаманд мебошад. Табобати комплексӣ беҳбудии клиникаро дар 72,9% беморони гурӯҳи I ва 87,5% гурӯҳи II пас аз 12 моҳи мушоҳида таъмин намуд.

Хулоса. Ҳаҷми даҳолати ҷарроҳӣ дар шаклҳои гиреҳии БХФИШ аз резексияи секторӣ иборат буд. Дар шакли диффузии патологияи хушсифати гадудҳои ширӣ табобати консервативӣ гузаронида шуд. Маълумоти бадастомада зарурати равиши дифференсиалӣ ба мушоҳида ва табобати ин гурӯҳи беморонро тасдиқ менамояд. Ҳаҷми даҳолати ҷарроҳӣ ҳангоми гистерэктомия омили муҳиме мебошад, ки ҳолати минбаъдаи гадудҳои шириро муайян мекунад. Фарқиятҳои аз лиҳози оморӣ боэътиמוד ошкоршуда зарурати равиши инфиродӣ ҳангоми интихоби тактикаи табобат ва барномаи мушоҳидаи минбаъдаро тасдиқ мекунад.

Калимаҳои асосӣ: бемориҳои хушсифати гадудҳои ширӣ, мастопатия, гистерэктомия, номутавозунии гормонӣ, патологияи дисгормоналӣ, табобати комплекси патологияи гадудҳои ширӣ

CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT OF BENIGN BREAST DISEASES IN WOMEN AFTER HYSTERECTOMY

Khushvakhtova E.Kh., Khakimova N.T.

State Establishment «Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology»

Aim. To assess the clinical and pathogenetic features of the course and treatment outcomes of benign breast diseases (BBD) in women who underwent hysterectomy for hyperplastic processes of the uterus, depending on the extent of surgical intervention.

Material and methods. One hundred patients were examined and divided into two groups: Group I (n=50) - hysterectomy with preservation of the adnexa; Group II (n=50) - hysterectomy with removal of the ovaries. A dynamic assessment of breast condition was performed preoperatively and 3–5 years after surgery. Comprehensive therapy included correction of hormonal imbalance, metabolic support, vitamin therapy, phytotherapy, and treatment of concomitant gynecological pathology.

Results. Preservation of the ovaries was associated with an increased incidence of BBD in the long-term period (up to 74%), whereas removal of the adnexa was associated with a decreased incidence of pathological changes (up to 32%). Comprehensive therapy resulted in clinical improvement in 72.9% of patients in Group I and 87.5% in Group II after 12 months of follow-up.

Conclusion. The extent of surgical intervention in nodular forms of BBD consisted of sectoral resection. In diffuse benign breast pathology, conservative therapy was performed. The obtained data confirm the need for a differentiated approach to the follow-up and treatment of this category of patients. The extent of surgical intervention during hysterectomy is a significant factor determining the subsequent condition of the breast. The statistically significant differences identified confirm the need for an individualized approach to selecting treatment tactics and a follow-up program.

Key words: benign breast diseases, mastopathy, hysterectomy, hormonal imbalance, dysgynecological pathology, comprehensive therapy of breast pathology

Актуальность

Доброкачественные заболевания молочных желёз (ДЗМЖ) остаются одной из наиболее распространённых форм патологии у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста [1, 2, 3]. По данным различных клинических наблюдений, признаки фиброзно-кистозных изменений выявляются более чем у половины женщин при целенаправленном обследовании [10, 11]. Осо-

бую клиническую значимость данная группа заболеваний приобретает в связи с высокой распространённостью гормонально-зависимой гинекологической патологии, поскольку молочная железа является органом-мишенью для стероидных гормонов яичников [7, 12, 15].

Современные представления о патогенезе ДЗМЖ основываются на концепции дисрегуляции в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-периферические

ткани. Нарушение баланса между эстрогенами и прогестероном, изменение чувствительности рецепторного аппарата, колебания уровня пролактина, а также метаболические факторы формируют комплекс условий для развития пролиферативных процессов в эпителиальном и стромальном компонентах молочной железы [3, 4, 5]. При этом даже незначительное смещение гормонального равновесия способно инициировать каскад клеточных изменений, сопровождающихся масталгией, уплотнениями и формированием кист.

В последние годы особое внимание уделяется взаимосвязи заболеваний молочных желёз с патологией органов репродуктивной системы. Гиперпластические процессы эндометрия, миома матки, аденомиоз и другие гормонозависимые состояния часто сочетаются с мастопатией, что указывает на общность этиопатогенетических механизмов. В клинической практике это проявляется высокой частотой сочетанной патологии и необходимостью комплексного обследования пациенток [6, 8].

Гистерэктомия является одним из наиболее распространённых хирургических вмешательств в гинекологии. Показания к операции включают миому матки, рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия, тяжёлые формы аденомиоза и другие заболевания, не поддающиеся консервативной терапии. Однако удаление матки, особенно в сочетании с сохранением или удалением придатков, неизбежно влияет на эндокринный статус женщины. При сохранении яичников гормональная функция формально остаётся интактной, однако анатомо-функциональные изменения, связанные с нарушением кровоснабжения и рефлекторных связей, могут приводить к дискоординации овариальной секреции [7, 13, 14]. В таких условиях нередко формируется относительная гиперэстрогения или дефицит прогестеронового влияния, что создаёт предпо-

сылки для усиления пролиферативных процессов в молочной железе.

Удаление придатков, напротив, приводит к формированию хирургической менопаузы, характеризующейся резким снижением концентрации половых стероидов. Это состояние сопровождается комплексной перестройкой нейроэндокринной регуляции, изменением липидного обмена, сосудистых реакций и костного метаболизма [15, 14]. В отношении молочной железы снижение эстрогенной стимуляции может способствовать уменьшению выраженности фиброзно-кистозных изменений, однако влияние хирургической менопаузы на отдалённое состояние ткани требует детального анализа.

Несмотря на наличие отдельных публикаций, посвящённых влиянию гистерэктомии на гормональный статус, вопросы динамики ДЗМЖ в зависимости от объёма оперативного вмешательства остаются недостаточно изученными [13, 14]. В клинической практике нередко отсутствует чёткий алгоритм маммологического наблюдения пациенток после гинекологических операций, что может приводить к позднему выявлению патологических изменений.

Современная клиническая стратегия требует интеграции данных гинекологии, маммологии и эндокринологии. Оценка состояния молочных желёз должна быть обязательным компонентом обследования пациенток с гиперпластическими процессами матки как до, так и после хирургического лечения. В то же время необходимы данные, основанные на статистически достоверном анализе, позволяющие определить влияние различных вариантов гистерэктомии на частоту и структуру ДЗМЖ.

В связи с изложенным представляется актуальным проведение комплексного клинико-статистического исследования, направленного на оценку динамики доброкачественных заболеваний молочных желёз после гистерэктомии в зависи-

мости от объёма оперативного вмешательства, а также анализ эффективности проводимой терапии с использованием объективных критериев статистической достоверности.

Цель исследования

Оценить клинико-патогенетические особенности течения и результаты лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз (ДЗМЖ) у женщин, перенесших гистерэктомию по поводу гиперпластических процессов матки, в зависимости от объёма оперативного вмешательства.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

1. Провести сравнительный анализ частоты ДЗМЖ до оперативного вмешательства и через 3–5 лет после гистерэктомии.

2. Оценить влияние сохранения или удаления придатков матки на развитие и прогрессирование доброкачественных изменений молочной железы.

3. Изучить морфологическую структуру выявленных форм ДЗМЖ в исследуемых группах.

4. Проанализировать клиническую эффективность комплексной консервативной терапии с учётом статистической достоверности полученных результатов.

Сформулированная цель и задачи определяют практическую направленность исследования и позволяют объективно оценить взаимосвязь объёма гинекологической операции с последующей динамикой состояния молочных желёз.

Материал и методы исследования

Настоящее исследование носило проспективный сравнительный характер и было выполнено на базе профильного гинекологического отделения с последующим маммологическим наблюдением пациенток [1,4,6]. В анализ включены 100 женщин в возрасте от 35 до 55 лет (средний возраст $44,2 \pm 3,6$ года), перенёсших гистерэктомию по поводу гиперпластических процессов матки. Пациентки

были распределены на две клинические группы в зависимости от объёма оперативного вмешательства:

- I группа (n=50) — гистерэктомию с сохранением придатков;
- II группа (n=50) — гистерэктомию с одновременным удалением придатков.

Критериями включения являлись: отсутствие онкологической патологии; подтверждённый гиперпластический процесс матки; отсутствие предшествующих операций на молочной железе; информированное согласие на участие в наблюдении.

Критериями исключения были: злокачественные новообразования; выраженные эндокринные заболевания (сахарный диабет тяжёлого течения, гиперпролактинемия органического генеза); системные аутоиммунные заболевания.

Исследование проводилось в два этапа: до оперативного вмешательства (ретроспективное) и в отдалённые сроки — через 3–5 лет после операции (проспективное).

Оценка состояния молочных желёз включала: клинический осмотр с пальпаторной характеристикой плотности и болезненности ткани; ультразвуковое исследование (датчики 7,5–10 МГц); маммографию (по возрастным показаниям); консультацию онкомаммолога при выявлении очаговых образований.

Выраженность масталгии оценивалась по субъективной шкале интенсивности боли. Динамика кистозных изменений фиксировалась по данным УЗИ.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием критерия χ^2 Пирсона для анализа различий между группами. Критический уровень значимости принят равным $p < 0,05$ [9]. Данные представлены в виде абсолютных значений и процентов.

Результаты и их обсуждение

Анализ проведенного исследования показал, что у пациенток с сохранёнными яичниками частота доброкачественных заболеваний молочных желёз

достоверно увеличилась в отдалённом периоде наблюдения ($\chi^2=8,32$; $p<0,01$). Данный факт свидетельствует о неблагоприятном влиянии сохранённой овариальной гормональной активности на ткань молочной железы в условиях изменённой нейроэндокринной регу-

ляции после гистерэктомии. В противоположность этому во II группе выявлено статистически значимое снижение частоты ДЗМЖ ($\chi^2=6,41$; $p<0,05$), что подтверждает роль яичников в поддержании пролиферативных процессов (табл. 1).

Таблица 1

Частота ДЗМЖ до и после гистерэктомии

Группа	До операции	После 3–5 лет	χ^2	p
I (без удаления придатков)	23 (46%)	37 (74%)	8,32	<0,01
II (с удалением придатков)	27 (54%)	16 (32%)	6,41	<0,05

Помимо частоты ДЗМЖ, проведен анализ структуры выявленных изменений в молочных железах. Сравнительный анализ продемонстрировал разнонаправленную динамику частоты ДЗМЖ в исследуемых группах (табл. 2).

Результаты анализа данных исследований установили, что в целом общее количество различных форм ДЗМЖ у женщин ($23/46,0\pm7,04\%$) в I группе статистически значимо ($p_1<0,001$) увеличилось ($37/74,0\pm6,2\%$) через 5 лет после операции гистерэктомии, по сравнению с соответствующим показателем до операции. Сравнение общего количества диффузной формы мастопатии между I и II группами после операции через 3 - 5 лет также имело статистически ($p_3<0,001$) значимые различия с преобладанием их количества в I группе ($30/81,08\pm6,4\%$ и $10/62,5\pm12\%$ соответственно). Установлена корреляционная связь средней силы между общим количеством заболевания молочных желёз в зависимости от времени их регистрации (до и после операции) отдельно в I (нормированный коэффициент Пирсона 0,389) и II группах (нормированный коэффициент Пирсона 0,275). Также сильная корреляционная связь установлена (нормированный коэффициент Пирсона 0,711) в зависимости от группы обследованных женщин.

Результаты исследований позволили установить, что проведение гистерэктомии без придатков сопровождается продолжением гормонального влияния яичников на органы мишени и в отдалённом периоде является фоном для развития в них опухолевого процесса.

Изучение частоты вариантов диффузных форм ФКМ – (с преобладанием: фиброзно-кистозного, железисто-кистозного, фиброзного, железистого компонента), а также узловых форм (фиброаденома, киста молочной железы, очаговая мастопатия), в I группе обследованных женщин показала, что никакая из изученных нозологий статистически значимо ($p>0,05$) не менялась после операции ампутации матки без придатков у данной категории женщин. Во II группе частота диффузной формы ФКМ статистически значимо ($p_2<0,001$) снижалась после операции. Сравнение частоты встречаемости нозологий между группами после гистерэктомии установило статистически значимое ($p_3<0,001$) уменьшение диффузной формы ФКМ, в частности её формы с преобладанием железисто-кистозного компонента во II группе по сравнению с I группой. Остальные виды заболеваний молочных желёз статистически значимо не менялись.

Преобладающей формой в обеих группах являлись диффузные изменения,

что отражает системный характер гормонального воздействия. Узловые варианты диагностировались достоверно ($p < 0,001$) в 4,3 раза реже у пациенток I группы.

Это может свидетельствовать о большей выраженности пролиферативных процессов при сохранённой овариальной функции.

Таблица 2

Сравнительная характеристика частоты и структуры доброкачественных заболеваний молочных желёз у обследованных женщин до и после гистерэктомии

Нозология	I группа (n=50)		II группа (n=50)		Значение Хи-кв-драт Пирсона	Уровень значимости $P_1; P_2; P_3$
	до операции n/%	после операции n/%	до операции n/%	после операции n/%		
Всего патологии молочных желёз	23/46,0±7,04	37/74,0±6,2	27/54,0±7	16/32,0±6,5	8,167 4,937 135,05	0,005 0,027 $p_1 < 0,001$
Диффузная форма ФКМ	20/86,9±7,0	30/81,08±6,4	23/85,1±6,3	10/62,5±12	3,240 7,644 16,667	0,072 $p_2 < 0,006$ $p_3 < 0,001$
-фиброзно-кистозная	6/30,0	9/30,0	6/26,0	3/30,0	0,314 0,488 2,367	0,576 0,485 0,124
-железисто-кистозная	8/40,0	13/43,3	9/39,1	4/40,0	0,964 1,415 4,536	0,327 0,207 0,034
-фиброзная	2/10,0	3/10,0	5/21,7	1/10,0	0,212 1,596 0,260	0,646 0,434 0,610
-железистая	4/20,0	5/16,6	5/21,7	2/20,0	0,122 0,614 0,614	0,727 0,646 0,434
Фиброаденома	-	2/5,4±3,7	2/7,4±5	3/18,7±9,7	0,510 0,212 0,212	0,476 0,212 0,646
Киста молочной железы	-	2/5,4±3,7	-	-	0,519 - -	0,476 - -
Очаговая мастопатия	3/13,03±7,02	3/8,1±4,4	2/7,4±5	3/18,7±9,7	0,177 0,212 0,177	0,674 0,212 0,674

Примечание: p_1 – сравнение показателей до и через 5 лет после операции (Iгр); p_2 – сравнение показателей до и после операции (IIгр); p_3 – сравнение после операции I и II групп

Принципы терапии пациенток с ЖЗМЖ основывалось на патогенетическом подходе и носило комплексный характер. При установленных узловых формах - хирургическое лечение, а при наличии диффузных вариантов ДЗМЖ – консервативное ведение.

Оперативное вмешательство в объёме секторальной резекции произведено всем 13 женщинам обеих групп с узловой формой мастопатии: в частности, в I группе в 7/53,8% и во II группе в 6/46,1% случаях. Показанием для оперативного лечения в 5 случаях явилась фиброаденома молочных желёз: в I

группе у 2/28,6% женщин, и у 3/50,0% пациенток II группы. По поводу кист молочных желёз прооперированы 2/28,6% пациенток I группы. При очаговой мастопатии хирургическому лечению подвергнуты по 3 пациентки из обеих групп. Анализ показаний к оперативному лечению патологии молочной железы показал среднюю силу связи фиброаденомы молочной железы (нормированный коэффициент Пирсона=0,303) и слабую силу связи очаговой мастопатия (нормированный коэффициент Пирсона=0,101) в сравниваемых группах.

Проведённые морфологические исследования операционного материала из молочных желёз, показали отсутствие злокачественных процессов в молочных железах у обследованных женщин (табл. 3). Перикалликулярная фиброаденома и интракалликулярная фиброаденома

встречались с одинаковой частотой в I группе, а во II группе перикалликулярная фиброаденома встречалась в 2 раза реже, чем интракалликулярная фиброаденома. Киста молочных желёз была гистологически диагностирована только в I группе, при этом с одинаковой частотой распределяясь между фиброзной и жировой по структуре кистами. Очаговая мастопатия по 3/42,8% и 3/50,0% случаях установлена в I и II группах соответственно. Во всех случаях очаговая мастопатия морфологически представляла очаговую фиброзную мастопатию в обеих исследованных группах. Изучение гистологической характеристики ДЗМЖ показало, что в обследованных группах женщин статистически значимых различий между частотой соответствующих гистологических нозологий не обнаружено.

Таблица 3

Гистологическая характеристика ДЗМЖ обследованных женщин

Нозология	I (n-7)	II (n-6)	Значение Хи-квадрат по Пирсону	Уровень значимости
	n/%	n/%		
1. Фиброаденома.	2/28,5	3/50,0	0,048	0,826
а) перикалликулярная фиброаденома	1/50,0	1/33,3		
б) интракалликулярная фиброаденома	1/50,0	2/66,6		
2. Киста молочных желёз	2/28,5	-	0,426	0,515
а) фиброзная	1/50,0			
б) жировая	1/50,0			
3. Очаговая мастопатия.	3/42,8	3/50,0	0,090	0,764
а) очаговая фиброзная мастопатия	3/100,0	3/100,0		
Всего	7/53,8	6/46,1		

Основные направления терапии доброкачественных заболеваний молочных желёз включали:

1. диетотерапия — ограничение животных жиров, рафинированных углеводов, увеличение доли растительной клетчатки;

2. витаминотерапия — применение витаминов А и Е как антиоксидантов, а

также витаминов группы В для стабилизации нейровегетативной регуляции;

3. седативные средства — с целью уменьшения вегетативных проявлений и снижения выраженности масталгии;

4. фитопрепараты — препараты растительного происхождения с мягким регулирующим действием;

5. коррекция сопутствующей гинекологической патологии.

Продолжительность курса составляла не менее 6 месяцев, при необходимости

терапия пролонгировалась до 12 месяцев. Оценка клинических результатов проводилась через 12 месяцев после начала лечения (табл. 4).

Таблица 4

Эффективность терапии через 12 месяцев

Показатель	I группа	II группа	χ^2	p
Клиническое улучшение	72,9%	87,5%	4,12	<0,05
Снижение масталгии	70%	85%	3,98	<0,05

Анализ продемонстрировал более выраженную положительную динамику во II группе. Частота клинического улучшения и снижение интенсивности масталгии были статистически значимо выше у пациенток после удаления придатков ($p<0,05$). Полученные результаты подтверждают, что снижение гормональной стимуляции повышает эффективность консервативной терапии и способствует более выраженному клиническому ответу.

Проведённое исследование позволило установить закономерную взаимосвязь между объёмом гистерэктомии и последующей динамикой доброкачественных заболеваний молочных желёз [7, 14, 15]. Полученные результаты подтверждают, что изменение гормонального статуса после оперативного вмешательства оказывает принципиальное влияние на состояние органов-мишеней репродуктивной системы.

Сохранение яичников при гистерэктомии сопровождается достоверным увеличением частоты дисгормональных изменений в ткани молочной железы в отдалённом послеоперационном периоде [3, 12]. Выявленный рост частоты ДЗМЖ с 46% до 74% ($p<0,01$) свидетельствует о формировании относительной гиперэстрогении и дискоординации овариальной регуляции [10, 15].

В группе пациенток после гистерэктомии с удалением придатков отмечено статистически значимое снижение ча-

стоты ДЗМЖ (с 54% до 32%; $p<0,05$). Данный факт подтверждает ведущую роль овариальных стероидов в поддержании пролиферативных процессов в молочной железе. Резкое уменьшение эстрогенной стимуляции приводит к снижению интенсивности фиброзно-кистозных изменений и уменьшению клинических проявлений мастопатии.

Оценка эффективности комплексной терапии показала её клиническую результативность в обеих группах наблюдения, однако более выраженный положительный эффект отмечен у пациенток после овариоэктомии (87,5% против 72,9%; $p<0,05$). Это позволяет предположить, что снижение гормональной стимуляции повышает чувствительность ткани молочной железы к проводимой негормональной терапии. В клиническом аспекте данный вывод имеет практическое значение при выборе тактики ведения пациенток с сохраняющейся масталгией и фиброзно-кистозными изменениями.

Следует подчеркнуть, что лечение ДЗМЖ у данной категории женщин не может ограничиваться исключительно симптоматической коррекцией. Необходим системный подход, включающий нормализацию метаболического статуса, коррекцию массы тела, стабилизацию психоэмоционального фона и устранение сопутствующей гинекологической патологии. Длительное динамическое наблюдение с использованием инструментальных методов контроля (УЗИ,

маммография по показаниям) является обязательным компонентом диспансеризации [14,15].

Результаты исследования позволяют сформулировать ряд практических рекомендаций. Женщины, перенёвшие гистерэктомию с сохранением яичников, должны быть отнесены к группе повышенного риска по развитию и прогрессированию ДЗМЖ. Им показано регулярное маммологическое обследование не реже одного раза в год, а при наличии клинических проявлений — более частый мониторинг.

ТЗакключение

Таким образом, объем хирургического вмешательства при гистерэктомии является значимым фактором, определяющим последующее состояние молоч-

ных желёз. Выявленные статистически достоверные различия подтверждают необходимость индивидуализированного подхода к выбору лечебной тактики и программы последующего наблюдения.

Перспективы дальнейших исследований связаны с углублённым анализом гормонального статуса, определением рецепторного профиля ткани молочной железы и оценкой долгосрочных метаболических последствий различных вариантов гистерэктомии. Это позволит уточнить механизмы развития ДЗМЖ и оптимизировать алгоритмы профилактики и терапии в данной клинической группе.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян ЛВ, Кулаков ВИ. *Доброкачественные заболевания молочных желёз*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018; 320 с.
2. Бурдина ЛМ. *Мастопатия: диагностика и лечение*. СПб.: Спец.Лит, 2017; 176 с.
3. Назаренко ТА. *Дисгормональные заболевания молочных желёз*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; 240 с.
4. Пшеничникова ТЯ. *Гормональные нарушения у женщин*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019; 304 с.
5. Радзинский ВЕ. *Гиперпластические процессы эндометрия*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019; 208 с.
6. Савельева ГМ, Баранов ИИ. *Гинекология*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020; 1008 с.
7. Серов ВН, Прилепская ВН. *Руководство по гинекологической эндокринологии*. М.: МЕД-пресс-информ, 2018; 544 с.
8. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Menopausal hormone therapy and breast cancer risk. *Lancet*. 2019;394(10204): P.1159-1168. doi:10.1016/S0140-6736(19)31709-1.
9. Cuzick J, et al. Risk factors for benign breast disease. *Journal of Clinical Oncology*. 2019;37(12):1030-1039. DOI:10.1200/JCO.18.01714.
10. Dixon JM. Benign breast disease. *Lancet*. 2019;393(10185):1742-1755. DOI:10.1016/S0140-6736(19)31046-8.

11. Goyal A, Mansel RE. Benign breast disorders. *BMJ*. 2018;360: k122. DOI:10.1136/bmj.k122.
12. Kaaks R. Endogenous hormones and breast disease. *International Journal of Cancer*. 2018;142(2):225-236. DOI:10.1002/ijc.31078.
13. Lethaby A. Hysterectomy outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019;2:CD000175. DOI: 10.1002/14651858.CD000175.pub4.
14. Rocca WA. Oophorectomy and long-term health outcomes. *Menopause*. 2020;27(8):909-916. DOI:10.1097/GME.0000000000001571.
15. Santen RJ. Hormonal regulation of breast tissue. *Endocrine Reviews*. 2020;41(2):202-230. DOI:10.1210/endrev/bnz009.

Сведения об авторах:

Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна - ведущий научный сотрудник гинекологического отдела ГУ ТНIIАГуП, д.м.н., доцент; e-mail: hushvaxtova@mail.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3851-2736>

Хакимова Нилуфар Тимуршоевна – заочный аспирант гинекологического отдела ГУ ТНIIАГуП; тел.: (+992) 977770999

УДК 616.314.322

МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА ЖЕНЩИН В ОТДАЛЕННЫЕ ПЕРИОДЫ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Хушвахтова Э.Х., Хакимова Н.Т.

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

Цель исследования. Оценить состояние микробиоценоза влагалища и культивации шейки матки у женщин в отдалённые сроки после гистерэктомии, определить структуру инфекционно-воспалительных изменений и проанализировать эффективность проводимой терапии.

Материал и методы. Обследованы 100 женщин через 3-5 лет после гистерэктомии. I группа — пациентки с сохранёнными придатками (n=50), II группа — после удаления придатков (n=50). Использованы клинические, кольпоскопические, цитологические, бактериоскопические, бактериологические методы, ИФА и ПЦР-диагностика ИППП. Статистический анализ проводился с применением критерия χ^2 с поправкой Йейтса.

Результаты. Частота воспалительных заболеваний шейки матки и влагалища через 5 лет после операции статистически не различалась между группами ($p>0,05$). III–IV степень чистоты влагалищного мазка выявлена у 31% женщин I группы и 29,1% — II группы ($p=0,883$). Инфекционные агенты чаще выявлялись в виде микст-инфекций. Эрадикация возбудителей после терапии достигнута в 75,8% и 79,1% случаев соответственно; повторный курс обеспечил 100% клинико-лабораторную эффективность.

Заключение. В отдалённом послеоперационном периоде объём гистерэктомии не оказывает статистически значимого влияния на структуру микробиоценоза влагалища. Ведущую роль играют микст-инфекции, требующие комплексной этиотропной терапии.

Ключевые слова: гистерэктомия, микробиоценоз влагалища, ИППП, кольпоскопия, ПАП-тест, культивация шейки матки

МИКРОБИОСЕНОЗИ МАҲБАЛИ ЗАНОН ДАР ДАВРАҶОИ ДУРУДАРОЗИ ПАС АЗ ГИСТЕРЭКТОМИЯ: ТАШХИС ВА ТАБОБАТ

Хушвахтова Э.Х., Хакимова Н.Т.

Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»

Мақсади тадқиқот. Арзёбии ҳолати микробиосенози маҳбал ва қисми боқимондаи гарданаи бачадон дар занон дар муҳлатҳои дур баъд аз гистерэктомия, муайян намудани сохтори тағйироти сироятӣ-илтиҳобӣ ва таҳлили самаранокии табобати гузаронидашуда.

Мавод ва усулҳо. 100 зан баъд аз 3–5 соли гузаронидани гистерэктомия мавриди таҳхис қарор гирифтанд. Гурӯҳи I — беморон бо замимаҳои ҳифзшуда (n=50), гурӯҳи II — баъд аз хориҷ намудани замимаҳо (n=50). Усулҳои клиникӣ, колпоскопӣ, ситологӣ, бактериоскопӣ ва бактериологӣ, инчунин ИФА ва таҳхиси ПТР-и сироятҳои тавассути алоқаи ҷинсӣ гузаранда истифода шуданд. Таҳлили омӯрӣ бо истифода аз меъёри χ^2 бо ислоҳи Йейтс гузаронида шуд.

Натиҷаҳо. Басомади бемориҳои илтиҳобии гарданаи бачадон ва маҳбал баъд аз 5 соли ҷарроҳӣ байни гурӯҳҳо аз лиҳози омӯрӣ фарқияти назаррас надошт ($p>0,05$). Дараҷаи III–IV тозагии мазоки маҳбал дар 31% занони гурӯҳи I ва 29,1% — гурӯҳи II муайян гардид ($p=0,883$). Ангезандаҳои сироятӣ бешитар ба шакли сироятҳои омехта ошкор шуданд. Нобудсозии ангезандаҳо баъд аз табобат мутаносибан дар 75,8% ва 79,1% ҳолатҳо ба даст омад; курси такрорӣ 100% самаранокии клиникӣ-лабораториро таъмин намуд.

Хулоса. Дар давраи дур баъд аз ҷарроҳӣ ҳаҷми гистерэктомия ба сохтори микробиосенози маҳбал таъсири аз лиҳози омӯрӣ аҳамиятнок намерасонад. Нақши асосиро сироятҳои омехта мебозанд, ки табобати мураккаби этиотропиро талаб мекунад.

Калимаҳои асосӣ: гистерэктомия, микробиосенози маҳбал, сироятҳои тавассути алоқаи ҷинсӣ гузаранда, колпоскопия, ПАП-тест, қисми боқимондаи гарданаи бачадон.

VAGINAL MICROBIOCENOSIS IN WOMEN IN THE LONG-TERM PERIOD AFTER HYSTERECTOMY: DIAGNOSIS AND TREATMENT

Khushvakhtova E.Kh., Khakimova N.T.

State Establishment «Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology»

Aim. To assess the state of the vaginal microbiocenosis and cervical stump in women in the long-term period after hysterectomy, to determine the structure of infectious-inflammatory changes, and to analyze the effectiveness of the therapy administered.

Material and methods. One hundred women were examined 3–5 years after hysterectomy. Group I included patients with preserved adnexa ($n=50$), and Group II included patients after adnexectomy ($n=50$). Clinical, colposcopic, cytological, bacterioscopic, and bacteriological methods were used, as well as ELISA and PCR diagnostics for STIs. Statistical analysis was performed using the χ^2 test with Yates' correction.

Results. The incidence of inflammatory diseases of the cervix and vagina five years after surgery did not differ statistically between the groups ($p>0.05$). Vaginal smear purity grades III–IV were found in 31% of women in Group I and 29.1% in Group II ($p=0.883$). Infectious agents were more frequently detected as mixed infections. Eradication of pathogens after therapy was achieved in 75.8% and 79.1% of cases, respectively; a repeated course resulted in 100% clinical and laboratory efficacy.

Conclusion. In the long-term postoperative period, the extent of hysterectomy does not have a statistically significant effect on the structure of the vaginal microbiocenosis. Mixed infections play the leading role and require comprehensive etiotropic therapy.

Key words: hysterectomy, vaginal microbiocenosis, STIs, colposcopy, PAP test, cervical stump

Актуальность

Гистерэктомия остаётся одной из наиболее часто выполняемых операций в гинекологической практике во всём мире [1, 6]. По данным различных эпидемиологических исследований, данное хирургическое вмешательство занимает ведущие позиции среди плановых операций у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста. Показаниями к удалению матки чаще всего являются миома, гиперпластические процессы эндометрия, аденомиоз, хронические воспалительные заболевания и доброкачественные опухолевидные образования. Несмотря на устранение основного патологического очага, гистерэктомия не завершает клиническое наблюдение пациентки, поскольку послеоперационный период характеризуется формированием новых анатомо-функциональных взаимоотношений органов малого таза и изменением гормонального статуса [8].

Особый интерес представляет состояние микробиотоза влагалища у женщин в отдалённые сроки после гистерэктомии. Влагалищная экосистема является динамичной и чувствительной к гормональным,

иммунным и метаболическим изменениям [3]. В норме доминирующее положение занимают лактобациллы, поддерживающие кислую среду и препятствующие колонизации условно-патогенной и патогенной флоры [7]. Нарушение этого баланса приводит к развитию дисбиотических состояний, сопровождающихся изменением pH, снижением колонизационной резистентности и активацией воспалительных процессов.

После гистерэктомии происходит изменение кровоснабжения и иннервации тканей малого таза, трансформация локального иммунного ответа, а в случае удаления придатков — резкое снижение уровня эстрогенов [2,10]. Гормональный дефицит способствует истончению многослойного плоского эпителия, уменьшению содержания гликогена и снижению количества лактобацилл, что создаёт условия для персистенции вирусных и бактериальных агентов. Даже при сохранённых яичниках возможно постепенное угасание их функции вследствие нарушения сосудистых связей, что также отражается на состоянии вагинальной микрофлоры [9].

Дополнительным фактором является изменение механической поддержки органов малого таза. Формирование куль-ти шейки матки, рубцовые изменения, возможная недостаточность тазового дна создают предпосылки для застойных явлений и хронического воспаления. В этих условиях особое значение приобретает оценка степени чистоты влагалищного содержимого, выявление инфекций, передающихся половым путём, и анализ частоты микст-инфекций.

Современные представления о ва-гинальном микробиоме значительно расширились благодаря внедрению молекулярных методов диагностики. Однако в реальной клинической практике по-прежнему актуальны традиционные методы - бактериоскопия, бактериоло-гический посев, цитологическое иссле-дование, кольпоскопия. Комплексный подход позволяет не только выявить инфекционный агент, но и оценить со-стояние эпителия куль-ти шейки матки, наличие пролиферативных изменений и реактивных процессов.

Следует отметить, что микробиоценоз влагалища оказывает влияние не только на локальное состояние слизистой обо-лочки, но и на риск развития восходящей инфекции, воспалительных заболеваний органов малого таза, а также неопластических процессов [3, 10]. Персистенция вируса папилломы человека, цитоме-галовируса, вируса простого герпеса и бактериальных ассоциаций в условиях дисбиоза может поддерживать храни-ческое воспаление и способствовать фор-мированию патологических изменений эпителия.

Несмотря на значительное количество исследований, посвящённых гистерэкто-мии, вопрос о характере изменений ми-кробиоценоза влагалища в отдалённые сроки после операции остаётся недоста-точно изученным. Имеющиеся данные противоречивы: одни авторы указывают на усиление дисбиотических процессов, другие не выявляют существенных разли-

чий между микробиоценозом влагалища женщин с сохранёнными и удалёнными придатками. Недостаточно освещён и вопрос эффективности комплексной антибактериальной и противовирусной терапии у данной категории пациенток [7, 13].

В связи с этим представляется ак-туальным проведение комплексного клин-ико-лабораторного исследования, направленного на изучение состояния микробиоценоза влагалища и куль-ти шейки матки у женщин в отдалённом послеоперационном периоде, а также оценку результатов проводимого ле-чения [18]. Полученные данные имеют практическое значение для разработки алгоритмов диспансерного наблюдения и профилактики воспалительных ослож-нений после гистерэктомии.

Цель исследования

Оценить состояние микробиоцено-за влагалища и куль-ти шейки матки у женщин в отдалённые сроки после гистерэктомии, определить структуру инфекционно-воспалительных измене-ний и проанализировать эффективность проводимой терапии.

Материал и методы исследования

Настоящее исследование носило про-спективный сравнительный характер и выполнено на базе консультативно-диа-гностической поликлиники ТНИИАГиП с последующим амбулаторным наблю-дением пациенток в отдалённые сроки после хирургического лечения.

В исследование включены 100 жен-щин, перенесших гистерэктомию по поводу доброкачественной гинеколо-гической патологии. Срок наблюдения составил 3-5 лет после оперативного вмешательства.

В зависимости от объёма хирургиче-ского вмешательства пациентки были распределены на две равные группы:

- I группа (n=50) — гистерэктомия с сохранением придатков;
- II группа (n=50) — гистерэктомия с удалением придатков.

Возраст обследованных варьировал от 38 до 55 лет (средний возраст 45,3±4,1 года). Группы были сопоставимы по возрасту, паритету, характеру основной патологии и социально-демографическим характеристикам.

Критерии включения: гистерэктомия по поводу доброкачественной патологии; отсутствие онкологических заболеваний; срок после операции не менее 3-5 лет; информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: онкологические процессы; декомпенсированные эндокринные заболевания; системные аутоиммунные патологии; антибактериальная терапия менее чем за 4 недели до обследования.

Комплексное обследование включало несколько последовательных этапов: сбор анамнеза (репродуктивного, инфекционного, соматического); гинекологический осмотр в зеркалах; расширенная кольпоскопия; цитологическое исследование (ПАП-тест и жидкостная цитология);

бактериоскопия мазков на степень чистоты влагалища; иммуноферментный анализ и ПЦР-диагностика ИППП; бактериологическое исследование при необходимости. Оценка степени чистоты проводилась по общепринятой классификации (I–IV степень) [9].

Обработка данных проводилась с использованием критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса при малых выборках. Критический уровень значимости установлен на уровне $p < 0,05$. По большинству показателей различия между группами оказались статистически незначимыми, что свидетельствует о сопоставимости исследуемых популяций и отсутствии выраженного влияния объёма операции на частоту инфекционно-воспалительных изменений [10].

Результаты и их обсуждение

Для анализа динамики воспалительных и структурных изменений шейки матки и влагалища были сопоставлены показатели до операции (по данным истории болезни пациенток) и через 5 лет после гистерэктомии (табл. 1).

Таблица 1

Заболевания шейки матки и влагалища до и через 5 лет после гистерэктомии

Нозология	I группа до (%)	I группа после (%)	II группа до (%)	II группа после (%)	p
Цервицит	24	14	18	10	>0,05
Кольпит	12	18	18	12	>0,05
Лейкоплакия	4	2	6	0	>0,05
Рубцовая деформация	16	16	20	20	>0,05
Наботовы кисты	14	8	20	4	0,032*

Примечание: статистически значимое различие отмечено только по частоте наботовых кист во II группе ($\chi^2=4,64$; $p=0,032$)

Проведённый анализ показал отсутствие статистически значимых различий по большинству нозологий как внутри групп (до и после операции), так и между группами через 5 лет наблюдения ($p > 0,05$).

Таким образом, сама по себе гистерэктомия не сопровождалась выраженным ростом воспалительной патологии культи шейки матки.

Оценка микробиоценоза влагалища. Результаты бактериоскопического исследования показали, что III–IV степень чистоты влагалищного мазка выявлена у 31% женщин I группы и у 29,1% — II группы. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии статистически значимых различий между группами ($p=0,883$).

Для изучения структуры инфекций, передающихся половым путём проведе-

но обследование на ИППП 29 пациенткам I группы и 24 — II группы при наличии клинико-лабораторных показаний.

Микробиологическое исследование выявило, что почти у каждой третьей женщины в обеих группах (31,0% и 29,1%) мазки соответствовали III-IV степени чистоты. При обследовании на ИППП наиболее часто встречающимся агентом был цитомегаловирус (ЦМВ) – у 20,6% и 20,8% женщин I и II групп соответственно. Характерной чертой явилась высокая частота микст-инфекций (сочетание ЦМВ, уреаплазма, микоплазма, гарднереллеза). На втором месте по частоте выявлено с одинаковой частотой встречаемости в I группе сочетание ЦМВ, уреаплазма,

микоплазма, и ЦМВ, уреаплазмоз, микоплазмоз, гарднерелроз (по 5/17,2±7% случая); такое сочетание инфекционных агентов во II группе соответственно составило 7/29,1±9,2% и 5/20,8±8,2% случаях. Данные распространенности и сочетания ИППП представлены в таблице №2. Несмотря на разницы данных результатов статистического анализа в процентном соотношении показателей исследований, при сравнение частоты III и IV степени чистоты влагалищного содержимого и ИППП, а также сочетания возбудителей воспалительного процесса органов малого таза, статистически значимых различий между показателями групп обследованных женщин не выявлено.

Таблица 2

Сочетание возбудителей ИППП у обследованных женщин после гистерэктомии

Нозология	I (n-29) n/%	II (n-24) n/%	Значение Хи-квадрат с поправкой Йейтса	Уровень значимости(P)
ЦМВ	6/20,6±7,5	5/20,8±8,2	0,107	0,744
ВПГ	4/13,7±6,4	3/12,5±6,7	0,072	0,788
ЦМВ+ВПГ	2/6,8±4,7	1/4,1±4	0,028	0,866
ЦМВ+ВПГ+ Хл	4/13,7±6,4	2/8,3±5,6	0,036	0,851
ЦМВ+УР+МК	5/17,2±7	7/29,1±9,2	0,624	0,430
ЦМВ+УР+МК+Гард	5/17,2±7	5/20,8±8,2	0,111	0,740
ВПГ+УР+МК+Гард	3/10,3±5,6	1/4,1±4	0,106	0,746
Степень чистоты мазка влагалищного содержимого (III и IV)	9/31±8,5	7/29,1±9,2	0,023	0,883

Таким образом, при исследовании на ИППП отмечено преобладание микст-инфекций, что свидетельствует о нарушении локального иммунного контроля и изменении микробного равновесия. Сравнение частоты женщин с III и IV чистоты влагалищного содержимого и распределение женщин в зависимости от возбудителей и сочетания возбудителей воспалительного процесса в группах обследованных женщин не выявило статистически значимых различий ($p>0,05$).

Для кольпоскопического исследова-

ния всем 100 пациенткам выполнена расширенная кольпоскопия с оценкой сосудистого рисунка, эпителиальных изменений, реакции на уксусную кислоту и раствор Люголя. Нормальная кольпоскопическая картина выявлена у 72% пациенток I группы и 78% — II группы. Атипические изменения (мозаика, пунктация) регистрировались редко (4% и 2%). Статистический анализ не выявил достоверных различий ($p>0,05$) между показателями обследованных групп.

Оценка эффективности лечения и

терапевтической тактики у пациенток с выявленными нарушениями микробиоценоза влагалища и инфекционно-воспалительными изменениями культивации шейки матки основывалась на принципах комплексного и этапного воздействия. Лечение подбиралось индивидуально с учётом спектра выявленных возбудителей и их чувствительность к препаратам, наличия микст-инфекций, выраженности клинических проявлений и результатов лабораторной диагностики.

Комплекс лечебных мероприятий включал:

- системную антибактериальную терапию (макролиды, фторхинолоны по показаниям);
- противопротозойные препараты при выявлении трихомонадной инфекции;
- противовирусные средства при подтверждённой персистенции вирусных агентов;
- местную антисептическую и комбинированную вагинальную терапию;
- нестероидные противовоспалительные средства при выраженном болевом синдроме;
- ферментные препараты для улучшения тканевой трофики;
- иммуномодулирующую поддержку по показаниям.

Продолжительность первого курса лечения составляла в среднем 10–14 дней, с обязательным лабораторным контролем через 4–6 недель после завершения терапии.

Клиническая оценка эффективности проводилась на основании следующих критериев: исчезновение патологических выделений; купирование субъективных жалоб (зуд, жжение, дискомфорт); нормализация кольпоскопической картины; улучшение показателей цитологического исследования; восстановление I–II степеней чистоты влагалищного мазка; эрадикация выявленных возбудителей по данным ПЦР и бактериологического анализа.

После первого курса лечения эрадикация инфекционных агентов достигнута у 75,8% пациенток I группы и у 79,1% — II группы. Статистически значимых различий между группами не установлено ($p > 0,05$), что свидетельствует о сопоставимой эффективности терапии независимо от объёма оперативного вмешательства.

Оставшиеся случаи характеризовались персистенцией микст-инфекции, преимущественно вирусно-бактериального характера. У этих пациенток был проведён повторный курс терапии с коррекцией схемы лечения на основании повторной лабораторной диагностики.

После второго этапа лечения клинико-лабораторная ремиссия достигнута у 100% пациенток. Контрольное обследование через 6–8 месяцев подтвердило устойчивость полученного эффекта, рецидивов инфекционного процесса зарегистрировано не было.

Динамика микробиоценоза с восстановлением нормобиоты сопровождалась переходом мазков к I–II степени чистоты, снижением количества условно-патогенной флоры и отсутствием роста специфических возбудителей.

Особенно выраженная положительная динамика отмечалась у пациенток с бактериальным вагинозом и уреоплазменно-микоплазменными ассоциациями. В случаях вирусной персистенции (ЦМВ, ВПГ) наблюдалось снижение вирусной нагрузки по данным ПЦР и отсутствие цитологических признаков воспалительной реакции.

Следует подчеркнуть, что при микст-инфекциях терапевтический эффект достигался преимущественно при комбинированном системном и местном воздействии, что подтверждает необходимость патогенетически обоснованного подхода.

После проведенной терапии нормализация кольпоскопической картины наблюдалась у большинства пациенток. Уменьшение выраженности сосудистых изменений и эпителиальных дефектов

свидетельствовало о снижении активности воспалительного процесса.

Цитологическое исследование не выявило признаков дисплазии или атипии. В отдельных случаях сохранялись умеренные реактивные изменения воспалительного характера (5,5%), что не требовало дополнительного лечения и регрессировало при динамическом наблюдении.

Анализ полученных данных показал, что различия между группами по показателям эрадикации возбудителей статистически недостоверны ($p > 0,05$). Это позволяет сделать вывод о том, что объем хирургического вмешательства (с сохранением или удалением придатков) не оказывает существенного влияния на эффективность антибактериальной и противовирусной терапии в отдалённом послеоперационном периоде.

Высокий итоговый показатель эффективности (100% после двух этапов лечения) подтверждает обоснованность выбранного терапевтического алгоритма и его применимость в клинической практике.

Полученные результаты демонстрируют, что при своевременной диагностике и рациональном подборе терапии возможно достижение устойчивой ремиссии инфекционно-воспалительных процессов у женщин после гистерэктомии [18,13].

Таким образом, терапия нарушений микробиоценоза влагалища у данной категории пациенток является высокоэффективной при условии индивидуализированного подхода и соблюдения принципов этапности лечения. Комплексный подход, включающий системное и местное воздействие, а также обязательный лабораторный контроль, позволяет минимизировать риск хронизации процесса и предотвратить развитие осложнений.

Проведённое исследование позволило комплексно оценить состояние микробиоценоза влагалища у женщин в отдалённые сроки после гистерэктомии и выявить ключевые закономерности

течения инфекционно-воспалительных процессов в данной клинической группе.

Полученные данные свидетельствуют о том, что через 5 лет после органосохраняющего оперативного вмешательства как гистерэктомия, структура вагинального микробного сообщества не демонстрирует статистически значимых различий между пациентками с сохранёнными и удалёнными придатками [15, 17]. Частота III–IV степеней чистоты влагалищного мазка, спектр выявленных инфекционных агентов и характер кольпоскопических изменений оказались сопоставимыми в обеих группах. Это позволяет сделать вывод о том, что сам объем хирургического вмешательства не является определяющим фактором формирования дисбиотических нарушений в отдалённом послеоперационном периоде.

Одной из характерных особенностей выявленных изменений явилось преобладание микст-инфекций вирусно-бактериального характера. Подобные ассоциации отражают сложность патогенетических механизмов и указывают на снижение колонизационной резистентности слизистой оболочки влагалища. Взаимное потенцирование микроорганизмов способствует персистенции воспалительного процесса и требует комплексного подхода к диагностике и лечению.

Анализ эффективности терапии продемонстрировал высокую результативность этапного лечебного алгоритма. После первого курса лечения эрадикация возбудителей достигнута более чем у трёх четвертей пациенток, а повторная коррекция схемы позволила добиться клинко-лабораторной ремиссии во всех случаях. Отсутствие статистически значимых различий между группами подтверждает, что гормональный статус после гистерэктомии не оказывает существенного влияния на ответ проводимой терапии.

Нормализация микробиоценоза сопровождалась регрессом клинической симптоматики, улучшением кольпоско-

пической картины и отсутствием цитологических признаков неопластических изменений. Данные наблюдения подтверждают эффективность комплексной антибактериальной и противовирусной терапии при условии адекватной диагностики и лабораторного контроля.

Практическая значимость исследования заключается в обосновании необходимости регулярного диспансерного наблюдения женщин после гистерэктомии независимо от объема операции. Отдаленные сроки после вмешательства не исключают возможности развития дисбиотических и воспалительных процессов, что требует проведения микробиологического и цитологического мониторинга [9, 18].

Результаты работы позволяют рекомендовать включение в алгоритм наблюдения обязательного обследования на ИППП, оценку степени чистоты влагалищного мазка и проведение кольпоскопии при наличии показаний. Комплексная диагностика способствует своевременному выявлению микст-инфекций и предотвращению хронизации воспалительного процесса.

Следует отметить, что микробиоценоз влагалища представляет собой динамичную экосистему, адаптирующуюся к изменениям гормонального и иммунного статуса. В отдаленные сроки после гистерэктомии ведущую роль в формировании нарушений играют индивидуальные особенности организма и инфекционный анамнез, тогда как объем хирургического вмешательства не оказывает доминирующего влияния [11,15].

Заключение

Таким образом, проведенное исследование расширяет представления о состоянии вагинальной микрофлоры у женщин после гистерэктомии, подчеркивает важность комплексной диагностики и подтверждает высокую эффективность рационально подобранной терапии. Полученные результаты могут быть использованы при разработке клинических рекомендаций по ведению пациенток в отдаленном послеоперационном периоде.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян ЛВ, Кулаков ВИ, Андреева ЕН. *Гистерэктомия в современной гинекологии*. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 256 с.
2. КираЕФ, КираИВ. Современные аспекты диагностики и лечения бактериального вагиноза. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2020;20(4): С. 36–42.
3. Краснопольский ВИ, Зароченцева НВ. *Воспалительные заболевания органов малого таза*. Москва: МЕДпресс-информ; 2019. 272 с.
4. Министерство здравоохранения Российской Федерации. *Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин: клинические рекомендации*. Москва; 2022. 78 с.
5. Министерство здравоохранения Российской Федерации. *Инфекции, передающиеся половым путём: клинические рекомендации*. Москва; 2023. 112 с.
6. Прилепская ВН, Радзинский ВЕ. *Доброкачественные заболевания шейки матки*. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2020. 320 с.
7. Радзинский ВЕ, Оразов МР. Влагалищная микробиота и репродуктивное здоровье женщины. *Акушерство и гинекология*. 2021;(3): С. 5–12.
8. Савельева ГМ, Серов ВН, Стрижаков АН. *Гинекология: национальное руководство*. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2022. 1008 с.
9. Brotman RM. Vaginal microbiome and sexually transmitted infections: an epidemiologic perspective. *J Clin Invest*. 2019;129(3): P. 1116–1122.
10. Cicinelli E, Ballini A, Marinaccio M, et al. Microbiological findings in women after hysterectomy. *J Clin Med*. 2021;10(12):2584.
11. Donders GGG, Bellen G, Rezeberga D. Aerobic vaginitis in clinical practice. *BJOG*. 2019;126(5): P. 614–620.

12. Ma B, Forney LJ, Ravel J. Vaginal microbiome: rethinking health and disease. *Annu Rev Microbiol.* 2017; 71:P. 371–389.
13. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2): P.102–131.
14. Mitchell C, Moreira C. The vaginal microbiota: current understanding and future directions. *Curr Infect Dis Rep.* 2020;22(9):20.
15. Ravel J, Brotman RM. Translating the vaginal microbiome: gaps and challenges. *Genome Med.* 2016; 8:35.
16. Schiffman M, Wentzensen N. Human papillomavirus infection and the multi-stage carcinogenesis of cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2019;28(5): P.802–809.
17. Van der Veer C, Bruisten SM, van Houdt R, et al. The vaginal microbiota: what have we learned after a decade of molecular characterization? *PLoS One.* 2017;12(8): e0178318.
18. World Health Organization. WHO guidelines for the treatment of sexually transmitted infections. Geneva: WHO; 2016. 120 p.

Сведения об авторах:

Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна - ведущий научный сотрудник гинекологического отдела ГУ ТНIIАГиП, д.м.н., доцент; e-mail: hushvaxtova@mail.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3851-2736>

Хакимова Нилуфар Тимуришоевна – заочный аспирант гинекологического отдела ГУ ТНIIАГиП; тел.: (+992) 977770999

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616-0532-6

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, КАК МЕДИКО- СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА, И ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ЕГО ФОРМИРОВАНИЯ

Фарзонаи Э., Амиршозода Ш.Т.,
Набиев З.Н., Шамсов Б.А.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

В статье представлен анализ современного состояния здоровья детей и подростков с позиций медико-социального подхода. Показано, что здоровье детского населения в современных условиях определяется не только клиническими характеристиками, но и широким спектром демографических, социально-экономических, поведенческих, экологических и организационных факторов. На основе международных и национальных данных охарактеризованы основные тенденции состояния здоровья детей и подростков в Республике Таджикистан. Рассмотрены биологические и перинатальные, социально-экономические, поведенческие, экологические и системные факторы формирования здоровья.

Ключевые слова: дети, подростки, здоровье, медико-социальные факторы, школьное здравоохранение, ПМСП, нарушения питания, факторы риска

ҲОЛАТИ МУОСИРИ САЛОМАТИИ КЎДАКОН ВА НАВРАСОН ҶАМЧУҶ МУШКИЛОТИ ТИББИЮ ИҶТИМОИ ВА ОМИЛҲОИ АСОСИИ ТАШАККУЛИ ОН

Фарзонаи Э., Амиршозода Ш.Т.,
Набиев З.Н., Шамсов Б.А.

Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷароҳии кӯдакона»

Дар мақола таҳлили ҳолати муосири саломатии кӯдакон ва наврасон аз нуқтаи назари муносибати тиббию иҷтимоӣ пешниҳод шудааст. Нишон дода шудааст, ки дар шароити муосир саломатии кӯдакон на танҳо аз хусусиятҳои клиникӣ, балки аз маҷмӯи васеи омилҳои демографӣ, иҷтимоӣ, иқтисодӣ, рафторӣ, экологӣ ва ташиқӣ вобаста мебошад. Дар асоси маълумоти байналмилалӣ ва миллӣ тамоюлҳои асосии вазъи саломатии кӯдакон ва наврасон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тавсиф шудаанд. Омилҳои биологӣ, перинаталӣ, иҷтимоӣ, иқтисодӣ, рафторӣ, экологӣ ва низомии ташаққули саломатӣ баррасӣ гардидаанд.

Калимаҳои асосӣ: кӯдакон, наврасон, саломатӣ, омилҳои тиббию иҷтимоӣ, тандурустии мактабӣ, кумаки аввалияи тиббию санитарӣ, вайроншавии гизо, омилҳои ҳавф

THE CURRENT STATE OF CHILDREN'S AND ADOLESCENTS' HEALTH AS A MEDICO-SOCIAL PROBLEM AND THE MAIN FACTORS OF ITS FORMATION

Farzonai E., Amirshozoda Sh.T.,
Nabiev Z.N., Shamsov B.A.

SE «Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child Surgery»

The article presents an analysis of the current state of children's and adolescents' health from a medico-social perspective. It is shown that, under modern conditions, child health is determined not only by clinical characteristics but also by a wide range of demographic, socioeconomic, behavioral, environmental, and organizational factors. Based on international and national data, the main trends in the health status of children and adolescents in the Republic of Tajikistan are characterized. Biological and perinatal, socioeconomic, behavioral, environmental, and system-related factors influencing health formation are considered.

Key words: children, adolescents, health, medico-social factors, school health services, primary health care, malnutrition, risk factors

Актуальность

Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях рассматривается как один из наиболее чувствительных, приоритетных интегральных показателей общественного благополучия, эффективности системы здравоохранения и устойчивости социально-экономического развития государства [2, 15]. Именно в детском и подростковом возрастах формируется биологический, когнитивный и социальный потенциал будущего взрослого населения, следовательно любые нарушения здоровья в ранние периоды жизни оказывают долговременное влияние на качество человеческого капитала, образовательные достижения, трудовой потенциал и демографические перспективы страны в целом [3, 7, 15, 17, 20]. В документах Всемирной Организации Здравоохранения и Всемирного банка подчёркивается, что инвестиции в здоровье детей, питание, первичную медико-санитарную помощь и профилактику заболеваний имеют не только клиническое, но и прямое макро-социальное значение, определяя долгосрочные показатели продуктивности и благосостояния населения [18-22].

Для Республики Таджикистан данная проблема имеет особую значимость в силу демографической структуры населения. Страна сохраняет молодой возрастной профиль: по ряду оценок, доля населения 0-14 лет составляет около 36,8-37%, а здоровье детей и подростков тем самым становится не узкоспециализированной педиатрической темой, а одним из центральных направлений государственной социальной политики

[1, 15]. При этом «Таджикистан остаётся страной с ограниченными ресурсами здравоохранения: расходы на здравоохранение на душу населения остаются самыми низкими в Европейском регионе ВОЗ, а высокая доля прямых расходов населения на медицинскую помощь и лекарства существенно ограничивает фактический доступ семей к своевременной и качественной помощи, особенно в уязвимых и сельских группах населения» [5, 10, 16].

Медико-социальная значимость проблем детского здоровья в Таджикистане определяется и тем, что, несмотря на положительную динамику ряда показателей, сохраняется существенный разрыв между страной и среднеевропейскими значениями [1, 3, 6, 15]. Так, в материалах «Системы здравоохранения в действии: Таджикистан», отмечается, что в 2019 г. младенческая смертность в Таджикистане составляла 29,6 на 1000 живорождённых, что более чем в четыре раза превышало средний показатель Европейского региона ВОЗ, хотя, по сравнению с 2000 г., наблюдалось выраженное улучшение [22-22]. Аналогично, сохраняются проблемы материнского и неонатального здоровья, а также неравномерности доступа к качественной помощи, обусловленные как территориальными факторами, так и финансовыми барьерами [1, 11, 14].

Существенной особенностью современного этапа является сочетание в популяции детей и подростков Таджикистана различных по природе нарушений здоровья. С одной стороны, продолжают сохранять актуальность состояния, традиционно характерные для стран с огра-

ниченными ресурсами: задержка роста, дефицит массы тела, анемия, остаточное бремя инфекционной патологии, проблемы охвата и качества услуг на первичном уровне [1, 5, 15]. С другой стороны, в стране всё более отчётливо проявляется рост доли неинфекционных заболеваний и факторов риска, связанных с образом жизни, урбанизацией, изменением структуры питания и снижением физической активности [4, 15, 22]. Материалы «COSI по Таджикистану» показывают, что уже в школьном возрасте регистрируется сочетание «истощения», «задержка роста», «недостаточной массы тела» и «избыточной массы тела», что отражает двойное бремя нарушении питания и требует принципиально иного подхода к профилактике и мониторингу здоровья детей [1, 15].

По данным «COSI Tajikistan», среди детей 7 лет в 2016/2017 гг. распространённость истощения составляла 4,3%, избыточной массы тела, включая ожирение, 7,6%, задержки роста 10,1%, недостаточной массы тела 7,9%. В 2019 г. соответствующие показатели составили 6,0%, 6,1%, 1,4%, 8,6% и 11,3%. Тем самым даже в пределах короткого временного интервала видно, что в детской популяции страны сохраняется не только проблема избытка массы тела, но и выраженная доля дефицитарных состояний, причём их распределение неодинаково по полу, регионам и типу проживания [1]. В частности, избыточная масса тела чаще отмечалась в городских районах, тогда как показатели «истощения», «задержка роста», «недостаточной массы тела» демонстрировали существенные территориальные колебания, достигая наибольших значений в отдельных регионах, включая районы республиканского подчинения и Хатлонской области.

Выявленные различия имеют принципиальное значение для понимания медико-социальной природы нарушений здоровья у детей. Они указывают,

что речь идёт не о единичных клинических случаях, а о системно детерминированных состояниях, формирующихся под влиянием уровня доходов семьи, доступности и качества медицинской помощи, особенностей питания, образовательной среды, условий проживания и территориальной удалённости [3, 7, 15, 16, 17].

Отдельного внимания заслуживает подростковый возраст как этап максимальной уязвимости и одновременно формирования устойчивых поведенческих паттернов. По данным обзора ВОЗ по вопросам сексуального, репродуктивного, материнского, неонатального, детского и подросткового здоровья (SRMNCAH) и всеобщего охвата услугами здравоохранения (УНС) в Таджикистане, подростковая рождаемость в стране остаётся высокой - 54,3 на 1000 девушек 15-19 лет, что значительно превышает показатели ряда европейских стран и соседних государств [20]. При этом формально существующие подростково-дружественные службы сталкиваются с серьёзными ограничениями в реальной доступности помощи: вопросы конфиденциальности, необходимость согласия родителей и отсутствие системной политики сексуального образования делают подростков особенно уязвимыми в вопросах репродуктивного здоровья [2, 3, 6, 7].

Проблема состояния здоровья детей и подростков в Таджикистане тесно связана и с организацией школьного здравоохранения. Именно школа потенциально является тем универсальным пространством, где могут быть объединены профилактика, раннее выявление отклонений, формирование здорового образа жизни и межсекторальное взаимодействие систем здравоохранения и образования [4, 6, 8]. Однако оценка ВОЗ показала, что школьные службы здоровья в Таджикистане не функционируют в полном соответствии со своими задачами: приблизительно лишь 10% школ обеспечены штатными медицинскими

работниками, финансирование недостаточно, инфраструктура неоднородна, а значительная часть работы ограничивается формальными осмотрами без достаточной доказательной и профилактической направленности [4, 8].

Тем самым современное состояние здоровья детей и подростков в Республике Таджикистан следует рассматривать как сложную междисциплинарную медико-социальную проблему, определяемую действием демографических, экономических, организационных, поведенческих и правовых факторов [1, 2, 4, 5, 6, 8]. Высокая доля детского населения, сохраняющиеся показатели младенческой и детской смертности, двойное бремя нарушений питания, ограниченность финансовой защиты семей, неравномерность доступа к услугам и недостаточная эффективность школьного и подросткового здравоохранения обуславливают необходимость научного осмысления этой сферы и разработки более совершенных моделей медико-социальной помощи детям и подросткам в условиях Таджикистана [1, 2, 4, 5, 6, 8].

Формирование здоровья детей и подростков представляет собой сложный многоуровневый процесс, обусловленный взаимодействием биологических, социально-экономических, экологических, поведенческих и организационных факторов [15, 16, 17]. В современной научной литературе и документах Всемирной Организации Здравоохранения подчёркивается, что здоровье ребёнка формируется не только в системе здравоохранения, но и под влиянием широкого спектра детерминант, включая условия жизни семьи, уровень образования родителей, питание, доступ к медицинской помощи и социальную среду [4, 11, 15, 17, 20].

В основе концептуального подхода к оценке здоровья детей лежит модель социальных детерминант здоровья, согласно которой ключевую роль играют условия, в которых ребёнок рождается, растёт и развивается [3, 13, 15, 20]. Для

стран с переходной экономикой, включая Республику Таджикистан, значение этих факторов особенно велико, поскольку уровень доходов населения, территориальные различия и ограниченность ресурсов здравоохранения непосредственно влияют на доступность и качество медицинской помощи [1, 15].

К числу базовых факторов формирования здоровья относятся биологические и перинатальные условия. Состояние здоровья матери, течение беременности, качество антенатального наблюдения, уровень медицинского сопровождения родов и раннего неонатального периода оказывают определяющее влияние на выживаемость и дальнейшее развитие ребёнка [1, 7, 11, 14]. В странах с ограниченными ресурсами, включая Таджикистан, сохраняются проблемы, связанные с недостаточным охватом качественными перинатальными услугами, что отражается на показателях неонатальной и младенческой смертности [1, 11].

Кроме того, важную роль играют факторы раннего детского развития: грудное вскармливание, своевременное введение прикорма, профилактика дефицитов микроэлементов и инфекционных заболеваний [2, 5, 10]. Нарушения на этом этапе приводят к формированию хронических состояний, включая задержку роста и когнитивные нарушения, которые оказывают долгосрочное влияние на здоровье и социальную адаптацию ребёнка [1, 6, 15].

Социально-экономические условия являются одним из наиболее значимых блоков факторов, определяющих здоровье детей. Уровень доходов семьи, занятость родителей, образовательный уровень матери, жилищные условия и доступ к безопасной воде и санитарии напрямую связаны с риском развития заболеваний, уровнем питания и своевременностью обращения за медицинской помощью [1, 15, 20].

В Таджикистане существенным ограничением является высокая доля

прямых расходов населения на медицинские услуги. Это приводит к отсрочке обращения за помощью, снижению приверженности лечению и ограничению профилактических визитов, особенно среди социально уязвимых групп [1, 16]. Кроме того, многодетность и проживание в сельской местности усиливают нагрузку на семейные ресурсы и ограничивают доступ к качественным медицинским услугам [1, 15, 16].

Питание является ключевым фактором, определяющим физическое развитие и иммунный статус ребёнка [1, 5, 15]. Современные исследования, включая данные «COSI», показывают, что для Таджикистана характерно наличие двойного бремени нарушений питания: сочетание дефицитных состояний (задержка роста, недостаточная масса тела, анемия) и избыточной массы тела и ожирения [1, 15].

Такая ситуация отражает изменения в структуре питания, урбанизацию, снижение физической активности и влияние маркетинга продуктов питания [15]. Нерациональное питание в детском возрасте формирует риски развития неинфекционных заболеваний в более старшем возрасте, включая ожирение, сахарный диабет и сердечно-сосудистую патологию [15, 22].

Дополнительно значимыми являются поведенческие факторы: уровень физической активности, экранное время, привычки питания, а также вредные привычки в подростковом возрасте. Именно в этот период формируются устойчивые модели поведения, которые определяют состояние здоровья во взрослом возрасте [8, 13, 15, 20, 22].

Состояние окружающей среды также оказывает существенное влияние на здоровье детей. Качество воздуха, воды, санитарные условия, климатические особенности и уровень урбанизации формируют риски инфекционных и неинфекционных заболеваний [1, 15].

В условиях Таджикистана важную роль играют территориальные различия: сельские и отдалённые районы характеризуются ограниченным доступом к медицинской помощи, дефицитом кадров и инфраструктуры [1, 3, 15, 16]. Это приводит к неравномерности показателей здоровья детей и требует учёта региональных особенностей при планировании медико-социальных программ [1, 15, 16].

Не менее важным является влияние организации системы здравоохранения. Доступность первичной медико-санитарной помощи, качество профилактических осмотров, наличие междисциплинарного подхода и эффективной маршрутизации пациентов определяют своевременность выявления и коррекции нарушений здоровья [16, 17, 20].

В Таджикистане система здравоохранения сохраняет ряд структурных проблем: недостаточное финансирование, фрагментация услуг, ориентация на стационарную помощь, ограниченное развитие профилактических программ и недостаточная интеграция медицинских и социальных служб. Эти факторы снижают эффективность раннего выявления и сопровождения детей с факторами риска.

Особое значение имеет организация школьного и подросткового здравоохранения, которое должно обеспечивать профилактику, раннюю диагностику и формирование здорового образа жизни [3, 8, 13, 17, 20]. Однако существующие модели в стране не полностью соответствуют современным международным стандартам, что ограничивает их эффективность [3, 8, 17].

Таким образом, формирование здоровья детей и подростков представляет собой результат комплексного воздействия взаимосвязанных факторов, среди которых ключевую роль играют биологические, социально-экономические, поведенческие и организационные детерминанты. Для Республики Таджикистан

характерно усиленное влияние социальных и системных факторов, что требует разработки интегрированных медико-социальных подходов, направленных на раннее выявление рисков, профилактику

заболеваний и обеспечение непрерывности помощи детям и подросткам.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, ICF. Медико-Демографическое исследование Таджикистана 2023. Душанбе, Республика Таджикистан; Роквилл, штат Мэриленд, США: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан и ICF, 2025. 499 с.

2. Боталова ЮС, Говязина ТН. Инвалидность детей и подростков Пермского края как медико-социальная проблема. *Международный студенческий научный вестник*. 2018;(6):63.

3. Всемирная Организация Здравоохранения. Исследование для оценки национальных систем школьного здравоохранения с целью улучшения их работы в странах Европейского региона ВОЗ. Республика Таджикистан 2021 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022. 43 с.

4. Микиртичан ГЛ, Горланов ИА, Каурова ТВ. Медико-социальная характеристика семьи ребенка 13-18 лет, страдающего хронической дерматологической патологией. *Педиатр*. 2011;2(3):55-60.

5. Можейко ЛФ, Маркова ЕД. Особенности течения беременности, родов и состояние новорожденных детей юных первородящих. *Педиатрия. Восточная Европа*. 2022;10(1):69-78.

6. Игнатенко ГА, Золото ЕВ, Шевченко СС, и др. Охрана репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи Донбасса. Реалии и перспективы. *Университетская клиника*. 2024;2(51):93-98.

7. Чичерин ЛП, Щепин ВО, Никитин МВ. К вопросу усиления медико-социального раздела первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам в России.

Общественное здоровье и здравоохранение. 2020;2(66):18-24.

8. Ippolitova MF, Mikhailin ES, Ivanova LA. Health and social care of minors in pregnancy, childbirth and the postpartum period. *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2018;9(5):75-93.

9. Kulikov A, Vartanova K, Krotin P. Medical and social support to adolescents in the Russian Federation. *International handbook on adolescent health and development: the public health response* Cham: Springer International Publishing, 2016:411-432.

10. Meherali S, Punjani N, Louie-Poon S. Mental health of children and adolescents amidst COVID-19 and past pandemics: a rapid systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(7):3432. DOI: 10.3390/ijerph18073432.

11. Niyazova Z, et al. Organization of medical care for patients with eye injuries. *International Journal of Pharmaceutical Research*. 2020;12(4).

12. Robinson S, Rechel B. Health systems in action: Tajikistan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2024.

13. Shabunova AA, Kondakova NA. Children's health and development: results of a 20-year monitoring. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*. 2014;(5):33-54.

14. Wang HHX. Taking a multidisciplinary team approach to better healthcare outcomes for society. *Hong Kong Medical Journal*. 2020;26(6):551-552.

15. World Health Organization. Assessing and improving school health services in the WHO European Region: findings from nine countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2022: 76 p.

16. World Health Organization. Assessment of sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health in the context of universal health coverage in Tajikistan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2021.

17. World Health Organization. Assistive technology market assessment report: Tajikistan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2025: 60 p.

18. World Health Organization. Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): Tajikistan. Report on the fourth (2016/2017) and fifth (2019) rounds of data collection. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2023: 44 p.

19. World Health Organization. Country impact report: inspiring stories of collaboration from the 53 countries in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2024:124 p.

20. World Health Organization. Evaluation of brief intervention delivery by primary-care providers in the WHO European Region: BRIEF project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2025.

21. World Health Organization. Health financing system assessment, Tajikistan 2023: health financing progress matrix. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2024: 50 p.

22. Zijlmans J, Teela L., van Ewijk H, et al. Mental and social health of children and ad-

olescents with pre-existing mental or somatic problems during the COVID-19 pandemic lockdown. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12:692853. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.692853.

Сведения об авторах:

Фарзонаи Э. -

Амиришозода Шерали Темур – соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»; e-mail: peditria@internet.ru

Набиев Зохи́р Нарзуллоевич – начальник Управления организации медицинских услуг матерям, детям и планированию семьи Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, д.м.н., профессор; e-mail: zoir_1962@mail.ru

ORCID ID: 0009-0003-2812-8604

Шамсов Бахтовар Абдулхафизович – директор ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», к.м.н.; тел.: (+992) 907588887; e-mail: bakhtovar01@gmail.com

ORCID ID: 0009-0008-3185-6190

ЮБИЛЕЙ



Пайроҳаи пурчилои зиндагӣ

ДОДХОЕВА МУНАВВАРА ФАЙЗУЛЛОЕВНА

Имрӯз яке аз беҳтарин намунаҳои барҷастаи зани муваффақ, хуршеди дурахшони соҳаи тандурустӣ, илми тиб ва рушди бемайлони он, таълимгару тарбиятгари насли ҷавони кишвар, устои гирифтаи Додхоева Мунаввара Файзуллоевна, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1-и Муассисаи давлатии таълимии “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯали ибни Сино”, Арбоби хизматнишондодаи илми муосир, духтури тахассуси дараҷаи олӣ, Аълоии тандурустии Тоҷикистон, Академики Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон солгарди фархундаву мӯътабар дорад.

Устод Додхоева Мунаввара Файзуллоевна санаи 2 - юми июни соли 1946 дар шаҳри Хуҷанди вилояти Суғд ба дунё омадааст. Баъди хатми мактаби миёна, солҳои 1964-1970 дар Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино таҳсил намудааст. Пас аз хатми Донишгоҳ фаъолияти табибӣ ва илмиро оғоз намуда солҳои 1970-1972 ҳамчун табиби акушер-гинекологӣ таваллудхонаи Ҷумҳуриявӣ фаъолият намуда, соли 1972 ба ординатураи клиникии кафедраи акушерӣ ва гинекологии факултаи муолиҷавии “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” дохил шуда онро соли 1974 бомуваффақият ба итмом расонидааст. Тули солҳои 1974-1977 дар аспирантура таҳсил намуда, пас аз хатми он ба ҳайси омӯзгори кафедраи мазкур ба кор шурӯъ намудааст.

Муҳаббати беандоза ба касбу кор, ҳавасмандӣ ба илмомузӣ ўро водор намуд, ки роҳи илмро пеша кунад ва соли 1980 дар мавзӯи “Пеш аз муҳлат ҷудошавии ҳамроҳаки дурустҷойгиршуда дар шароити Тоҷикистон ва роҳҳои пешгирии он” дар Ҷумҳурии Украина рисолаи номзадиро ҳимоя намудааст. Боиси ифтихор аст, ки устод Мунаввара Файзуллоевна дар “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон” низ тайи солҳои 1980-1983 ҳамчун ҳодими калони илмӣ қору фаъолият намудааст. Пасон соли 1983 ба кафедраи акушерӣ ва гинекологии факултаи муолиҷавии “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” ба сифати омӯзгори кафедра ба кор қабул шудааст.

Ба хотири заҳматҳову саъю кушишҳои зиёд соли 1989 муаллима сазовор ба унвони илмии дотсент ноил гардид.

Додхоева Мунаввара Файзуллоевна дар давоми солҳои 1993-2016 вазифаи муdiri кафедраи акушерӣ ва гинекологии "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино"-ро ба ўҳда дошт. Ногуфта намонад, ки маҳз тавассути қобилияти ташкилотчигии ў лоиҳаҳои зиёде амалӣ гардиданд, ки аз тарафи ташкилотҳои хориҷӣ ҷонибдорӣ шудаанд.

Соли 1998 устод Додхоева М.Ф. дар мавзӯи: "Вазъи кумак ба валодат ва фаъолияти таваллудии занони Тоҷикистон дар давоми солҳои 1986-1996 бо назардошти ҳолати бухронӣ" дар шаҳри Санкт-Петербурги Федератсияи Россия рисолаи докториро ҳимоя намуда, соли 1999 ба унвони илмии профессор сазовор гардид, ки имрӯз ифтихору обрӯи мо аст. Таҳти роҳбарии устод 36 нафар шогирдони фаъол рисолаҳои номзадӣ ҳимоя кардаанд. Айни ҳол зери роҳбарии олими пуртаҷриба Мунаввара Файзуллоевна 10 корҳои илмӣ-тадқиқотӣ дар арафаи анҷомёбӣ қарор доранд, ки барои ҳимояи рисолаҳои номзадӣ ва докторӣ пешбинӣ гардида, ба ҳалли масъалаҳои мубрами солимии репродуктивӣ, модаршавии беҳавф ва таваллуди насли солим бахшида шудаанд.

Дар давоми фаъолияти худ профессор М.Ф. Додхоева мактаби илмии худро ташкил намуд, ки имрӯзҳо дастпарварони он дар гушаву канори Тоҷикистон ва берун аз он, аз ҷумла Германия, Россия бо қору фаъолияти самаранок машғуланд.

Профессор М.Ф. Додхоева зиёда аз 500 адад таълифоти илмӣ дорад, аз ҷумла, 8 монография, инчунин дар ҳамкорӣ бо олими намоёни тоҷик устод М.Я. Расули лугати тиббиро бо се забон дар соҳаи акушерӣ ва гинекологӣ, аз ҷумла бо лотинӣ-русӣ-тоҷикӣ таҳия ва нашр намуд, ки имрӯз лугати номбурда китоби рӯйи мизии ҳамаи табибон ва ҳодимони илм мебошад. Ғайр аз ин намунаи таҳияи таърихи валодат ва бемориҳои акушерӣ ва гинекологӣ бо забони тоҷикӣ омода карда шудааст, ки дар фаъолияти ҳамаҷузъи акушер-гинекологҳои кишвар нақши муҳим дорад.

Устод М.Ф. Додхоева аъзои гурӯҳи кории назди Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба коркард ва таҳияи Стандартҳои миллӣ ва протоколҳои клиникӣ мебошад, ки онҳо барои коҳиш додани бемориҳои модарону навзодон ва фавтияти модару кӯдак дар кишвар мусоидат кардаанд.

Хизматҳои содиқонаву фидокоронаи устоди нотақрор Мунаввара Файзуллоевна баҳри модарону модаршавии беҳавф ва инчунин пешравии дар илми тибби тоҷик бебаҳоянд. Ҳамаи инҳоро бо сухан гуфтан ифода наметавон кард.

Устод дар тамоми Ҷумҳурии Тоҷикистон ва берун аз он чун табиби ҳозиқ ва неруманд, ҳамчун олими барҷаставу нотақрор номдору шӯҳратёр гаштаанд.

Дар дили ҳазору ҳазорон занҳои тоҷик баҳри модаршавӣ умеду орзуҳоро зинда карда ва бо дастони моҳирашон оилаҳои беҳисобро хушбахт кардаанд.

Устод М.Ф. Додхоева узви вобастаи Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Академики Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон интихоб гардида боз ҳам дар олами тиб ва илми муосир шӯҳратманд гардидаанд.

Корҳои илмӣ-тадқиқотии ин олимаи нодир дар Конференсияҳои байналмилалӣ, берун аз Ҷумҳурии Тоҷикистон низ муаррифӣ шудаанд. Мунаввара Файзуллоевна фарзанди фарзонаи миллат, часурина ва бомуваффақияти калон доир ба солимии репродуктивӣ ва модаршавии беҳавф, баробарҳукуки гендерӣ, тарзи ҳаёти солим, проблемаи коҳишдиҳии камбизоатӣ дар Дания, Тунис, Австралия, Италия, Чехия, Австрия, Великобритания, Ҷумҳурии Чин, Германия, Москва, Санкт-Петербург, Алмаато, Тошкент, Ашхобод, Астана ва Бишкек бо маърузаҳои пурмуҳтавои илмӣ баромад карда, Ватани азизамон Тоҷикистонро дар арсаи ҷаҳонӣ муаррифӣ намунадааст. Солҳои тулонӣ, алаҳусус 22 соли пурмашаққатро устод Мунаввара Файзуллоевна роҳбарии кафедра дар заминаи Таваллудхонаи шаҳрии №1 ба ўҳда

дошт ва имрӯз низ устод Мунаввара Файзуллоена профессори кафедраи номбурда мебошад. Маҳз ба хотири ташкилотчигӣ, ҳамкории якҷоя ва дӯстонаи кормандони кафедра ва таваллудхона ин муассисаи тиббӣ дар қатори муассисаҳои тибб, дар ҳама самтҳо пешқадам, муваффақ ва дар кишвар дар самти ҷорӣ намудани технологияҳои муосири перинаталӣ фаъол мебошад.

Чунин дастовардҳо пеш аз ҳама ба фаъолияти пурсамари профессор М.Ф. Додхоева вобастаанд, чунки ӯ дорои қобилияти баланди ташкилотчигӣ дорад. Тули солҳои зиёд устои иззатманду муътабар М.Ф. Додхоева табиб-машваратчии таваллудхонаи мазкур буда, ба таваллудхонаҳои гуногуни мамлакат низ ёрии тибби-машваратӣ расонидааст.

Профессор М.Ф. Додхоева айни ҳол фаъолияти ҳаматарафаи пурҷӯшу меҳнатқарин дошта, барои ҳамкорон ва шогирдон намунаи ибрат мебошад. Ӯ зиндадилу фаъол аст, пур аз ғояҳо аст. Бигзор дастовардҳои музаффариятҳои беназир ва хонадони Шумо, муаллимаи азиз нуру зиё ва саодатмандии ҷовидона ато намояд.

Устод Мунаввара Файзуллоевна чун ҳарвақта фаъол аст дар қорҳои ташкилотии донишгоҳ қори пурсамар дорад, бо қорҳои таълимӣ, илмӣ ва муолиҷавӣ машғул аст, бо донишҷӯён, интернахову ординаторҳо ва табибони ҷавон машғулиятҳои амалӣ мегузаронад, бо табибон бозомузӣ касбӣ ва даврҳои тақмили ихтисосро мегузаронад. Устод М.Ф. Додхоева инчунин аъзои Комиссияи экспертии КОА-и назди Президенти ҶТ, аъзои Комиссияи аттестатсионии назди ВТ ҶИА ҶТ, аъзои комиссияи баррасии фавти модарӣ, аъзои комиссия оид ба супоридани мукофотҳои академик Е.Н. Павловский, академик Х.Х. Мансуров, раиси Комиссияи таҳқиқи байникафедравии оид ба соҳаи акушерӣ, гинекологӣ ва ҷарроҳӣ, аъзои бюрои шӯъбаи биология ва тибби АМИТ, аъзои ҳайати таҳририи маҷаллаҳои "Паёми Сино", "Ахбори Академияи илмҳо", "Модар ва кӯдак" мебошад.

Дар давоми солҳои 2000-2022 устод М.Ф. Додхоева вазифаи раисии Ассотсиатсияи "Модарии беҳавф" - ро ба ўҳда дотштанд, ки фаъолияти он ба баланд бардоштани маърифатнокии аҳоли доир ба масъалаҳои саломатии репродуктивӣ ва ҳуқуқи репродуктивӣ миёни наврасон, мардон ва занони синни репродуктивӣ, ходимони дин равона шудааст.

Академик Мунаввара Файзуллоевна Додхоева фахри миллат, машҳуру номдор дар тамоми Ҷумҳурии Тоҷикистон ва берун аз он, дар соҳаи муқаддаси тиб ва доираҳои бонуфузи илмӣ низ соҳиби обрӯю эътибори баланд мебошад.

Дар назди мардуми шарафманди Тоҷикистон ва Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Академияи миллии Тоҷикистон заҳматҳои Мунаввара Файзуллоевна аз назарҳо дур нест.

Фаъолияти пурсамар ва хизматҳои ин олими маъруф аз тарафи Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон борҳо қадрдонӣ шудаанд.

Устои иззатманд М.Ф. Додхоева сазовори Медал: "Барои хизмати шоиста", бо унвони "Аълоии тандурустии Тоҷикистон", бо унвони "Арбоби илм ва техника" ва инчунин бо Ифтихорномаҳои роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино, таваллудхонаи №1, Кумитаи қор бо қанон ва оилаи назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон низ қадрдонӣ қарда шудааст.

Соҳибифтихор аст, ки соли 2021 ин олими нотақрори тоҷик ғолиби озмуни миллии: "ТОП-100 қанони муваффақи Тоҷикистон" гардидааст.

Устои устодон, гавҳари нотақрори олами тиб ва илми тоҷик, фарзанди фарзонаи миллати тоҷик Мунаввара Файзуллоевна, иҷозат фармояд шахсан аз номи худам ва аз номи тамоми кормандони Муассисаи давлатии "Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон" Шуморо ба муносибати Солгарди баҳори умратон та-

брику таҳният гуфта ба Шумо аз даргоҳи Офаридгор саломативу умри дарози пурфайз, фархундаҳоливу фатҳу нусрату комгорӣ ва тамоми хушиҳои рузгорро таманно дорем.

Бигузор, дар пайроҳаҳои ҳаёт чун имрӯз сарбаландона қадамҳои устувор пеш гузоред ва дастони шифокори Шумо асло дардро набинад. Орзуманди он ҳастем, ки чехраи шумо ҳамеша чун гулҳои баҳорӣ хандону шукуфон бошад.

Муаллимаи азизу муътабар Шумо сазовори беҳтарин кадрдониву эҳтиром ҳастед, зеро муҳаббати самимии Шумо ҳадду канор надорад.

Бароятон муаллимаи азизу нотақрор Мунаввара Файзуллоевна беҳтарин, зеботарин неъматҳои рӯйи заминро орзумандем.

Ҳамеша дар ихотаи гарму ҷӯшони оила, дӯстону наздикон хушҳолу хушбаҳор бошед ва зиндагии хушбахту наку насибатон бод!

*Чаҳон зи шамси ту анвор чиддааст, устод,
Шарофати ту бар ман ҳам расидааст, устод!
Милоди устод бар тамоми дунё табрик,
Ба шамсу қамар, ба кӯҳу дарё табрик!
Милоди умрат, эй устод, бар худи ту табрик,
Аммо беи аз ту ҳазорбора бар мо табрик!*

Бо эҳтироми самимӣ ва муҳаббати беандоза, роҳбарият ва коллективи Муассисаи давлатии "Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон"

**Правила направления, рецензирования и опубликования
научных статей в журнале «Мать и дитя»
Государственного учреждения
«Таджикский научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии»**

Уважаемые авторы!
Редакция журнала «Мать и дитя» просит Вас придерживаться

**следующих правил оформления
рукописи**

1. Направляемый для публикации рукопись статьи должен быть напечатан стандартным шрифтом **14, интервал 1,5** на одной стороне стандартного листа формата А 4 (210×297) с полями 3 см слева, 1,5 справа, и по 2 см сверху и снизу. Рукопись статьи принимается **в двух экземплярах, обязательно наличие электронной версии.**

2. Рукопись статьи должна быть **завизирована подписью руководителя учреждения и гербовой печатью** и должно быть представлено сопроводительное письмо от учреждения в редакцию.

3. В титульной странице указываются **УДК, фамилия и инициалы автора и соавторов; название статьи полностью заглавными буквами; данные об учреждении, в том числе кафедра, отдел или лаборатория, город, страна.** Далее следует указать **контактную информацию на всех авторов** (полностью фамилия, имя, отчество, почтовый адрес, телефон, электронная почта, место работы, должность, ученая степень и звание – при наличии).

4. Перед текстом должно быть написано отдельное **резюме (от 250 до 300 слов)**, вкратце отражающее содержание рукописи.

Резюме рукописи статьи представляется на русском, таджикском и английском языках.

5. В конце статья должна быть **собственноручно подписана автором и соавторами.** При наличии соавторов в конце статьи указывается **отсутствие конфликта интересов.**

6. Рекомендуемый **объем статей:** для оригинальных исследований – 8-10 страниц, описание отдельных наблюдений – 5 страниц, обзор литературы – 12-15 страниц информации, клинический случай, письма в редакцию и другой материал – 3 страницы. Оригинальные исследования должны иметь следующую структуру: **УДК; инициалы и фамилии автора/ов; полное название рукописи; аннотация (резюме); введение (актуальность); цель исследования; основная часть, которая содержит разделы: «Материал и методы»; «Результаты» и «Обсуждения»; выводов (заключение) и списка литературы.**

На титульной странице дается следующая информация: полное название статьи; инициалы и фамилии автора/ов; официальное название и местонахождение (город, страна) учреждения (учреждений), в которых выполнялась работа. Ключевые слова (не более 6), сведения об авторах.

Здесь же необходимо предоставить информацию об источниках спонсорской поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных средств; засвидетельствовать об отсутствии конфликта интересов; указать количество страниц, таблиц и рисунков, а также – адрес для корреспонденции.

Название статьи должно быть лаконичным, информативным и точно определять её содержание. В сведениях об авторах указываются фамилии, имена, отчества авторов, учёные степени и звания, должности, место работы (название учреждения и его структурного подразделения), а также следующие

идентификаторы: Researcher ID (WoS), Scopus ID, ORCID ID, SPIN-код (РИНЦ), Author ID (РИНЦ).

В адресе для корреспонденции следует указать почтовый индекс и адрес, место работы, контактные телефоны и электронный адрес того автора, с кем будет осуществляться редакционная переписка. Адрес для корреспонденции публикуется вместе со статьёй. В аннотации (резюме) оригинальной научной статьи обязательно следует выделить разделы **«Цель»**, **«Материал и методы»**, **«Результаты»**, **«Заключение»**.

Аннотация предоставляется на русском, таджикском и английском языках (250-300 слов) и должна быть пригодной для опубликования отдельно от статьи.

Аннотации кратких сообщений, обзоров, случаев из практики не структурируются, объём их должен составлять не менее 150 слов. Аннотация, ключевые слова, информация об авторах и библиографические списки отсылаются редакцией в электронные информационные базы для индексации.

Во «Введении» приводится краткий обзор литературы по рассматриваемой проблеме, акцентируется внимание на спорных и нерешённых вопросах, формулируется и обосновывается цель работы.

В разделе **«Материал и методы»** необходимо дать подробную информацию касательно выбранных объектов и методов исследования, а также охарактеризовать использованное оборудование. В тех клинических исследованиях, где лечебно-диагностические методы не соответствуют стандартным процедурам, авторам следует предоставить информацию о том, что комитет по этике учреждения, где выполнена работа, одобряет и гарантирует соответствие последних Хельсинкской декларации 1975 г.

В статьях запрещено размещать конфиденциальную информацию, которая может идентифицировать личность пациента (упоминание его фамилии, номера истории болезни и т.д.). Авторы обя-

заны поставить в известность пациента о возможной публикации данных, освещающих особенности его/её заболевания и применённых лечебно-диагностических методов, а также гарантировать конфиденциальность при размещении указанных данных в печатных и электронных изданиях.

В экспериментальных работах с использованием лабораторных животных обязательно даётся информация о том, что содержание и использование лабораторных животных при проведении исследования соответствовало международным, национальным правилам или же правилам по этическому обращению с животными того учреждения, в котором выполнена работа.

В конце раздела даётся подробное описание методов статистической обработки и анализа материала. Раздел **«Результаты»** должен корректно и достаточно подробно отражать как основное содержание исследований, так и их результаты. Для большей наглядности полученных данных последние целесообразно представлять в виде таблиц и рисунков.

В разделе **«Обсуждение»** результаты, полученные в ходе исследования, с критических позиций должны быть обсуждены и проанализированы с точки зрения их научной новизны, практической значимости и сопоставлены с уже известными данными других авторов.

Выводы должны быть лаконичными и чётко сформулированными. В них должны быть даны ответы на вопросы, поставленные в цели и задачах исследования, отражены основные полученные результаты с указанием их новизны и практической значимости.

Следует использовать только общепринятые символы и сокращения. При частом использовании в тексте каких-либо словосочетаний допускается их сокращение в виде аббревиатуры, которая при первом упоминании даётся в скобках.

Все физические величины выражаются в единицах Международной Системы

(СИ). Допускается упоминание только международных непатентованных названий лекарственных препаратов.

Список литературы составляется по алфавиту в соответствии с ГОСТ Р 7.1-84. Обязательно указываются фамилии и инициалы всех авторов. При количестве же авторов более шести допускается вставка [и др.] или [et al.] после перечисления первых шести авторов. В тексте рукописи дается ссылка на порядковый номер в **квадратных скобках**.

В конце приводится оформление литературы по типу **Referenses**.

Количество источников для оригинальной статьи – 8-10, для обзора/ов – 40-45. Принимаются ссылки на авторов только за **последние 5-7 лет исследования (для обзоров - 10 лет)**. Необходимо также предоставить список литературы в английской транслитерации. Рукопись должна быть тщательно выверена автором: цитаты, формулы, таблицы, дозы. В сноске к цитатам указывается источник (в виде порядкового номера по списку литературы). В статью включаются только необходимые для пояснения текста рисунки, которые не должны повторять материал таблиц. Подписи к рисункам даются внизу рисунка, рядом с порядковым номером.

Фотографии (черно-белые или цветные) включаются в статью, именуются, как рисунки, и должны быть набраны в формате, удобном для редактирования. **Фото рисунков не принимаются!**

Таблицы должны содержать сжатые, необходимые данные. Все цифры, итоги и проценты должны соответствовать приводимым в тексте. **Фото таблиц не принимаются!** Таблицы должны быть размещены в тексте статьи непосредственно после упоминания о них, пронумерованы и иметь название, а при необходимости – подстрочные примечания. Таблицы должны быть набраны в формате Microsoft Office Word 2007.

Ссылки на неопубликованные работы не допускаются. Ссылки на

собственные работы авторов комитетом ВАК по этике признаны некорректными и в статье не допускаются! Также не допускаются ссылки на диссертации, авторефераты диссертаций, тезисы и материалы съездов и конференций.

Ответственность за правильность и полноту всех ссылок, а также точность цитирования перво-источников возложена на авторов

Направление в редакцию работ, которые отправлены в другие издания или опубликованы в них, не допускаются.

Редакция вправе сокращать и рецензировать статьи. **Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.**

Направление рукописи:

В редакцию направляются два экземпляра рукописи. Обязательной является отправка текста статьи, графических материалов и сопроводительных документов на электронный адрес журнала.

Статьи принимаются редакцией при наличии направления учреждения и визы руководителя. При направлении в редакцию журнала рукописи статьи, к последней прилагается сопроводительное письмо от авторов, где должны быть отражены следующие моменты:

- о инициалы и фамилии авторов
- о название статьи информация о том, что статья не была ранее опубликована, а также не представлена другому журналу для рассмотрения и публикации
- о обязательство авторов, что в случае принятия статьи к печати, они предоставят авторское право издателю
- о подтверждение того, что авторы ознакомлены с договором и дают своё согласие подписать указанный договор одному из выбранных из их числа автору

- о заявлении об отсутствии финансовых и других конфликтных интересов
- о свидетельстве о том, что авторы не получали никаких вознаграждений ни в какой форме от фирм-производителей, в том числе конкурентов, способных оказать влияние на результаты работы
- о информации об участии авторов в создании статьи. Наряду с вышеперечисленными документами авторы должны предоставить подписанный договор о передаче издателю своих авторских прав.

Рукописи, не соответствующие правилам, редакцией не принимаются, о чём информируются авторы. Переписка с авторами осуществляется только по электронной почте.

Порядок рецензирования рукописей

Статьи, поступающие в редакцию, проходят предварительную экспертизу и принимаются в установленном порядке.

После предварительного просмотра статьи, при необходимости, редакция сообщает автору замечания по содержанию и оформлению рукописи, которые необходимо устранить до передачи текста на рецензирование.

Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих ее тематике, с целью их экспертной оценки. Все рецензенты являются признанными специалистами по тематике рецензируемых материалов и имеют в течение последних 3 лет публикации по тематике рецензируемой статьи. Рецензентами не могут быть научные руководители авторов статей.

Рецензия содержит обоснованное перечисление положительных качеств материала, в том числе научную новизну проблемы, её актуальность, фактологическую точность цитирования, хороший стиль изложения, использование современных источников, а также мотивированное перечисление недостатков

материала. В заключении даётся общая оценка материала и рекомендация для редколлегии (опубликовать материал, опубликовать материал после доработки, направить на доработку, направить на дополнительное рецензирование, отклонить).

Статья, нуждающаяся в доработке, направляется авторам с замечаниями рецензента и редактора для их устранения с последующим обязательным согласованием внесённых исправлений с редакцией.

В случае отрицательной рецензии редакция издания направляет авторам представленных материалов копии рецензий или письменный мотивированный отказ.

Редакция также обязуется направлять копии рецензий на опубликованный материал в Высшую аттестационную комиссию при Президенте Республики Таджикистан при поступлении в редакцию издания соответствующего запроса.

Авторы должны внести все необходимые исправления в окончательный вариант печатного материала и вернуть в редакцию исправленный текст и его идентичный электронный вариант, а также рукопись с замечаниями рецензента. После доработки статья повторно рецензируется, и редакция принимает решение о её публикации.

Двухстороннее слепое рецензирование рукописи осуществляется конфиденциально. Разглашение конфиденциальных деталей рецензирования рукописи нарушает права автора. Рецензентам не разрешается снимать копии с рукописей для своих нужд.

Рецензенты, а также сотрудники редакции не имеют права использовать информацию, содержащуюся в рукописи, в своих собственных интересах до её опубликования.

Рецензии хранятся в редакции издания в течение 5 лет.

Публикация статьи осуществляется при наличии положительной рецензии и решения членов редколлегии об её издании. Порядок и очерёдность публикации статьи определяется в зависимости от даты поступления окончательного варианта статьи.

В одном номере журнала может быть

опубликовано не более 2 работ одного автора.

Ранее опубликованные в других изданиях статьи не принимаются.

За правильность приведённых данных ответственность несут авторы. Авторские материалы не обязательно отражают точку зрения редколлегии.