



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

1 (87) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

1 (87)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026 *январь*

UDC-618-333

МАТЕРИНКИЕ ФАКОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АНТЕНАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА

Абдиева Нигина Улугбековна <https://orcid.org/0009-0008-8877-1569> e-mail: nigina_abdiyeva@bsmi.uz

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), фетальная смерть определяется как гибель плода до его полного изгнания или извлечения, независимо от продолжительности беременности. При этом термин «stillbirth» (внутриутробная гибель плода / мертворождение) применяется лишь к случаям беременности после 28 недель гестации. Значительный прогресс в перинатальной медицине проявляется в существенном снижении частоты мертворождений, особенно в развитых странах: сейчас примерно 98 % случаев мертворождения регистрируются в бедных и развивающихся странах. Мертворождение оказывает сильное психологическое и медицинское воздействие как на пациентку, так и на врача. Поскольку почти половина случаев мертворождений возникает при, казалось бы, неосложнённых беременностях, становится критически важным рассмотреть известные предикторы внутриутробной гибели плода. У недоношенных и доношенных плодов перинатальная смертность выше у тех, кто мал для гестационного возраста, и этот риск пропорционально возрастает с тяжестью задержки роста плода. Затяжной первый период родов не ассоциируется с повышенным риском перинатальной смертности и заболеваемости, но продлённый второй период родов ассоциируется с повышенной смертностью и новорожденческой заболеваемостью, проявляющейся сепсисом, судорожными припадками и гипоксически-ишемической энцефалопатией. Ультразвуковое исследование плаценты и пуповины является обязательным элементом мониторинга беременности. Разные ультразвуковые находки связывают с неблагоприятными перинатальными исходами, в том числе с внутриутробной гибелью плода. После обзора доказательной базы относительно предикторов внутриутробной гибели плода мы предлагаем общую стратегию снижения вероятности мертворождения.

Ключевые слова: внутриутробной гибели, stillbirth, аномалия, плод, инфекция.

HOMILANING ANTENATAL O'LIMI RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARI

Abdieva Nigina Ulug'bekovna <https://orcid.org/0009-0008-8877-1569> e-mail: nigina_abdiyeva@bsmi.uz

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh. A. Navoiy kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezyume

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, fetal o'lim homilaning homiladorlik davomiyligidan qat'i nazar, to'liq chiqarib yuborilishidan yoki ajratib olinishidan oldin nobud bo'lishi sifatida ta'riflanadi. Shu bilan birga, "stillbirth" (bachadonda homilaning nobud bo'lishi / o'lik tug'ilish) atamasi faqat 28 haftadan keyingi gestatsiya holatlariga nisbatan qo'llaniladi. Perinatal tibbiyotdagi sezilarli taraqqiyot homila o'limi chastotasining keskin kamayishida namoyon bo'lmoqda, ayniqsa rivojlangan mamlakatlarda: hozirgi vaqtda o'lik tug'ilish holatlarining taxminan 98 % i kambag'al va rivojlanayotgan mamlakatlarda qayd etiladi. O'lik tug'ilish bemor ayol hamda shifokor uchun kuchli psixologik va tibbiy ta'sir ko'rsatadi. Homila o'limi deyarli yarmi, go'yoki asoratsiz kechayotgan homiladorliklarda yuzaga kelgani sababli,

homilaning bachadon ichida nobud bo'lishi bilan bog'liq ma'lum prediktorlarni chuqur tahlil qilish muhim ahamiyat kasb etadi. Muddatidan oldin va muddatida tug'ilgan homilalarda perinatal o'lim darajasi gestatsion yoshiga nisbatan kichik bo'lganlarda yuqoriroq bo'lib, bu xavf homila o'sishining kechikish darajasiga mutanosib ravishda ortib boradi. Tug'ruqning birinchi davrining cho'zilishi perinatal o'lim va kasallanish xavfining oshishi bilan bog'liq emas, biroq tug'ruqning ikkinchi davrining uzayishi o'lim va yangi tug'ilgan chaqaloqlar kasallanishining ortishi bilan bog'liq bo'lib, bu holatlar sepsis, tutqanoq xurujlari va gipoksik-ishemik ensefalopatiya bilan namoyon bo'ladi. Platsenta va kindik ichagini ultratovush tekshiruvi homiladorlik monitoringining majburiy qismi hisoblanadi. Turli ultratovush belgilarining noqulay perinatal natijalar, jumladan, bachadon ichida homilaning nobud bo'lishi bilan bog'liqligi aniqlangan. Homilaning bachadon ichida nobud bo'lishi prediktorlari bo'yicha dalillarga asoslangan ma'lumotlarni ko'rib chiqib, biz o'lik tug'ilish ehtimolini kamaytirishga qaratilgan umumiy strategiyani taklif etamiz.

Kalit so'zlar: bachadon ichida homila nobud bo'lishi, stillbirth, anomaliya, homila, infeksiya.

MATERNAL RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF ANTENATAL FETAL DEATH

Abdieva Nigina Ulugbekovna <https://orcid.org/0009-0008-8877-1569>
e-mail: nigina_abdiyeva@bsmi.uz

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

According to the World Health Organization (WHO), fetal death is defined as the death of a fetus prior to its complete expulsion or extraction from the mother, regardless of the duration of pregnancy. The term "stillbirth" is applied only to pregnancies of 28 weeks of gestation or more.

Significant progress in perinatal medicine has resulted in a substantial reduction in the rate of stillbirths, particularly in developed countries; currently, approximately 98% of stillbirths occur in low-income and developing countries.

Stillbirth has a profound psychological and medical impact on both the patient and the physician. Since nearly half of stillbirth cases occur in apparently uncomplicated pregnancies, it is critically important to examine known predictors of intrauterine fetal death.

Among preterm and term fetuses, perinatal mortality is higher in those who are small for gestational age, with the risk increasing proportionally to the severity of fetal growth restriction.

Prolongation of the first stage of labor is not associated with an increased risk of perinatal mortality or morbidity; however, a prolonged second stage of labor is associated with increased mortality and neonatal morbidity, including sepsis, seizures, and hypoxic-ischemic encephalopathy.

Ultrasound examination of the placenta and umbilical cord is a mandatory component of pregnancy monitoring. Various ultrasound findings have been associated with adverse perinatal outcomes, including intrauterine fetal death.

After reviewing the evidence regarding predictors of intrauterine fetal death, we propose a general strategy aimed at reducing the likelihood of stillbirth.

Keywords: intrauterine fetal death, miscarriage, stillbirth, anomaly, fetus, infection.

Актуальность

Предпочтительный термин для внутриутробной гибели плода — stillbirth, применяемый к гибели плода in utero после 24 недель гестации или при массе тела ≥ 500 г. Согласно ВОЗ, фетальная смерть — гибель плода до его полного изгнания — используется независимо от срока беременности, но термин stillbirth применяется лишь к случаям после 28 недель гестации [1]. Граница между выкидышем (miscarriage) и мертворождением (stillbirth) варьируется в разных странах — от 16 до 28 недель гестации [2-4]. В то же время stillbirth может быть «ранним» (20–27 нед) и «поздним» (>28 нед). Если гестационный возраст неизвестен, вторым критерием для разграничения является масса тела или длина плода (при недоступности первых двух

показателей) — границей служит 25 см. Значительный прогресс перинатологии выражается в снижении частоты мертворождений, особенно в развитых странах: около 98 % случаев now регистрируются в бедных и развивающихся странах [5]. Ряд фетальных, материнских и плацентарных факторов коррелирует с уровнем мертворождений: принадлежность к черной расе, крайний возраст матери, семейное положение, многоплодная беременность, пол плода [6,7]. По данным McClure и соавт., в развивающихся странах основными факторами являются затяжные роды, преэклампсия и инфекционные факторы, тогда как в развитых странах — врождённые аномалии и различные хромосомные нарушения [8]. Мертворождение оказывает серьёзное воздействие как на пациентку, так и на врача, особенно учитывая, что почти половина таких случаев возникает при, на первый взгляд, неосложнённых беременностях. Мертворождение, возникающее в ранний срок, чаще имеет очевидную причину, чем то, которое происходит позднее [9-11]. Внутриутробная гибель плода без явных материнских, фетальных, плацентарных или акушерских факторов встречается в 25–60 % случаев, и две трети таких случаев случаются после 35 недель гестации. С учётом высокой степени непредсказуемости важно рассмотреть известные маркеры прогноза внутриутробной гибели плода.

Обсуждение

Ограничение роста плода (Fetal Growth Restriction, FGR) и внутриутробная гибель

Плод, у которого оценочная масса меньше 10-го перцентиля по гестационному возрасту, рассматривается как имеющий ограничение роста плода (FGR). При этом важно различать конституционально небольшой плод и патологическое ограничение роста, обусловленное нарушениями материнского, плацентарного или фетального характера [12-15]. Это различие важно из-за ассоциированных неблагоприятных перинатальных исходов: преждевременных родов, нарушений терморегуляции, ослабленного иммунитета, перинатальной асфиксии, гипогликемии, диабета и смертности. Согласно Zeitlin и соавт. [9], как у недоношенных, так и у доношенных детей перинатальная смертность выше у тех, кто мал для гестационного возраста. Этот риск растёт по мере усиления ограничения роста и особенно резко при массе ниже 6-го перцентиля. В одном крупном исследовании, охватившем более 1,5 млн одноплодных родов, была выявлена значительная разница: у доношенных без ограничения роста смертность — 0,6/1000, у доношенных с ограничением — 2,8/1000; у недоношенных с нормальной массой — 22,9/1000, а с ограничением — 60,0/1000 [16]. Авторы заключили, что методы выявления и профилактики ограничения роста плода — важнейший инструмент снижения фетальной смертности. В нашем подразделении (Кафедра акушерства и гинекологии Университетской экстренной больницы Бухареста) мы провели ретроспективное исследование за 5 лет (январь 2014 – октябрь 2018) на 1 405 недоношенных и доношенных детях с ограничением роста. Общие результаты совпадают с ранее опубликованными данными [10,21,22]. Приведены краткосрочные осложнения в изученной популяции; группа разделена так: Группа 1 — недоношенные малыши; Группа 2 — недоношенные с адекватной массой; Группа 3 — доношенные малыши с ограничением роста. Заштрихованная строка показывает различия в перинатальной смертности: наибольший процент — у недоношенных с ограничением роста. Различий между доношенными с ограничением роста и недоношенными с адекватной массой не выявлено. Мы разработали протокол ведения осложнённых случаев FGR, включающий:

1. серийное ультразвуковое исследование, биофизический профиль и доплеровскую скорость (от одного до семи раз в неделю) для коррекции ведения беременности;
2. введение антенатальных кортикостероидов при беременности 24–34 недель;
3. немедленное родоразрешение при аномальном кровотоке в ductus venosus до 32 недель, обратном диастолическом кровотоке в артерии пуповины после 32 недель или отсутствии диастолического кровотока после 34 недель. Чтобы продлить беременность после 32 недель, рекомендован ежедневный биофизический профиль, а родоразрешение — лишь при обратном диастолическом кровотоке в артерии пуповины, сопровождаемом аномальным биофизическим профилем.

Продлённые роды и гибель плода

Аномалии родовой деятельности традиционно описываются как пролиферативные расстройства или остановка (arrest). Чрезмерно длинная активная фаза — пролиферативная (protracted), слишком длительный латентный период — удлинённый (prolonged) [23]. Для матери

такие расстройства связаны с повышенным риском послеродового кровотечения, оперативных вмешательств, кесарева сечения, разрывов промежности III–IV степени, хориоамнионита [24,25]. Для ребёнка: пролиферативная первая стадия не связана с ростом перинатальных рисков, тогда как продлённая вторая стадия ассоциирована с повышенной смертностью и осложнениями новорожденных — сепсисом, судорогами, гипоксически-ишемической энцефалопатией [26,27]. Обычно продлённая вторая стадия обусловлена макросомией, маленьким тазом либо неподходящим положением плода, а не гипоконтрактильностью на первой стадии. Считается, что вторая стадия длительна, если первородящая женщина тужилась ≥ 3 часа или повторнородящая ≥ 2 часа без эпидуральной анестезии и без продвижения [28]. Усиление (augmentation) с окситоцином показано после 60–90 минут потуживания, если продвижение минимально и родовая активность нерегулярна (схватки >1 раз за 3 минуты). Продление допускается лишь при возможности безопасного вагинального родоразрешения, с учётом акушерской истории, клинической пельвиметрии, роста/массы матери, положения и массы плода, сердечного ритма плода, хирургического анамнеза и информированного согласия пациентки [29–32]. Интервенции, такие как отсроченное потуживание, изменение положения матери и упражнения мышц тазового дна, не доказали значительного влияния на продолжительность второй стадии [18,33].

Патологии плаценты и пуповины и внутриутробная гибель плода

Ультразвуковое исследование плаценты и пуповины жизненно важно для адекватного мониторинга беременности. Различные ультразвуковые находки связаны с неблагоприятными перинатальными исходами, включая внутриутробную гибель плода. Ниже обсуждаются особенности и их связь с плохим прогнозом:

1. **Одна пуповинная артерия (single umbilical artery, SUA)** — диагностика основана на визуализации одной сосуда у мочевого пузыря плода, встречается примерно в 0,5 % беременностей. Ассоциируется с диабетом матери, курением и эпилепсией. При отсутствии других аномалий статистически значимого увеличения смертности не выявлено [20], но риск возрастает при сочетании с анатомическими или хромосомными аномалиями. В отсутствие других патологий рекомендовано отслеживать рост плода каждые 4–6 недель и рассмотреть постнатальный скрининг почек, если визуализация была неудовлетворительной.

2. **Гипоплазия одной из пуповинных артерий** — иногда выявляется при УЗИ. Нет стандартизированного определения степени несоответствия. Более распространена в группе высокого риска; необходим скрининг на другие аномалии плода.

3. **Аневризма и варикоз пуповины (aneurysm / varix)** — редкие, но связаны с высокой вероятностью гибели плода из-за разрыв сосудов, внутриамниотического кровотечения и фетальной экссангуинации [21]. При пренатальной диагностике требуется частый мониторинг (НСТ, УЗИ) и родоразрешение после зрелости лёгких [22,23].

4. **Веламатное (velamentous) прикрепление пуповины** — встречается примерно в 1 % одиночных беременностей. Диагностируется, когда пуповина прикрепляется в толще (вне плаценты), а сосуды расходятся к месту плаценты. При разрыве плодных оболочек возможно повреждение сосудов, особенно при vasa previa [25]. В таких случаях требуется детальное УЗИ-сканирование на наличие vasa previa, серийное отслеживание роста плода, еженедельное НСТ после 36 недель и плановое родоразрешение к 40 нед., а также непрерывный мониторинг сердечной деятельности плода во время родов.

5. **Истинный узел пуповины (true knot)** — связан с высоким риском гибели плода, особенно если узел тугой или множественный. Такие беременности требуют усиленного мониторинга в третьем триместре: серийные УЗИ с доплером, оценка роста плода, индекса околоплодной жидкости, биофизического профиля и НСТ.

6. **Отслойка плаценты (abruptio placentae)** — затрагивает около 1 % беременностей, а чувствительность УЗИ к этому состоянию составляет только 25–60 % . Хроническая отслойка связана с высоким риском FGR и сопутствующими последствиями, при острой форме перинатальная смертность достигает 3–12 %, и более 50 % случаев заканчиваются мертворождением. Диагноз в основном клинический; требуется постоянный мониторинг плода, обеспечение венозного доступа, контроль состояния матери и оценка коагулопатии . При неблагоприятной кардиотокографии плода показано немедленное родоразрешение; при

стабильном состоянии матери и плода, но подозрении на отслойку — рекомендуется родоразрешение после 34 недель, поскольку польза превышает риск. Риск рецидива составляет 3–15 %; следующая беременность считается высокой степенью риска.

7. Предлежание плаценты (placenta praevia) — ассоциируется с увеличенным (в 3–5 раз) риском преждевременных родов поэтому перинатальная и неонатальная заболеваемость/смертность связаны с осложнениями недоношенности. Для снижения риска рекомендовано введение кортикостероидов до 34 недель и плановое позднее кесарево сечение. Признаки, предсказывающие кровотечения: длина шейки <3 см, укорачивание шейки в третьем триместре, утолщённый край плаценты с эконегативным пространством над внутренним цервикальным зевом.

Посттерминальная беременность

Посттерминальная беременность может сопровождаться продолжением роста плода (макросомия) или ухудшением функции плаценты, что ведёт к FGR и «истощённому» плоду по гестационному возрасту. Недавнее исследование показало двукратное увеличение риска мертворождения при посттерминальных беременностях по сравнению с доношенными. Факторы, повышающие перинатальную смертность: фетоплацентарная недостаточность, асфиксия, внутриутробная инфекция, первородство, возраст матери. Для одиночных, головного предлежания, неосложнённых беременностей рекомендована индукция родов на 41 неделе, независимо от состояния шейки матки, при достоверно установленном сроке и благоприятной оценке плода. Такой подход обеспечивает примерно **70 % снижение** перинатальной смертности и мертворождений. Каждое решение должно быть персонализировано, при этом снижение шевеления плода по ощущениям матери рассматривается как маркер повышенного риска.

Гестационный диабет

Беременности с гестационным диабетом требуют тщательного мониторинга и терапии. Риск мертворождения в таких случаях выше, чем в общей популяции, и главным образом зависит от недостаточного контроля гликемии. Наличие многоводия также служит важным маркером повышенного риска в неаномальных и диабетических беременностях [59]. Оптимальный гликемический контроль — ключевое условие ведения. Антенатальное тестирование плода включает НСТ дважды в неделю и УЗИ околоплодной жидкости с 32 недель для женщин с плохим контролем гликемии или лечащихся инсулином / пероральными антигипергликемическими средствами. Оптимальное время родоразрешения: для эугликемичных женщин — после 39 недель, для женщин с медицински контролируемым гестационным диабетом также — на 39 неделе. Для женщин с плохим контролем гликемии разумно планировать родоразрешение в интервале 37+0 — 38+6 недель.

Инфекции

Инфекции являются причиной около 50 % случаев мертворождений в развивающихся странах и 10–25 % в развитых. Влияние осуществляется через тяжёлое системное заболевание матери, инфицирование плаценты и её дисфункцию либо через фетальную инфекцию. Большинство случаев сопровождаются преждевременными родами вследствие преждевременного разрыва оболочек. Трансплацентарная инфекция чаще вирусной природы, реже — бактериальной, грибковой, спирохетной или протозойной. Гибель плода вследствие инфекции не является частой, хотя практически любое системное инфекционное состояние у матери способно инфицировать плаценту. В эндемичных районах малярия — распространённая причина мертворождения. Среди известных инфекций, способных вызвать гибель плода: цитомегаловирус, парвовирус, токсоплазма, *Listeria*, вирус герпеса. Асимптомные вагинальные инфекции крайне распространены, поэтому последовательный скрининг мочевых и генитальных инфекций при беременности обязателен. Особое внимание уделяется инфекции группой В стрептококков (GBS), часто вызывающей бессимптомную бактериурию, инфекции мочевых и верхних половых путей. По данным CDC (США), частота инфекции GBS составляет 0,12 на 1000 живорождённых, и в 50 % случаев может приводить к неонатальным инфекциям, гибели плода, неонатальной смерти или потере беременности.

Заключения

На основании этого обзора сформулирована стратегия профилактики мертворождений, включающая **10 ключевых интервенций**:

1. Прик концептуальное (до зачатия) дополнение фолиевой кислотой
2. Профилактика малярии в эндемичных районах
3. Скрининг и лечение сифилиса
4. Выявление, профилактика и лечение гипертензивных заболеваний беременности
5. Выявление и адекватное управление гестационным диабетом
6. Скрининг, мониторинг и ведение беременностей с ограничением роста плода
7. Идентификация и индукция родов при посттерминальной беременности
8. Родоразрешение в специализированном учреждении с квалифицированным акушерством
9. Наличие возможностей простой экстренной акушерской помощи
10. Обеспечение полной экстренной акушерской помощи

Хотя ни одно рандомизированное исследование не доказало эффективность метода снижения уровня мертворождений в общей популяции, указанные стратегии универсально применимы и важны. Выявление состояний, повышающих риск мертворождения, позволяет снизить его путём адекватного акушерского ведения, поскольку некачественное ведение беременности и родов отвечает за 10–60 % перинатальных смертей. Интервенции, направленные на снижение модифицируемых факторов риска — профилактика ожирения, поощрение снижения массы тела, избежание беременности в крайних возрастах, отказ от курения, алкоголя и наркотиков — могут уменьшить число мертворождений. Антенатальный мониторинг плода, позволяющий выявить ограничение роста или феты с ненадёжным состоянием, является ключевой стратегией снижения гибели плода, поскольку ведёт к усиленному наблюдению и вмешательству. Например, аудит из Северной Ирландии показал, что наиболее частой ошибкой, приведшей к внутриутробной гибели, было неполное распознавание и неадекватное ведение случаев ограничения роста плода. Наконец, врачу может быть трудно выбрать оптимальный способ реагирования и общения с родителями после рождения мёртвого ребёнка — несколько ключевых пунктов, описанных в статье, могут помочь объяснить ситуацию родителям и поддержать их в период траура.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. 1.Abdiyeva, N. (2018). Differences and similarities of internat audit and revision in railway companies. *International Finance and Accounting*, 2018;(2):41.
2. Sh, O. F., Ikhtiyarova, G. A., Xudoyqulova, F. S., Abdieva, N. U. (2023). Effective and express method for diagnosing the cervical and vagina diseases in reproductive age women.
3. Abdieva N. (2024). Condition of breast tissueand the risk of developing breast cancer in pathological seceration syndrome. *European journal of modern medicine and practice*, 2024;4(4):161-170.
4. Abdieva N. (2024). The role of genetic predictors of metabolic disorders in women with polycystic ovary syndrome concomitant with cervical neoplasia. *European journal of modern medicine and practice* 2024;4(3):50-54.
5. Ulugbekovna, A. N. (2024). Endoscopic-morphological characteristics of background diseases of the cervix. *Лучшие интеллектуальные исследования*, 2024;14(4):120-129.
6. Абдиева Н.У. (2024). Плодовые факторы развития неразвивающийся беременности при инстраэпителиальной неоплазии шейки матки. *American journal of applied medical science*, 2024;2(5):145-156.
7. Oripova, F. S., Ikhtiyarova, G. A., Abdieva, N. U. (2021). Symptomatic, cytological and ph-metry indicators in experimental vaginitis. *Central Asian Journal of Pediatrics*, 2021(2);82-92.
8. Abdieva N. U. Features of epithelial-mesenchymal transition in ectopic endometrium in patients with intraepithelial neoplasia of the cervix.
9. Abdieva nu, a. N. (2024). Morphological aspects of rabbit liver damage during thyroidectomy. *European Journal of Modern Medicine and Practice*, 4(10), 222-230.
10. Abdieva, N. U. (2024). The role of cytokines in the development of cervical ectopia and its prevention. *Valeology: International Journal of Medical Anthropology and Bioethics* (2995-4924), 2024;2(9):112-119.

11. Абдиева Н.У. (2025). Плодовые факторы развития неразвивающийся беременности у женщин с эктопией шейки матки. *Modern Science and Research*, 2025;4(2):1161-1171.
12. Абдиева Н. (2025). Дифференциация плодовых и материнских факторов причин антенатальной гибели плода у женщин с ожирением. *Modern Science and Research*, 2025;4(3):1094-1106.
13. Джозеф К.С., Киннибург Б., Хатчеон Дж.А., Мехрабади А., Дальгрэн Л., Бассо М. и др. Рационализация определений и процедур для оптимизации клинической помощи и общественного здравоохранения при внутриутробной гибели плода и мертворождении. *Obstet Gynecol.* 2015;125(4):784–788. doi:10.1097/AOG.0000000000000717.
14. Лон Дж.Е., Бленкоу Х., Паттинсон Р., Казенс С., Кумар Р., Ибиебеле И. и др. Мертворождения: где? когда? почему? как учитывать эти данные? *The Lancet*. 2011;377(9775):1448-63.
15. Фреттс Р.С., Шмитдейл Дж., Маклин Ф.Х., Ашер Р.Х., Голдман М.Б. Повышенный материнский возраст и риск внутриутробной гибели плода. *N Engl J Med*. 1995;333(15):953–957. doi:10.1056/NEJM199510123331501.
16. МакКлор Э.М., Налубамба-Фири М., Голденберг Р.Л. Мертворождение в развивающихся странах. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006;94(2):82–90. doi:10.1016/j.ijgo.2006.03.023.
17. Хуанг Д.Ю., Ашер Р.Х., Крамер М.С., Янг Х., Морин Л., Фреттс Р.С. Факторы, определяющие необъяснимую антенатальную гибель плода. *Obstet Gynecol*. 2000;95(2):215–221. doi:10.1016/S0029-7844(99)00536-0.
18. Бумбу А., Насер К., Брату О., Беречет М., Бумбу Г., Бумбу Б. Уретеральные повреждения в гинекологической патологии. Сборник трудов 14-го национального конгресса по урогинекологии и конференции Румынской ассоциации по изучению боли. *Filodiritto*, 2017: с. 82–89.
19. Александроая К., Сима Р.М., Балэлау О.Д., Олару Г.О., Плеш Л. Восприятие пациентами родов в зависимости от метода родоразрешения: опыт нашей клиники. *J Mind Med Sci*. 2019;6(2):311–318. doi:10.22543/7674.62.P311318.
20. Насер К., Брату О., Беречет М., Бумбу Г., Бумбу А. Глобальные хирургические принципы при вагинальном подходе к лечению пролапса тазовых органов. Сборник трудов 14-го национального конгресса по урогинекологии. *Filodiritto*, 2017; 172–180 стр.
21. Цайтлин Ж., Эль-Аюби М., Жарро П.Х. и др. Влияние внутриутробной задержки роста на смертность и заболеваемость у очень недоношенных новорождённых. *J Pediatr*. 2010;157(5):733–739.e1. doi:10.1016/j.jpeds.2010.05.002.
22. Галейб М., Буазиз Х., Сгаир С., Слиман М., Бузайен Х., Бен Хассоуна Ж., Бен Дхиаб Т., Хешиш М., Шарги Р., Рахал К. Рак яичников: необходимо ли участие онколога-хирурга? *J Clin Invest Surg*. 2019;4(2):58–65. doi:10.25083/2559.5555/4.2/58.65.
23. Рэй Дж.Г., Парк А.Л., Фелл Д.Б. Смертность у младенцев, пострадавших от преждевременных родов и выраженного малого веса при рождении. *Pediatrics*. 2017;140(6):e20171881. doi:10.1542/peds.2017-1881.
24. Бохилтя Р., Фуртунеску Ф., Туркан Н. и др. Преждевременные роды и внутриутробная задержка роста: сравнительный анализ частоты и краткосрочных осложнений. Сборник трудов 17-го национального конгресса Румынского общества акушерства и гинекологии. 2018; 20-22 стр.

Поступила 20.12.2025