



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

2 (88) 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. САФОВЕВ (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)

2 (88)

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

2026
февраль

УДК 618.177-036-085.2

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ. ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРАКТИКИ

Нигматова Г.М. <https://orcid.org/0000-0001-9472-21175>

Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан, ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Резюме

Женщинам с отягощенным акушерским анамнезом по невынашиванию беременности рекомендуется применение прогестерона вагинально для предупреждения укорочения шейки матки и наступления преждевременных родов

Ключевые слова: невынашивание беременности, преждевременные роды, микронизированный натуральный прогестерон

HOMILA TASHLASH. SAMARALI AMALIYOTLAR

Nigmatova G.M. <https://orcid.org/0000-0001-9472-21175>

Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2, Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Rezyume

Homiladorlik tarixi bo'lgan ayollarga bachadon bo'yni qisqarishi va erta tug'ilish boshlanishining oldini olish uchun vaginal progesterondan foydalanish tavsiya etiladi.

Kalit so'zlar: homila tashlash, erta tug'ilish, mikronlashtirilgan tabiiy progesteron

MISCARRIAGE. EFFECTIVE PRACTICES

Nigmatova G. M. <https://orcid.org/0000-0001-9472-21175>

Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street, Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Resume

Women with a history of miscarriage are recommended to use vaginal progesterone to prevent shortening of the cervix and the onset of premature birth.

Key words: miscarriage, premature birth, micronized natural progesterone

Актуальность

Одной из актуальных проблем в современном акушерстве является невынашивание беременности. Частота этой патологии колеблется в пределах 10-25% и служит причиной высокой перинатальной заболеваемости и смертности. В последнее десятилетие на фоне ухудшения экологической ситуации в стране и в мире, урбанизации, увеличения числа иммунодефицитных состояний и стрессов в генезе невынашивания все большее значение приобретают бактериальные и вирусные инфекции.

Общая частота потерь беременности: около 10% всех беременностей заканчиваются выкидышем (данные масштабного датского исследования с участием ~3.5 млн женщин).

Распределение по количеству потерь:

- Около 7% женщин никогда не сталкиваются с потерей беременности.
- 18% женщин сталкиваются с одним выкидышем (в литературе часто фигурирует цифра 15% как «естественный отбор»).

- 4% женщин сталкиваются с двумя выкидышами (в более ранних исследованиях — 2%). Это уже основание для диагноза «привычное невынашивание».

- 1% женщин сталкиваются с тремя выкидышами.

- < 0,35% женщин сталкиваются с четырьмя и более выкидышами.

Сроки прерывания беременности:

- 80% потерь происходят до 12 недель.

- После 12 недель риск выкидыша составляет около 1%.

- Чем больше срок, на котором произошел выкидыш, тем выше вероятность его повторения.

Факторы риска повторных потерь:

Количество потерь в анамнезе (немодифицируемый фактор):

- Риск потери первой беременности: 10-17%.

- После одного выкидыша риск повторной потери возрастает до 14-20%. Хотя традиционно после одной потери не расширяют обследование, данные показывают рост риска.

- После двух выкидышей риск следующей потери возрастает до 30%.

- После трех выкидышей риск превышает 30%.

Возраст матери (немодифицируемый фактор):

- С возрастом частота живорождений снижается, особенно на фоне отягощенного анамнеза.

Причины привычного невынашивания и диагностический поиск

- В 50% случаев причину установить не удается.

- Из оставшихся 50% лидер — генетические факторы (до 70% потерь с учетом современных методов: хромосомный микроматричный анализ, ДНК-гибридизация). Часть «неизвестных» причин, вероятно, тоже имеет генетическую природу.

- Другие причины: маточный, эндокринный, иммунологический факторы, АФС.

- Инфекционный фактор при повторных потерях играет очень условную и недоказанную роль.

- Важный принцип: обследование должно быть комплексным, даже если выявлена одна потенциальная причина, так как возможно их сочетание.

Ключевые обследования при привычном невынашивании

- Выявление аномалий матки: использовать высокоинформативные методы: 3D УЗИ, гистероскопия. Стандартное УЗИ часто недостаточно.

- Антифосфолипидный синдром (АФС): лидер среди модифицируемых причин. При правильном лечении частота живорождения достигает 80-85%.

- Обследование щитовидной железы и сахарный диабет: входит в стандарт прегравидарной подготовки для всех.

- Генетическое обследование: идеальный подход — «трио»: кариотипирование абортуса + обоих родителей. Без исследования абортуса поиск у родителей сложен и часто неинформативен.

- Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН): при привычном невынашивании является причиной 20% поздних выкидышей (в общей популяции — 1%). Высокомодифицируемый фактор. Своевременный серкляж значительно повышает частоту живорождения.

Дополнительные обследования при привычном невынашивании

- Врожденные тромбофилии: РФ: обследование рекомендовано; ESHRE: не рекомендовано, так как не доказана роль в невынашивании (хотя роль в риске тромбозов у женщины есть).

- Антиядерные антитела (АНА): РФ: обследование не рекомендовано; ESHRE: обследование включено как значимое, но методы лечения не доказаны.

- Целиакия: может быть скрытой причиной потерь, особенно при сочетании с рецидивирующим дефицитом железа, В12.

- Оценка овариального резерва: ESHRE рекомендует, доказана связь низкого резерва с привычным невынашиванием.

- Мужской фактор (фрагментация ДНК сперматозоидов): ESHRE рекомендует, но роль неочевидна, а методы коррекции не доказаны.

Интервенции при привычном невынашивании

Нутритивная поддержка и коррекция дефицита железа:

- Уровень ферритина обратно коррелирует с частотой выкидыша. Необходимо корректировать даже латентный дефицит.

Прогестерон (микронизированный) — КЛЮЧЕВАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ:

- Когда начинать? Данные сентября 2025 года: начало приема в циклах зачатия (со второй фазы цикла) снижает частоту выкидыша на 18% даже у женщин всего с одной потерей в анамнезе. Начало приема уже во время беременности менее эффективно.

Дозировка:

- Прегравидарно: 200-400 мг/сут (доза 400 мг/сут лучше улучшает состояние эндометрия).
- При беременности: 200-600 мг/сут.
- При угрожающем выкидыше (кровяные выделения): не менее 600 мг/сут (дозозависимый эффект).
- Дополнительный бонус: Назначение микронизированного прогестерона при угрозе выкидыша снижает частоту преэклампсии на 39% (механизм: предотвращение патологической плацентации).
- Профилактика преждевременных родов: Микронизированный прогестерон вагинально в дозе 200 мг/сут доказано снижает риск преждевременных родов при ИЦН или укорочении шейки матки.

Ацетилсалициловая кислота (АСК) и низкомолекулярные гепарины (НМГ):

- При АФС: АСК (75-100 мг/сут) — главный препарат. Назначается с циклов зачатия и продолжается всю беременность и послеродовый период. НМГ назначаются только во время беременности.
- При идиопатическом невынашивании (не АФС): Назначение АСК и/или НМГ не увеличивает частоту живорождения.
- При врожденных тромбофилиях: Назначение НМГ не увеличивает частоту живорождения, но может назначаться для профилактики тромбозов у самой женщины.

Иммуноглобулины внутривенно (ВВИГ) и плазмаферез:

- При идиопатическом невынашивании их применение не доказало эффективности.
- ВВИГ и плазмаферез используются только при рефрактерном АФС (вместе с гидроксихлорохином, ГКС).

Левотироксин:

- Назначается только при гипотиреозе (ТТГ >2.5-4.0 мЕд/л в зависимости от референсов и наличия АТ-ТПО).
- Назначение левотироксина женщинам с нормальной функцией ЩЖ и носительством АТ-ТПО не увеличивает частоту живорождения.

Преждевременные роды и рождение недоношенного ребенка являются серьезной медико-социальной проблемой во всем мире и во всех странах, независимо от их экономического развития [6]. Причиной преждевременных родов могут быть соматические заболевания беременной, такие как артериальная гипертензия, патология сердечно-сосудистой системы, заболевания почек и печени, аутоиммунные состояния и др. [1, 2, 3, 7]. Ранние преждевременные роды (ПН) характеризуются рождением недоношенного ребенка с экстремально низкой и очень низкой массой тела, что в свою очередь увеличивает частоту перинатальной заболеваемости и смертности. Затраты на уход за такими маловесными детьми также значительны [10]. Немаловажно и то, что около 60% недоношенных детей, рожденных в результате очень ранних (22-27 нед) и ранних (28-33 нед) родов, имеют какие-либо заболевания, около 40% умирают на первом месяце жизни [4, 5, 9, 10]. Таким образом, несмотря на использование современных перинатальных технологий, разработанных ВОЗ и внедренных в неонатологию, выживаемость недоношенных детей существенно не улучшается. Применение токолитиков пролонгирует беременность до 7 дней без существенного влияния на НБ и без явного влияния на перинатальную или неонатальную смертность или неонатальную заболеваемость (ВОЗ). Несмотря на многочисленные исследования в этом направлении, частота самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов не снижается [8, 10]. Все это требует от врачей повышения качества диагностики угрозы преждевременных родов и лечения, направленного на пролонгирование беременности, что, в свою очередь, повысит жизнеспособность плода и улучшит перинатальные исходы. Применение ультразвуковой диагностики длины шейки матки (цервикометрии) во второй половине беременности позволяет прогнозировать риск НБ [5]. Установление укорочения шейки матки или отягощенного акушерского анамнеза (ОАА) при развитии НБ у беременной позволяет своевременно назначить препараты прогестерона, токолитики, выполнить серкляж [4]. Для коррекции дефицита прогестерона, оказывающего токолитическое действие на беременную матку, в последние годы широко применяют микронизированные препараты прогестерона.

Целью данного исследования было определение эффективности микронизированного натурального прогестерона в профилактике и лечении невынашивания беременности.

Материал и методы исследования

Обследовано 60 беременных со сроком гестации 16-30 недель, которые были разделены на 2 группы: 1-я группа – 25 беременных с признаками угрозы преждевременных родов, 2-я группа - 25

беременных с ОАА, имевших репродуктивные потери. Контрольную группу составили 10 здоровых женщин в аналогичные сроки. Всем беременным выполняли УЗИ фетоплацентарного комплекса и цервикометрию в динамике. Для профилактики и лечения, снижения тонуса матки использовали стандартное лечение амбулаторно в течение 14 дней. Беременным назначали физический покой, спазмолитики и микронизированный натуральный прогестерон в виде капсул для перорального или интравагинального использования (Женавит 100мг). Капсулы Женавит представляют натуральный микронизированный прогестерон, получаемый из 2-х растений: Куркума Лонга (Турмерик) и Диоскорея ниппонская (растет только на Дальнем Востоке).

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Исследование выполнено без целевого финансирования со стороны коммерческих или государственных структур.

Вклад авторов: идея, концепция и дизайн исследования, статистическая

Этическое заявление: исследование выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской декларации.

Информированное согласие: на проведение исследования и разрешение на анонимную публикацию результатов у всех пациентов получено письменное информированное согласие.

Результат и обсуждения

Возраст обследованных больных колебался от 21 до 38 лет и составил в среднем $32,4 \pm 4,7$ года. По паритету эта беременность у обследованных женщин 1-й группы была первой у 10, второй - у 12 и четвертой - у 3 женщин. В анамнезе у этих пациенток не было аборт. Во второй группе беременных репродуктивные потери в анамнезе были у всех и были представлены самопроизвольными выкидышами (у 14 женщин), преждевременными родами (у 8 женщин). Течение беременности у большинства беременных 1-й группы осложнялось появлением болей внизу живота с 5-6-й недели гестации, кроме того, 43,5% женщин предъявляли жалобы на мажущие кровянистые выделения из половых путей, что потребовало стационарного лечения у 55,3% женщин, повторные госпитализации с теми же жалобами были у 14 беременных в сроке гестации 16-20 недель. При ультразвуковом исследовании матки выявлено повышение тонуса миометрия, повышенная двигательная активность плода, но размеры плода соответствовали сроку беременности. В 25% случаях при УЗИ выявлено помутнение вод и относительное уменьшение количества амниотической жидкости, что являлось косвенными проявлениями воздействия инфекции на фетоплацентарный комплекс. При ультразвуковой цервикометрии у 41,7% пациенток выявлено укорочение шейки матки до 30 мм, что характерно для клиники угрожающих преждевременных родов.

Во 2-й группе данная беременность чаще осложнялась угрозой прерывания во II триместре в сроки от 14 до 20 недель. Двое пациенток неоднократно госпитализировались в отделение патологии беременных. УЗИ фето-плацентарного комплекса с доплерометрией маточно-плацентарно-плодового кровотока нарушений не выявило. В то же время у большинства беременных при проведении ультразвуковой цервикометрии отмечалось укорочение шейки матки на 4-6 мм, что свидетельствовало о риске преждевременных родов. Все пациентки получали стандартное лечение с включением микронизированного натурального прогестерона вагинально.

Как известно «...прогестерон играет важную роль при имплантации эмбриона, при этом положительное влияние приема прогестерона может быть достигнуто, если применять прогестерон с лютеиновой фазы, а не после определения положительного теста на беременность» (Руководство Европейской Ассоциации репродуктологов и эмбриологов).

Согласно Клинических рекомендаций российских коллег пациенткам с высоким риском на самопроизвольный выкидыш в I-ом и II-ом триместре назначают натуральный прогестерон 200 - 600 мг в день per os или 200 – 400 мг вагинально, при высоком риске на ПР пациенткам во II-ом триместре с 22 недельном сроке назначают натуральный прогестерон 200мг вагинально и в III-ем триместре 200мг в день вагинально до 34 недели беременности.

Повторная цервикометрия после двухнедельного курса лечения показала, что применение микронизированного натурального прогестерона у беременных с угрозой прерывания, укорочением длины шейки, а также раскрытием цервикального канала не прогрессирует. Применение микронизированного натурального прогестерона для профилактики невынашивания также показало стабилизацию длины шейки матки и диаметра цервикального канала, что свидетельствовало об эффективности лечения даже при применении низкой дозы прогестерона. Лечение способствовало дальнейшему благоприятному течению беременности.

Таким образом, объективным критерием угрозы преждевременных родов является длина шейки матки, определяемая с помощью ультразвуковой цервикометрии. Применение микронизированного натурального прогестерона вагинально оказывает токолитическое действие, что тормозит дальнейшее ее укорочение и способствует сохранению беременности.

Для лечения угрозы преждевременных родов эффективна доза микронизированного прогестерона 200 мг х 2 раза в сутки в течение не менее двух недель. Патологическое течение беременности, отягощенный акушерский анамнез являются показаниями к назначению вагинального прогестерона, который модулирует иммунный ответ матери, подавляет воспалительный ответ, уменьшает сократимость матки, улучшает маточно-плодовый кровоток. Дозу препарата должен определять врач в зависимости от клинических проявлений, риска преждевременных родов, на основании данных цервикометрии.

Выводы

1. Применение микронизированного натурального прогестерона вагинально при угрозе преждевременных родов тормозит укорочение шейки матки и способствует сохранению и пролонгированию беременности.
2. Женщинам с отягощенным акушерским анамнезом по невынашиванию беременности рекомендуется применение прогестерона вагинально для предупреждения укорочения шейки матки и наступления преждевременных родов

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Born too soon: the global action report on preterm birth. World Health Organization 2012
2. Clinical Significance of an Alloantibody against the Kell Blood Group Glycoprotein / S. M. Mattaloni [et al.] // Transfus. Med. Hemother. 2017;44(1):53-57.
3. Manuck T, Fry RC., McFarlin BL. Quality Improvement in Perinatal Medicine and Translation of Preterm Birth Research Findings into Clinical Care Review Clin Perinatol. 2018 Jun; 45(2):155-163.
4. Muratova, Nigora J., and Nargiza G. Shokirova. "Treatment of placental insufficiency in pregnant women with antiphospholipid syndrome and varicose veins." Oriental Journal of Medicine and Pharmacology 2022;2(2):46-54.
5. Nazli R, Haider J, Khan MA, Akhtar T, Aslam H. Frequency of ABO blood groups and RhD factor in the female population of District Peshawar. // Pak J Med Sci. 2015 Jul-Aug;31(4):984-6.
6. Ramlakhan KP, Johnson MR, Roos-Hesselink JW. Pregnancy and cardiovascular disease. // Nat Rev Cardiol. 2020 Nov;17(11):718-731.
7. Tsaitlin-Mor L, Nir A, Elchalal U, Bdolah-Abram T, Weiniger CF. Outcomes of pregnancy and delivery in women with cardiac disease compared to matched healthy controls. // J Matern Fetal Neonatal Med. 2021 Mar;7:1-7.
8. Tucker J, McGuire W. Epidemiology of preterm birth. BMJ 2004, 329:675. <http://www.bmj.com/content/329/7467/675>
9. Болотских В.М., Борисова В.Ю. Роль определения биохимических маркеров и цервикометрии в диагностике угрожающих преждевременных родов // М.: Акушерство и гинекология. 2015;2:94-98.
10. Суяркулова М.Э., Бабаджанова Г.С. Пути совершенствования перинатальной помощи в профилактике преждевременных родов и перинатальных потерь // Тиббиётда янги кун 2021;3(35):40-49
11. Суяркулова М.Е., Бабаджанова Г.С. Способы улучшения перинатального ухода в предотвращении преждевременных родов и перинатальных потерь //Новый день в медицине 3(35)2021 40-49 <https://newdayworldmedicine.com/en/article/349>

Поступила 20.01.2026