



**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. 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)

## **2 (88)**

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

## **2026 февраль**

УДК 618.3-06:613.25.1

## АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК С РАННИМИ РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ

Оразмурадов А.А., <https://orcid.org/0000-0003-0145-6934>

Кузьмина Е.А. <https://orcid.org/0000-0002-2585-5086>.

Хусаинова Д.М. <https://orcid.org/0009-0008-2785-0941>

Муковникова Е.В., <https://orcid.org/0000-0001-9646-0156>

Бекбаева И.В. <https://orcid.org/0000-0002-8679-4061>

Егимбаев К.У. <https://orcid.org/0009-0005-1717-292X>

Оразмурадова Г.А. <https://orcid.org/0009-0001-4722-6774>

<sup>1</sup>Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» ул. Миклухо-Маклая, д.6, г. Москва, 117198, Россия.

<sup>2</sup>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница им. В.М. Буянова Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ "ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ") ул. Бакинская, д.26, г. Москва, 115516, Россия.

### ✓ Резюме

**Актуальность:** ранние репродуктивные потери являются одной из главных проблем в мире. Этиология неразвивающейся беременности и самопроизвольного выкидыша многофакторна. Несмотря на высокую распространенность потерь гестации, на сегодняшний день анамнестические характеристики недостаточно изучены. **Цель:** выявить анамнестические особенности пациенток с ранними репродуктивными потерями. **Материалы и методы:** обследованы 137 пациенток, разделены на 2 группы: с ранней репродуктивной потерей (n=73) и с прогрессирующей беременностью (n=64). **Результаты:** выявлены анамнестические особенности при ранних репродуктивных потерях: возраст, курение, употребление кофе, ОРВИ во время беременности, угроза прерывания беременности, рвота беременных, посещение врача-акушера-гинеколога чаще, чем 1 раз в год. **Заключение:** учитывая высокую распространенность репродуктивных потерь на ранних сроках беременности, исследования на данную тему являются перспективными в области современного акушерства.

**Ключевые слова:** ранние репродуктивные потери; потеря беременности; неразвивающаяся беременность; самопроизвольный выкидыш; курение; ОРВИ.

## ANAMNESTIC FEATURES OF PATIENTS WITH EARLY REPRODUCTIVE LOSSES

Orazmuradov A.A., <https://orcid.org/0000-0003-0145-6934>

Kuzmina E.A. <https://orcid.org/0000-0002-2585-5086>

Khusainova D.M. <https://orcid.org/0009-0008-2785-0941>

Mukovnikova E.V., <https://orcid.org/0000-0001-9646-0156>

Bekbaeva I.V. <https://orcid.org/0000-0002-8679-4061>

Yegimbayev K.U. <https://orcid.org/0009-0005-1717-292X>

Orazmuradova G.A. <https://orcid.org/0009-0001-4722-6774>

<sup>1</sup>Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Patrice Lumumba Russian University of Friendship of Peoples" Mikluho-Maklai str., 6, Moscow, 117198, Russia.

<sup>2</sup>State Budgetary Institution of Healthcare of the City of Moscow "V.M. Buyanov City Clinical Hospital of the Department of Healthcare of the City of Moscow" (State Budgetary Institution of Healthcare of the City of Moscow "V.M. Buyanov City Clinical Hospital of the Department of Healthcare of the City of Moscow") Baku Street, 26, Moscow, 115516, Russia.

✓ **Resume**

**Background:** early reproductive losses are a major global problem. The etiology of non-viable pregnancies and spontaneous miscarriages is multifactorial. Despite the high prevalence of gestational losses, the anamnestic characteristics of these losses remain poorly understood. **Objective:** to identify the anamnestic characteristics of patients with early reproductive losses. **Materials and methods:** 137 patients were examined and divided into two groups: those with early reproductive loss (n=73) and those with ongoing pregnancy (n=64). **Results:** anamnestic features of early reproductive losses were identified: age, smoking, coffee consumption, acute respiratory viral infections during pregnancy, threatened miscarriage, hyperemesis gravidarum, visiting an obstetrician-gynecologist more than once a year. **Conclusion:** given the high prevalence of reproductive losses in early pregnancy, research on this topic is promising in the field of modern obstetrics.

**Key words:** early reproductive losses; pregnancy loss; missed abortion; miscarriage; smoking; ARVI.

**ERTA REPRODUKTIV YO‘QOTISHLAR BO‘LGAN BEMORLARNING ANAMNESTIK XUSUSIYATLARI**

Orazmuradov A.A., <https://orcid.org/0000-0003-0145-6934>

Kuzmina E.A. <https://orcid.org/0000-0002-2585-5086>

Khusainova D.M. <https://orcid.org/0009-0008-2785-0941>

Mukovnikova E.V., <https://orcid.org/0000-0001-9646-0156>

Bekbaeva I.V. <https://orcid.org/0000-0002-8679-4061>

Yegimbayev K.U. <https://orcid.org/0009-0005-1717-292X>

Orazmuradova G.A. <https://orcid.org/0009-0001-4722-6774>

<sup>1</sup>"Patris Lumumba nomidagi Rossiya Xalqlar Do'stligi Universiteti" Federal Davlat Avtonom Oliy Ta'lim Muassasasi, 6 Mikluxo-Maklaya ko'chasi, Moskva, 117198, Rossiya.

<sup>2</sup>"Moskva Sog'liqni Saqlash Departamentining Buyanov shahar klinik kasalxonasi" Moskva Davlat Byudjet Sog'liqni Saqlash Muassasasi (GBUZ "Moskva Sog'liqni Saqlash Departamentining Buyanov shahar klinik kasalxonasi"), 26 Bakinskaya ko'chasi, Moskva, 115516, Rossiya.

✓ **Rezyume**

**Dolzarbligi:** dunyoda erta reproduktiv yo‘qotishlar asosiy muammolardan biri hisoblanadi. Rivojlanmayotgan homiladorlik va o‘z-o‘zidan bola tashlashning etiologiyasi ko‘p omilli. Tadqiqotning maqsadi: erta reproduktiv yo‘qotishlar bilan og‘rigan bemorlarning anamnestik xususiyatlarini aniqlash. **Material va usullar:** 137 nafar bemor tekshirildi, ular 2 guruhga bo‘lindi: erta reproduktiv yo‘qotishlar (n=73) va rivojlanayotgan homiladorlik (n=64). **Natijalar:** erta reproduktiv yo‘qotishlarda anamnestik xususiyatlar aniqlandi: yosh, chekish, qahva ichish, homiladorlik paytida O‘RVI, homila tushish xavfi, homiladorlar qusishi, akusher-ginekologga yiliga 1 martadan ko‘proq tashrif buyurish. **Xulosa:** homiladorlikning erta muddatlarida reproduktiv yo‘qotishlarning yuqori tarqalishini hisobga olgan holda, ushbu mavzudagi tadqiqotlar zamonaviy akusherlik sohasida istiqbolli hisoblanadi.

**Kalit so'zlar:** erta reproduktiv yo‘qotishlar; homiladorlikning yo‘qolishi; hayotga layoqatsiz homiladorlik; o‘z-o‘zidan tushish; chekish; o‘tkir respirator virusli infeksiya.

**Актуальность**

Н а сегодняшний день ранние репродуктивные потери являются одной из главных проблем в современном акушерстве. Невынашивание регистрируется в 10–25% случаев всех клинических беременностей [1]. Известно, что большая часть потерь гестации приходится в срок до 12-и недель [1]. А в структуре репродуктивных потерь треть происходит до 8-и недель гестации [5]. Этиология неразвивающейся беременности (НБ) и самопроизвольного выкидыша (СВ) многофакторна [8]. В настоящее время к основным причинам гестационных потерь относят хромосомные аномалии эмбриона (40–50 % случаев НБ и СВ составляют анеуплоидии), ожирение (индекс массы тела (ИМТ)  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>), наличие вредных привычек (курение, алкоголь), психологический стресс, работу в ночные смены, вирусные инфекции, соматические заболевания, железодефицитную анемию, потери беременности в анамнезе, нарушение сперматогенеза [3,8-10]. К сожалению, около 40% случаев НБ до сих пор остаются не изученными [6]. В структуре ранних репродуктивных потерь частота развития НБ и СВ высока и не имеет тенденции к снижению [2,10].

Несмотря на высокую распространенность ранних потерь беременности в мире, на сегодняшний день анамнестические характеристики пациенток с репродуктивными потерями недостаточно изучены, что определило актуальность данного исследования.

**Целью исследования** является выявление анамнестических особенностей у пациенток с ранними репродуктивными потерями.

### Материалы и методы исследования

С января по сентябрь 2025 года проведено проспективное когортное исследование на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН, в гинекологическом отделении ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ» и в женской консультации №7 при ГБУЗ «ГКБ им. Н.Э. Баумана ДЗМ». Обследованы 137 пациенток, а затем стратифицированы на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия потерь беременности. В I-ю группу вошли женщины с ранней репродуктивной потерей (n=73), во II-ю группу – с прогрессирующей беременностью (n=64). Возраст пациенток, включенных в исследование: 18–47 лет. Диагноз репродуктивных потерь устанавливался согласно клиническим рекомендациям Министерства Здравоохранения Российской Федерации «Выкидыш (самопроизвольный аборт)» от 2024 г. Всем обследуемым проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) трансвагинальным или трансабдоминальным датчиком (аппарат: General Electric Voluson E6/E8/S10 (General Electric Company, США)). По УЗИ оценивались следующие параметры: диаметр плодного яйца; наличие и размер желточного мешка; наличие и копчиково-теменной размер эмбриона; наличие или отсутствие сердцебиения эмбриона. Все пациентки были проинформированы о целях и методах исследования, а также предоставили письменное информированное согласие на свое участие.

**Критерии включения в исследование:** первая, самостоятельно наступившая, одноплодная беременность; наличие потери или прогрессирующей беременности; срок гестации до 12-и недель; письменное информированное согласие.

**Критерии исключения из исследования:** беременности в анамнезе с любым исходом; многоплодная беременность; внематочная беременность; срок гестации >12-и недель; беременность, наступившая в результате вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ); отсутствие письменного информированного согласия.

Обработка статистических данных проводилась с помощью компьютерной программы IBM SPSS Statistics версия 26.0 (USA). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Колмогорова – Смирнова. Для описания порядковых и качественных данных использовались таблицы частот. Для сравнения двух независимых выборок при нормальном распределении использовался t – критерий Стьюдента. Для анализа таблиц сопряженности – точный двусторонний критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми в случае, если уровень  $p < 0,05$ . Сопряженность исходов изучаемых факторов определяли с применением отношения шансов (ОШ), 95% доверительного интервала (ДИ).

### Результат и обсуждения

**Таблица 1 – Сравнение антропометрических показателей среди исследуемых групп**

| Группы                                                                  | Возраст<br>(полных лет)  |                 | Вес (кг)                 |                 | Рост (см)                   |                      | ИМТ (кг/м²)               |                    |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------|
|                                                                         | Me<br>[IQR]              | m<br>in-<br>max | Me<br>[IQR]              | mi<br>n-<br>max | Me<br>[IQR]                 | mi<br>n-max          | Me<br>[IQR]               | min<br>-max        |
| Ранняя репродуктивная<br>потеря (n=73)                                  | 33,0<br>[29,0 –<br>38,0] | 18<br>– 47      | 78,0<br>[62,0 –<br>86,0] | 47<br>– 95      | 164,0<br>[160,0 –<br>169,0] | 147<br>,0 –<br>180,0 | 30,<br>0 [23,1<br>– 31,0] | 18,<br>0 –<br>35,0 |
| Прогрессирующая<br>беременность (n=64)                                  | 30,5<br>[27,0 –<br>35,0] | 21<br>– 44      | 75,5<br>[61,2 –<br>85,5] | 49<br>– 115     | 164,0<br>[160,0 –<br>169,0] | 152<br>,0 –<br>185,0 | 30,<br>1 [23,2<br>– 30,7] | 18,<br>0 –<br>39,0 |
| p                                                                       | 0,039*                   |                 | 0,866                    |                 | 0,900                       |                      | 0,461                     |                    |
| * – различия показателей между группами статистически значимы (p<0,05). |                          |                 |                          |                 |                             |                      |                           |                    |

Как видно из таблицы 1, в группе с потерей беременности пациентки были старше по сравнению с женщинами с прогрессирующей беременностью ( $p=0,039$ ). Различия в весе, росте и ИМТ в зависимости от наличия или отсутствия ранней репродуктивной потери оказались статистически не значимыми.

**Таблица 2 – Параметры менструального цикла**

| Группы                                                                  | Менархе<br>(полных лет)  |                    | Длительность<br>менструального цикла<br>(дни) |                | Продолжительность<br>менструации (дни) |              |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------|-----------------------------------------------|----------------|----------------------------------------|--------------|
|                                                                         | Me<br>[IQR]              | mi<br>n-max        | Me<br>[IQR]                                   | min-<br>max    | Me<br>[IQR]                            | min-<br>max  |
| Ранняя<br>репродуктивная<br>потеря (n=73)                               | 12,0<br>[12,0 –<br>14,0] | 11,<br>0 –<br>18,0 | 28,0<br>[28,0 – 30,0]                         | 21,0 –<br>55,0 | 5,0 [5,0 –<br>5,0]                     | 1,0 –<br>7,0 |
| Прогрессирующая<br>беременность (n=64)                                  | 13,0<br>[12,0 –<br>14,0] | 10,<br>0 –<br>17,0 | 29,5<br>[28,0 – 31,0]                         | 24,0 –<br>50,0 | 5,0 [5,0 –<br>5,0]                     | 3,0 –<br>7,0 |
| p                                                                       | 0,138                    |                    | 0,002*                                        |                | 0,396                                  |              |
| * – различия показателей между группами статистически значимы (p<0,05). |                          |                    |                                               |                |                                        |              |

При сравнении параметров менструального цикла установлены достоверно значимые различия в его длительности. У пациенток с прогрессирующей беременностью менструальный цикл длился дольше, чем в группе с ранней репродуктивной потерей. Различия в менархе и продолжительности менструации оказались достоверно не значимы.

**Таблица 3 – Сравнение факторов риска среди исследуемых групп**

| Группы                                                                  | Факторы риска         |      |                      |      |                             |      |                                                       |      |                                                          |      |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|----------------------|------|-----------------------------|------|-------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------|------|
|                                                                         | Курение<br>(сигареты) |      | Употребление<br>кофе |      | Ожирение<br>(МКБ-10: E66.0) |      | Железодо-<br>фицитная<br>анемия<br>(МКБ-10:<br>D50.0) |      | ОРВИ во<br>время<br>беременности<br>(МКБ-10: J00-<br>06) |      |
|                                                                         | Абс.                  | %    | Абс.                 | %    | Абс.                        | %    | Абс.                                                  | %    | Абс.                                                     | %    |
| Ранняя<br>репродуктивна-<br>я потеря (n=73)                             | 35,0                  | 47,9 | 66,0                 | 90,4 | 43,0                        | 58,9 | 17,0                                                  | 23,3 | 37,0                                                     | 50,7 |
| Прогрессирую-<br>щая<br>беременность<br>(n=64)                          | 14,0                  | 21,9 | 13,0                 | 20,3 | 38,0                        | 59,4 | 30,0                                                  | 46,9 | 14,0                                                     | 21,9 |
| p                                                                       | 0,002*                |      | 0,001*               |      | 1,000                       |      | 0,004*                                                |      | 0,001*                                                   |      |
| * – различия показателей между группами статистически значимы (p<0,05). |                       |      |                      |      |                             |      |                                                       |      |                                                          |      |

Как представлено в таблице 3, пациентки с потерей беременности в 2,2 раза чаще курили сигареты (ОШ=0,30; 95% ДИ: 0,14–0,64), в 4,5 раз чаще пили кофе более 200,0 мл в день (ОШ=0,03; 95% ДИ: 0,01–0,07) и в 2,3 раза чаще болели ОРВИ во время беременности (ОШ=0,27; 95% ДИ: 0,13–0,58). Пациентки с прогрессирующей беременностью в 2 раза чаще страдали

железодефицитной анемией (ОШ=2,91; 95% ДИ: 1,39–6,04). Различия в ожирении между группами оказались статистически не значимы.

**Таблица 4 – Соматические заболевания беременных**

| Группы                              | Хронические заболевания                 |      |                                  |      |                                                        |      |                                              |     |
|-------------------------------------|-----------------------------------------|------|----------------------------------|------|--------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------|-----|
|                                     | Гипертоническая болезнь (МКБ-10: I10.0) |      | Заболевания ЖКТ (МКБ-10: K00-93) |      | Заболевания мочевыделительной системы (МКБ-10: N00-99) |      | Заболевания органов дыхания (МКБ-10: J00-99) |     |
|                                     | Абс.                                    | %    | Абс.                             | %    | Абс.                                                   | %    | Абс.                                         | %   |
| Ранняя репродуктивная потеря (n=73) | 9,0                                     | 12,3 | 17,0                             | 23,3 | 10,0                                                   | 13,7 | 0                                            | 0   |
| Прогрессирующая беременность (n=64) | 16,0                                    | 25,0 | 9,0                              | 14,1 | 19,0                                                   | 29,7 | 2,0                                          | 3,1 |
| p                                   | 0,076                                   |      | 0,195                            |      | 0,035*                                                 |      | 0,216                                        |     |

\* – различия показателей между группами статистически значимы (p<0,05).

При изучении структуры хронических заболеваний выявлено, что при ранних репродуктивных потерях в 2,2 раза чаще встречались болезни мочевыделительной системы (ОШ=2,66; 95% ДИ: 1,13–6,26). Различия в наличии гипертонической болезни, заболеваний ЖКТ и органов дыхания среди групп оказались статистически не значимыми.

**Таблица 5 – Гинекологический анамнез беременных**

| Группы                              | ВЗОМТ (МКБ-10: N70-77) |     | Внутриматочные вмешательства |      | Прегравидарная подготовка |      | Угроза прерывания беременности (МКБ-10: O20.0) |      | Рвота беременных (МКБ-10: O21.0) |      |
|-------------------------------------|------------------------|-----|------------------------------|------|---------------------------|------|------------------------------------------------|------|----------------------------------|------|
|                                     | Абс.                   | %   | Абс.                         | %    | Абс.                      | %    | Абс.                                           | %    | Абс.                             | %    |
| Ранняя репродуктивная потеря (n=73) | 3,0                    | 4,1 | 8,0                          | 11,0 | 8,0                       | 11,0 | 28,0                                           | 38,4 | 18,0                             | 24,7 |
| Прогрессирующая беременность (n=64) | 2,0                    | 3,1 | 6,0                          | 9,4  | 2,0                       | 3,1  | 7,0                                            | 10,9 | 5,0                              | 7,8  |
| p                                   | 1,000                  |     | 0,786                        |      | 0,104                     |      | 0,001*                                         |      | 0,011*                           |      |

\* – различия показателей между группами статистически значимы (p<0,05).

Как видно из таблицы 5, пациентки с НБ в 3,5 раза чаще были угрожаемы по прерыванию беременности (ОШ=0,19; 95% ДИ: 0,08–0,49) и в 3,2 чаще страдали рвотой беременных (ОШ=0,26; 95% ДИ: 0,09–0,75). Достоверно значимых различий в наличии ВЗОМТ, внутриматочных вмешательств в анамнезе, прегравидарной подготовке не было выявлено в исследуемых группах.

**Таблица 6 – Сравнение посещений врача-акушера-гинеколога среди исследуемых групп**

| Группы                              | Посещение 1 раз в полгода |      | Посещение 1 раз в год |      | Нерегулярно |      | Посещение более 2-х лет назад |      |
|-------------------------------------|---------------------------|------|-----------------------|------|-------------|------|-------------------------------|------|
|                                     | Абс.                      | %    | Абс.                  | %    | Абс.        | %    | Абс.                          | %    |
| Ранняя репродуктивная потеря (n=73) | 17,0                      | 23,3 | 32,0                  | 43,8 | 7,0         | 9,6  | 11,0                          | 15,1 |
| Прогрессирующая беременность (n=64) | 2,0                       | 3,1  | 16,0                  | 25,0 | 25,0        | 39,1 | 10,0                          | 15,6 |
| p                                   | 0,001*                    |      | 0,031*                |      | 0,001*      |      | 1,000                         |      |

\* – различия показателей между группами статистически значимы (p<0,05).

В таблице 6 показано, что пациентки с потерей беременности в 7,5 раз чаще посещали врача-акушера-гинеколога раз в полгода (ОШ=0,11; 95% ДИ: 0,02–0,48) и в 1,8 раз – раз в год (ОШ=0,43; 95% ДИ: 0,21–0,89). Также женщины с прогрессирующей беременностью посещали врача нерегулярно в 4,1 раза чаще, чем с НБ (ОШ=6,05; 95% ДИ: 2,39–15,27).

**Обсуждение:** нами выявлены отличительные анамнестические особенности у пациенток с ранними репродуктивными потерями: возраст, курение, употребление кофе, ОРВИ во время беременности, угроза прерывания беременности, рвота беременных и посещение врача-акушера-гинеколога чаще, чем 1 раз в год.

Курение сигарет является фактором риска ранних репродуктивных потерь [13]. В нашем исследовании продемонстрировано, что женщины с НБ курили чаще, чем с прогрессирующей беременностью. Наши результаты схожи с данными зарубежных коллег, которые показали, что активное и пассивное курение увеличивает риск репродуктивных потерь на ранних сроках [13].

Также мы показали, что в группе с НБ и СВ пациентки чаще болели ОРВИ во время беременности. Rodriguez-Wallberg K.A. et al. получили схожие данные [11]. В их исследовании пациентки, перенесшие ОРВИ во время беременности чаще подвергались развитию НБ и СВ [11].

В нашем исследовании показано, что употребление кофе более 200,0 мл в день способствует ранним репродуктивным потерям. Наши данные контраверсионны с данными зарубежных авторов. Brito Nunes C. et al. показали, что употребление кофе во время беременности не влияет на неудачные исходы гестации [7].

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, железодефицитная анемия является серьезной проблемой, которой подвержены более 30% женщин репродуктивного периода во всем мире [4]. Результаты Xu Q. et al. не схожи с результатами нашего исследования. Ученые из Китая показали, что анемия до беременности ассоциирована с повышенным риском ранних репродуктивных потерь [12]. В нашем исследовании продемонстрировано, что железодефицитная анемия во время беременности чаще развивалась у женщин с прогрессирующей беременностью.

### Заключение

Учитывая высокую распространенность репродуктивных потерь на ранних сроках беременности, исследования факторов риска являются перспективными в области современного акушерства.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алешкина О. С., Коновалов О. Е. Динамика ранних репродуктивных потерь в рязанской области // Наука молодых – Eruditio Juvenium. 2023; 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-rannih-reproduktivnyh-poter-v-ryazanskoy-oblasti> (дата обращения: 17.12.2025).
2. Андреева М.В., Шевцова Е.П., Заболотнева К.О., Лютая Е.Д., Сивко Т.С. Современный взгляд на проблему неразвивающейся беременности. Медицинский вестник Юга России. 2021;12(3):6-11. <https://doi.org/10.21886/2219-8075-2021-12-3-6-11>
3. Бектемирова, Д. Р. Неразвивающаяся беременность: основные абортивные причины. (обзор литературы) / Д. Р. Бектемирова, Ж. В. Романова, А. Т. Душпанова // Вестник Казахского национального медицинского университета. 2021;2:24-31. – EDN DVSZSG.
4. ВОЗ. Анемия. 2023. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/anaemia>. [WHO. Anaemia. 2023. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/anaemia>].
5. Ордянец И.М., Молчанова О.К., Алеев И.А., Исмаилова А., Мухаммаджанова М. Прогнозирование ранних репродуктивных потерь: версии и контраверсии // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2021;9(3). Приложение. С. 56-59. DOI: <https://doi.org/10.33029/2303-9698-2021-9-3suppL-56-59>

6. Посисеева Л.В. Неразвивающаяся беременность в анамнезе супружеской пары: факторы риска и реабилитация. *Акушерство и гинекология*. 2022;10:170-176. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2022.10.170-176>
7. Brito Nunes C, Huang P, Wang G, Lundberg M, D'Urso S, Wootton RE, Borges MC, Lawlor DA, Warrington NM, Evans DM, Hwang LD, Moen GH. Mendelian randomization study of maternal coffee consumption and its influence on birthweight, stillbirth, miscarriage, gestational age and pre-term birth. *Int J Epidemiol*. 2023 Feb 8;52(1):165-177. doi: 10.1093/ije/dyac121. PMID: 35679582; PMCID: PMC9908064.
8. Choo XH, Ku CW, Cheung YB, Godfrey KM, Chong YS, Shek LP, Tan KH, Tan TC, Nadarajah S, Yap FKP, Colega MT, Chong MF, Chan SY, Loy SL, Chan JKY. Risk score to stratify miscarriage risk levels in preconception women. *Sci Rep*. 2021 Jun 8;11(1):12111. doi: 10.1038/s41598-021-91567-8. PMID: 34103654; PMCID: PMC8187346.
9. Mehra VM, Farooqi S, Sriram P, Tunde-Byass M. Diagnosis and management of early pregnancy loss. *CMAJ*. 2024 Oct 14;196(34):E1162-E1168. doi: 10.1503/cmaj.231489. Erratum in: *CMAJ*. 2025 Feb 9;197(5):E136. doi: 10.1503/cmaj.250137. PMID: 39406415; PMCID: PMC11482652.
10. McNestry C, Killeen SL, Crowley RK, McAuliffe FM. Pregnancy complications and later life women's health. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2023 May; 102(5):523-531. doi: 10.1111/aogs.14523. Epub 2023 Feb 17. PMID: 36799269; PMCID: PMC10072255.
11. Rodriguez-Wallberg KA, Nilsson HP, Røthe EB, Zhao A, Shah PS, Acharya G. Outcomes of SARS-CoV-2 infection in early pregnancy-A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2024 May;103(5):786-798. doi: 10.1111/aogs.14764. Epub 2024 Jan 10. PMID: 38200686; PMCID: PMC11019531.
12. Xu Q, Yang Y, Liu F, Wang L, Wang Q, Shen H, Xu Z, Zhang Y, Yan D, He Y, Zhang Y, Zhang H, Peng Z, Ma X. Preconception Hb concentration with risk of spontaneous abortion: a population-based cohort study in over 3·9 million women across rural China. *Public Health Nutr*. 2020 Nov;23(16):2963-2972. doi: 10.1017/S1368980019003811. Epub 2020 Mar 5. PMID: 32131921; PMCID: PMC10200661.
13. Yuan S, Liu J, Larsson SC. Smoking, alcohol and coffee consumption and pregnancy loss: a Mendelian randomization investigation. *Fertil Steril*. 2021 Oct; 116(4):1061-1067. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.05.103. Epub 2021 Jun 27. PMID: 34187701.

**Поступила 20.01.2026**