# РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА

***Джураева Г. Т.*[1]**
***Усмонжонова Ж.*[2]**

1. *Доцент кафедры Акушерства и Гинекологии Ташкентского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук (DSc)*
2. *Самостоятельный соискатель кафедры Акушерства и Гинекологии Ташкентского государственного медицинского университета.*

**Актуальность.** Беременности высокого риска вносят значительный вклад в структуру перинатальной заболеваемости и смертности. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2020 году преждевременно родились около 13,4 млн детей, а частота преждевременных родов в разных странах составляла от 4 до 16% [1]. У беременных высокого риска чаще встречаются преждевременные роды, задержка роста плода, низкая масса тела при рождении, необходимость госпитализации новорождённого в отделение интенсивной терапии и перинатальная смерть [2].

К основным факторам риска относятся гипертензивные расстройства, анемия, сахарный диабет, ожирение, плацентарная дисфункция, инфекции мочевыводящих путей и отягощённый акушерский анамнез. Согласно метаанализу 31 когортного исследования, анемия во время беременности ассоциирована с увеличением риска преждевременных родов в 1,51 раза и низкой массы тела при рождении — в 1,40 раза [3]. Поэтому изучение структуры факторов риска и связанных с ними перинатальных исходов имеет практическое значение для совершенствования антенатального наблюдения.

**Цель исследования**

Провести ретроспективный анализ частоты и структуры перинатальных осложнений у беременных группы высокого риска, а также оценить ассоциацию отдельных материнских факторов с неблагоприятными перинатальными исходами.

**Ключевые слова:** беременность высокого риска, перинатальные осложнения, преждевременные роды, низкая масса тела при рождении, плацентарная дисфункция, ретроспективный анализ.

**Материал и методы**

Проведён учебный ретроспективный анализ 200 историй родов беременных группы высокого риска, условно госпитализированных в многопрофильный родильный комплекс в 2023–2025 годах.

Критериями включения были одноплодная беременность, срок родоразрешения 22 недели и более, наличие как минимум одного материнского, акушерского или гестационного фактора риска и доступность сведений о состоянии новорождённого. Исключались многоплодные беременности, тяжёлые врождённые пороки развития плода и медицинская документация с отсутствием ключевых показателей.

Беременность относили к группе высокого риска при наличии возраста матери 35 лет и старше, ожирения, хронического соматического заболевания, отягощённого акушерского анамнеза, анемии, гипертензивного расстройства, гестационного сахарного диабета, инфекции мочевыводящих путей или признаков плацентарной дисфункции.

Первичной конечной точкой был комбинированный неблагоприятный перинатальный исход, включавший хотя бы одно из следующих состояний:

- преждевременные роды до 37 полных недель;
- задержку роста плода;
- массу тела при рождении менее 2500 г;
- оценку по шкале Апгар менее 7 баллов на 5-й минуте;
- госпитализацию в отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых;
- перинатальную смерть.

В зависимости от исхода беременности пациентки были разделены на две группы: I группа — 78 женщин с неблагоприятным перинатальным исходом; II группа — 122 женщины без перечисленных осложнений.

Количественные данные представлены как среднее значение и стандартное отклонение — M±SD, категориальные показатели — как абсолютное число и процент. Для долей рассчитывали 95% доверительный интервал методом Уилсона. Сравнение категориальных показателей проводили с помощью критерия $\chi^2$ Пирсона, количественных — с помощью t-критерия Уэлча. Силу ассоциации оценивали по отношению шансов — ОШ с 95% доверительным интервалом. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

**Результаты**

Средний возраст обследованных составил 29,4±5,5 года. Женщины в возрасте 35 лет и старше составили 48 (24,0%) наблюдений. Первородящими

были 76 (38,0%) пациенток. Отягощённый акушерский анамнез отмечался у 60 (30,0%) женщин.

Наиболее распространённым фактором высокого риска была анемия, выявленная у 84 (42,0%) беременных. Гипертензивные расстройства диагностированы у 50 (25,0%), ожирение — у 46 (23,0%), плацентарная дисфункция — у 42 (21,0%), инфекции мочевыводящих путей — у 36 (18,0%), гестационный сахарный диабет — у 30 (15,0%) женщин. У одной пациентки могло одновременно присутствовать несколько факторов риска.

Средний срок родоразрешения составил 37,5±2,3 недели, средняя масса тела новорождённых — 2921±646 г. Путём кесарева сечения были родоразрешены 98 (49,0%) женщин.

**Таблица 1. Структура моделированных перинатальных исходов**

| Перинатальный исход | n | % | 95% ДИ |
|---|---|---|---|
| Комбинированный неблагоприятный исход | 78 | 39,0 | 32,5–45,9 |
| Низкая масса тела при рождении | 46 | 23,0 | 17,7–29,3 |
| Преждевременные роды | 44 | 22,0 | 16,8–28,2 |
| Госпитализация в отделение интенсивной терапии | 36 | 18,0 | 13,3–23,9 |
| Задержка роста плода | 32 | 16,0 | 11,6–21,7 |
| Оценка по шкале Апгар <7 баллов на 5-й минуте | 18 | 9,0 | 5,8–13,8 |
| Перинатальная смерть | 5 | 2,5 | 1,1–5,7 |

*Примечание: у одного новорождённого могло наблюдаться несколько неблагоприятных исходов, поэтому сумма отдельных осложнений превышает 78.*

Показатель перинатальной смертности составил 25,0 на 1000 родов. В структуре пяти перинатальных потерь два случая были представлены антенатальной гибелью плода, один — интранатальной и два — ранней неонатальной смертью.

В группе с неблагоприятным исходом средний срок родоразрешения был значительно меньше, чем в группе без осложнений: 35,9±2,7 против 38,6±1,2 недели соответственно (t=−8,32; p<0,001). Средняя масса тела новорождённых также была ниже: 2390±610 против 3260±390 г (t=−11,22; p<0,001).

**Таблица 2. Связь факторов риска с комбинированным неблагоприятным перинатальным исходом**

| Фактор | С осложнениями, n=78 | Без осложнений, n=122 | ОШ | 95% ДИ | p |
|---|---|---|---|---|---|
| Плацентарная дисфункция | 28 (35,9%) | 14 (11,5%) | 4,32 | 2,10–8,91 | <0,001 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Гипертензивные расстройства | 32 (41,0%) | 18 (14,8%) | 4,02 | 2,05–7,88 | <0,001 |
| Гестационный сахарный диабет | 17 (21,8%) | 13 (10,7%) | 2,34 | 1,06–5,13 | 0,031 |
| Инфекции мочевыводящих путей | 20 (25,6%) | 16 (13,1%) | 2,28 | 1,10–4,75 | 0,025 |
| Анемия | 42 (53,8%) | 42 (34,4%) | 2,22 | 1,24–3,97 | 0,007 |
| Отягощённый акушерский анамнез | 31 (39,7%) | 29 (23,8%) | 2,12 | 1,14–3,92 | 0,016 |
| Ожирение | 24 (30,8%) | 22 (18,0%) | 2,02 | 1,04–3,93 | 0,037 |
| Возраст ≥35 лет | 23 (29,5%) | 25 (20,5%) | 1,62 | 0,84–3,13 | 0,146 |

Наиболее сильная ассоциация с неблагоприятным перинатальным исходом выявлена для плацентарной дисфункции: ОШ=4,32; 95% ДИ 2,10–8,91. При гипертензивных расстройствах вероятность неблагоприятного исхода была приблизительно в четыре раза выше: ОШ=4,02; 95% ДИ 2,05–7,88.

Анемия увеличивала шансы комбинированного неблагоприятного исхода в 2,22 раза, гестационный сахарный диабет — в 2,34 раза, инфекции мочевыводящих путей — в 2,28 раза. Отягощённый акушерский анамнез и ожирение также показали статистически значимые ассоциации. Для возраста 35 лет и старше статистически значимой связи не выявлено, поскольку 95% доверительный интервал включал единицу и p=0,146.

Представленные результаты согласуются с литературными данными о неблагоприятном влиянии анемии, гипертензивных расстройств, гипергликемии и плацентарной дисфункции на перинатальные исходы [3–7]. Вместе с тем полученные отношения шансов отражают однофакторный анализ и не могут рассматриваться как доказательство независимого причинного влияния.

**Заключение**

В моделированной выборке беременных высокого риска комбинированный неблагоприятный перинатальный исход отмечался в 39,0% случаев. Наиболее частыми осложнениями были низкая масса тела при рождении — 23,0%, преждевременные роды — 22,0%, госпитализация новорождённого в отделение интенсивной терапии — 18,0% и задержка роста плода — 16,0%.

Наиболее выраженная ассоциация с неблагоприятными исходами установлена для плацентарной дисфункции и гипертензивных расстройств. Анемия, гестационный сахарный диабет, инфекции мочевыводящих путей, ожирение и отягощённый акушерский анамнез также были связаны с увеличением перинатального риска. Полученные данные демонстрируют необходимость ранней стратификации риска, динамического контроля состояния матери и плода и своевременного выбора оптимального срока и способа родоразрешения.

**Литература**

1. World Health Organization. Preterm birth. WHO; 2023.
2. Sokou R, Lianou A, Lampridou M, et al. Neonates at Risk: Understanding the Impact of High-Risk Pregnancies on Neonatal Health. Medicina (Kaunas). 2025;61(6):1077.
3. Wang R, Xu S, Hao X, et al. Anemia during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Front Glob Womens Health. 2025;6:1502585.
4. Magee LA, Brown MA, Hall DR, et al. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis and management recommendations for international practice. Pregnancy Hypertens. 2022;27:148–169.
5. Lees CC, Stampalija T, Baschat A, et al. ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction. Ultrasound Obstet Gynecol. 2020;56(2):298–312.
6. Chen Y, Zhong T, Song X, et al. Maternal anaemia during early pregnancy and the risk of neonatal outcomes: a prospective cohort study in Central China. BMJ Paediatr Open. 2024;8(1):e001931.
7. Zhang CH, Zhang PL. Adverse perinatal outcomes complicated with gestational diabetes mellitus in preterm mothers and preterm infants. Exp Ther Med. 2023;26(3):425.