

ФЕТАЛЬНЫЕ И ФЕТОПЛАЦЕНТАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ОЦЕНКЕ РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Нематова М.З

Дустова Н.К

*Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, г.
Бухара, Узбекистан*

Актуальность. Преэклампсия относится к числу наиболее серьёзных осложнений гестации и остаётся одной из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости. В основе её развития лежит комплекс взаимосвязанных патогенетических механизмов, включающих недостаточную инвазию трофобласта, нарушение плацентации, изменение маточно-плацентарной перфузии и ангиогенного баланса с последующим формированием системной эндотелиальной дисфункции.

Особого внимания требуют беременности, наступившие в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Специфика имплантации и плацентации, особенности гормональной поддержки, а также более высокая распространённость сопутствующих факторов риска могут повышать вероятность развития гипертензивных осложнений беременности.

В связи с этим важное значение приобретает комплексная оценка фетоплацентарного комплекса. Ультразвуковая фетометрия, доплерометрическое исследование маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, оценка биофизического профиля и кардиотокография позволяют своевременно выявлять признаки нарушения функции плаценты и ухудшения состояния плода. Изменения гемодинамики в системе «мать–плацента–плод» могут предшествовать формированию задержки роста плода и развитию неблагоприятных перинатальных исходов.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ клинко-инструментальных характеристик и состояния фетоплацентарного комплекса у беременных с преэклампсией после ВРТ и при спонтанно наступившей беременности, а также определить показатели, наиболее часто сочетающиеся с тяжёлым течением преэклампсии и неблагоприятными перинатальными исходами.

Материалы и методы. В сравнительное клинко-инструментальное исследование включены 135 беременных с преэклампсией, находившихся под наблюдением и родоразрешённых в Бухарском родильном комплексе и Бухарском филиале перинатального центра «Мать и дитя».

В зависимости от способа наступления беременности пациентки были распределены на две группы: I группу составили 60 беременных с преэклампсией после применения ВРТ, II группу — 75 пациенток с преэклампсией при спонтанно наступившей беременности.

Средний возраст женщин I группы составлял $32,8 \pm 4,1$ года, во II группе — $29,7 \pm 4,6$ года. Доля пациенток в возрасте 35 лет и старше составила соответственно 40,0% и 22,7%.

В ходе обследования анализировали сроки манифестации преэклампсии, тяжесть заболевания, уровень артериального давления, наличие протеинурии, клинические и лабораторные показатели. Состояние фетоплацентарного комплекса оценивали по данным ультразвукового исследования, биофизического профиля плода, доплерометрии маточных и пуповинных артерий и кардиотокографии. Определяли предполагаемую массу плода и окружность живота. В динамике учитывали срок и способ родоразрешения, частоту преждевременных родов, задержки внутриутробного роста, низкой массы тела новорождённого и антенатальной гибели плода.

Статистическую обработку результатов проводили с применением методов вариационной статистики, критериев χ^2 и Стьюдента. Критический уровень статистической значимости принимали равным $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У пациенток с преэклампсией после применения ВРТ нарушения фетоплацентарного комплекса регистрировались чаще по сравнению с женщинами со спонтанно наступившей беременностью.

Тяжёлая преэклампсия выявлена у 25 (41,7%) пациенток I группы и у 21 (28,0%) женщины II группы. Нарушения маточно-плацентарного кровотока диагностированы соответственно у 32 (53,3%) и 27 (36,0%) беременных. Допплерометрические изменения преимущественно проявлялись повышением сосудистого сопротивления и ухудшением гемодинамики в системе «мать—плацента—плод».

Задержка внутриутробного роста плода наблюдалась у 21 (35,0%) пациентки после ВРТ и у 16 (21,3%) женщин со спонтанно наступившей беременностью. Снижение биофизического профиля плода отмечено у 19 (31,7%) и 14 (18,7%) пациенток соответственно.

Выраженные гемодинамические нарушения чаще сочетались с более ранним началом и тяжёлым течением преэклампсии. Сочетание повышенного сосудистого сопротивления в маточных и пуповинных артериях, задержки роста плода и снижения его биофизической активности характеризовало наиболее неблагоприятное состояние фетоплацентарного комплекса.

Преждевременное родоразрешение зарегистрировано у 27 (45,0%) пациенток I группы и у 22 (29,3%) пациенток II группы. Антенатальная гибель плода отмечена в 5 (8,3%) случаях после ВРТ и в 2 (2,7%) случаях при спонтанной беременности. Данные исходы преимущественно наблюдались при тяжёлой преэклампсии, выраженных нарушениях маточно-плацентарной и плодово-плацентарной гемодинамики и задержке внутриутробного роста плода.

Сравнительная характеристика обследованных групп

25-Sentyabr, 2026-yil

Показатель	После ВРТ, n=60	Спонтанная беременность, n=75
Средний возраст, лет	32,8±4,1	29,7±4,6
Возраст ≥35 лет	24 (40,0%)	17 (22,7%)
Тяжёлая преэклампсия	25 (41,7%)	21 (28,0%)
Нарушение маточно-плацентарного кровотока	32 (53,3%)	27 (36,0%)
Задержка внутриутробного роста плода	21 (35,0%)	16 (21,3%)
Снижение биофизического профиля	19 (31,7%)	14 (18,7%)
Преждевременные роды	27 (45,0%)	22 (29,3%)
Аntenатальная гибель плода	5 (8,3%)	2 (2,7%)

Выводы. У беременных с преэклампсией после применения ВРТ чаще наблюдаются тяжёлое течение заболевания, нарушения маточно-плацентарного кровообращения, задержка внутриутробного роста и снижение показателей биофизического профиля плода. Нарушения маточно-плацентарного кровотока выявлены у 53,3% женщин после ВРТ против 36,0% при спонтанной беременности, задержка роста плода — у 35,0% против 21,3%, снижение биофизического профиля — у 31,7% против 18,7%.

Преэклампсия у пациенток после ВРТ также сопровождалась более высокой частотой преждевременного родоразрешения — 45,0% против 29,3%. Комплексная оценка доплерометрических и фетальных показателей может использоваться для выделения беременных высокого риска и выбора оптимальной тактики динамического наблюдения и родоразрешения.