

## АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У ЖЕНЩИН ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

**Бабаджанова Г.С.**

Профессор кафедры акушерства и гинекологии ТМА

**Ан А.В.**

Ассистент кафедры акушерства и гинекологии ТМА

**Алишера М.Б.**

Магистр кафедры акушерства и гинекологии ТМА

**Аннотация :**Репродуктивные потери – потеря продуктов зачатия на всех этапах развития плода в результате самопроизвольного и вынужденного прерывания беременности, мертворождаемости, а также смерти детей первого года жизни. Вопрос включения внематочной беременности в структуру репродуктивных потерь является дискуссионным. Так, существует мнение, что внематочная беременность также должна относиться к репродуктивным потерям, но есть и противоположная точка зрения, заключающаяся в том, что нецелесообразно относить к «репродуктивным потерям» внематочную беременность, представляющую собой лишь патологическое состояние репродуктивного процесса, а вовсе не желанную беременность.

**Ключевые слова:** беременность, репродуктивные потери, перинатальные исходы

**Введение:**Важным резервом для улучшения демографической ситуации является снижение младенческой и материнской смертности. Данные показатели относятся к так называемым «репродуктивным потерям», т.е. потерям во время воспроизводства населения, и являются общепризнанными критериями оценки эффективности репродуктивно демографического развития и индикатором социально-экономического благополучия общества.

Репродуктивные потери – потеря продуктов зачатия на всех этапах развития плода в результате самопроизвольного и вынужденного прерывания беременности, мертворождаемости, а также смерти детей первого года жизни. Вопрос включения внематочной беременности в структуру репродуктивных потерь является дискуссионным. Так, существует мнение, что внематочная беременность также должна относиться к репродуктивным потерям, но есть и противоположная точка зрения, заключающаяся в том, что нецелесообразно относить к «репродуктивным потерям» внематочную беременность, представляющую собой лишь патологическое состояние репродуктивного процесса, а вовсе не желанную беременность.

По нашему мнению, потеря беременности вследствие эктопической локализации должна учитываться, так как имеет значимые последствия для репродуктивного здоровья женщины и для общества в целом. Статистика исходов беременности чрезвычайно важна, поскольку характеризует, во первых, репродуктивное здоровье женщин, во вторых, уровень службы охраны здоровья матери и ребенка, в частности, планирования семьи, в третьих, репродуктивные потери не разрывно связаны со здоровьем детей, а значит, влияют на здоровье популяции. Кроме того, анализ структуры репродуктивных потерь является основой для реформирования акушерскогинекологической службы в целом и планирования семьи в частности.

С самопроизвольное прерывание беременности – одно из самых распространенных осложнений. К ранним репродуктивным потерям относятся все случаи самопроизвольного прерывания беременности в сроках до 12 нед. Среди различных форм невынашивания беременности (НВ) особое место занимают самопроизвольный выкидыш и неразвивающаяся беременность. В

структуре ранних потерь треть приходится на срок до 8 нед . Репродуктивные потери представляют не только медицинскую, но и социальную проблему, особо актуальную при современном снижении естественного прироста населения .

Нарушение течения беременности и механизмов регуляции в I триместре рассматривается как отправная точка дальнейшего неблагополучия. Именно поэтому ранние сроки беременности находятся в центре внимания научного общества не только в нашей стране, но и во всем мире. Сложность проблемы ранних репродуктивных потерь и не теряющаяся с годами ее актуальность в некоторой степени объясняются многофакторным характером заболевания. В их основе лежат как эпигенетические, так и генетические факторы. Несмотря на то что репродуктивные потери имеют множество различных этиологических причин, таких как инфекционные, анатомические, иммунные, экологические, подавляющее большинство из них связано с хромосомными аномалиями. Некоторые авторы убеждены, что большинство выкидышей до 10 нед беременности связаны с хромосомными аномалиями плода (трисомия, моносомия, полиплоидия) и считают генетические факторы основными, так как у 50–82% женщин причиной является аномальный кариотип плода.

**Цель:** Цель исследования – оценить течение беременности и состояние новорожденных у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе в зависимости от особенностей фолатной профилактики на этапе прегравидарной подготовки и в I триместре гестации.

**Материалы и методы.** У 60 женщин, разделенных на 2 группы в зависимости от наличия (1-я группа, n=15) или отсутствия (2-я группа, n=45) репродуктивных потерь в анамнезе, проведен сравнительный анализ течения беременности и ее исхода для новорожденного. 1. Анализ медицинской истории женщин для выявления факторов риска репродуктивных потерь. 2. Анкетирования (Изучение факторов образа жизни, таких как питание, физическая активность и стресс, и их влияния на репродуктивное здоровье). Пациентки 1-й группы начиная с прегравидарного этапа принимали фолаты в виде синтетической фолиевой кислоты (400–800 мкг). Для оценки влияния качества фолатной профилактики на перинатальные исходы проведен анализ течения и исхода беременностей у 15 женщин с репродуктивными потерями в анамнезе (3-я группа), получавших на прегравидарном этапе и при беременности фолаты в виде 200 мкг фолиевой кислоты. Исследования в области репродуктивных потерь у женщин могут помочь выявить причины и разработать эффективные методы профилактики и лечения этих проблем, что в свою очередь повысит шансы на успешное рождение здорового ребенка.

**Результаты:** В ГРК№5 г. Ташкент 94,33% РП происходят ранее 12 нед. беременности. У женщин с репродуктивными потерями в анамнезе беременность чаще завершалась преждевременными родами (10,8 и 3,2%, p=0,039). Перинатальные исходы в данной группе характеризовались высокой частотой гипоксическишемического поражения центральной нервной системы (ЦНС) и перевода новорожденных на второй этап лечения (23,1 и 12,2%, p=0,05). У женщин с репродуктивными потерями в анамнезе, применявших с прегравидарного этапа фолаты в виде 200 мкг фолиевой кислоты и витамины группы В (3-я группа), преждевременные роды и перинатальные осложнения регистрировались достоверно реже, чем у женщин, принимавших фолаты в виде синтетической фолиевой кислоты.

Средний возраст беременных 1-й группы составил 29,2±5,3 года, 2-й группы – 26,3±5,1 года (p=0,001). Первородящими были 9 женщины 1-й группы (60%) и 34 пациентки 2-й группы (75,6%; p=0,084). Анамнез, отягощенный искусственными абортми, имели 4 пациенток 1-й группы (26,6%) и 15 женщин 2-й группы (33,3%, p=0,519). Гинекологический анамнез женщин 1-й группы характеризовался высокой частотой гормонально зависимых заболеваний (миомы матки, эндометриоза, нарушений менструальной функции) (23,1%, во 2-й группе – 12,2%, p=0,055) и бесплодия (10,8 и 6,9%, p=0,461). Частота хронических инфекционно-воспалительных

заболеваний гениталий в группах сравнения была сопоставима (13,8 и 9,6% соответственно,  $p=0,476$ ). Анализ соматической отягощенности показал практически одинаковую частоту хронических инфекционно воспалительных заболеваний мочевыводящих путей (9,2 и 15,9%,  $p=0,259$ ) и прегравидарного ожирения (12,3 и 8,5%,  $p=0,512$ ). Хроническая артериальная гипертензия у женщин с репродуктивными потерями регистрировалась несколько чаще (12,3 и 4,9%,  $p=0,079$ ). По остальным нозологическим группам также статистически достоверной разницы не выявлено. Количество женщин без соматических заболеваний в группах сравнения было одинаковым: 4 (26,6%) пациенток в 1-й группе и 9 (20%) женщин во 2-й группе ( $p=0,705$ ). Хронической никотиновой зависимостью страдали 3 (4,6%) женщины из 1-й группы и 1 (6%) женщины 2-й группы ( $p=0,369$ ). Женщинам 1-й группы проводили индивидуальную прегравидарную подготовку, которая включала коррекцию выявленных нарушений: санацию очагов инфекции и лечение соматических заболеваний. В случаях привычного невынашивания беременности проводили терапию препаратами прогестерона во вторую фазу менструального цикла. При выявлении отклонений в лабораторных тестах системы гемостаза пациентки были консультированы гематологом и получали лечение в соответствии с установленными нарушениями. Нутритивная прегравидарная программа, помимо рационального питания, предполагала прием препаратов синтетической фолиевой кислоты в дозе 400–800 мкг/сут.

Соматические заболевания у женщин 3-й группы регистрировались с частотой, аналогичной показателям женщины 1-й группы: хронические инфекционно-воспалительные заболевания мочевыводящих путей имели место у 2 пациенток (13,3 и 9,2%,  $p=0,584$ ), прегравидарное ожирение – у 1 женщины (6,6 и 8,5%,  $p=0,877$ ), хроническая артериальная гипертензия – у 2 женщин (10,2 и 12,3%,  $p=0,774$ ).

При сравнительном анализе течения гестационного процесса в 1-й и во 2-й группах было установлено, что различия в частоте преэклампсии (13,9 и 10,6%,  $p=0,621$ ), угрожающих аборт (38,5 и 27,1%,  $p=0,116$ ) и угрожающих преждевременных родов (16,9 и 21,8%,  $p=0,051$ ) не имели статистической значимости. Анемия осложняла течение беременности у 30,8% пациенток 1-й группы и у 26,6% женщин 2-й группы ( $p=0,623$ ). Гемодинамические нарушения в системе «мать–плацента–плод» по результатам доплерометрии при антенатальном обследовании были выявлены у 3 (20%) женщин 1-й группы и у 6 (14,9%) беременных 2-й группы ( $p=0,625$ ). По данным ультразвукового измерения индекса амниотической жидкости, в III триместре у беременных 1-й группы несколько чаще регистрировалось маловодие (у 1 женщины, что составляет 9,4%, в группе сравнения – у 2 беременных, т.е. 3,7%,  $p=0,143$ ). Задержка роста плода при проведении ультразвукового исследования также в 2 раза чаще регистрировалась у пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе (7,7 и 3,2% соответственно,  $p=0,238$ ).

Для оценки влияния качества фолатной профилактики был проведен анализ течения и исхода беременности у 15 женщин с репродуктивными потерями в анамнезе (3-я группа), которым на этапе прегравидарной подготовки и в I триместре гестации был рекомендован препарат, содержащий 200 мкг фолиевой кислоты и витамины группы В. Частота осложнений беременности у пациенток 3-й группы представлена в таблице. Несмотря на отсутствие существенных различий в частоте основных гестационных осложнений, следует отметить, что преждевременные роды произошли только у одной женщины 3-й группы (срок беременности – 36 нед, масса тела новорожденного – 2400 г). Преэклампсия регистрировалась с сопоставимой частотой, но в 3-й группе беременных наблюдалась только умеренная степень ее тяжести, тогда как у одной пациентки 1-й группы была диагностирована тяжелая преэклампсия, повлекшая необходимость досрочного оперативного родоразрешения при сроке беременности 30 нед. Таким образом, у 98,5% женщин, получавших на этапе прегравидарной подготовки и в I триместре гестации комплекс с активным метаболитом фолатов, беременность завершилась в оптимальный срок, тяжелых гестационных осложнений в данной группе пациенток не наблюдалось.

## Выводы

1. Невынашивание беременности в анамнезе является фактором, повышающим перинатальный риск (относительный риск рождения больного ребенка увеличивается в 1,7 раза).
2. Использование на этапе прегравидарной подготовки и в I триместре беременности препарата, содержащего метаболически активную форму фолиевой кислоты, позволило снизить частоту преждевременных родов и улучшить перинатальные исходы.

## Литературы:

1. Фролова Н.И, Белокрыницкая Т.Е. Эпигенетические факторы и молекулярные маркеры риска ранних потерь беременности // Гинекология. 2019. Т. 21, № 3. С. 9–16.
2. Савченко Р.Р. Анализ CNVs при анэмбрионии и неразвивающейся беременности // Медицинская генетика. 2018. Т. 17, № 3. С. 49–54.
3. Лобанова Е.Н. и др. Особенности микробиоценоза влагалища при различных клинических вариантах невынашивания беременности // Акушерство, гинекология и репродукция. 2019. Т. 13, № 1. С. 13–19.
4. Царева Н.В. Маточное бесплодие при гипоплазии эндометрия. Маркеры рецептивности и «окна имплантации» // Медицинский журнал. 2020. № 3. С. 40–45.
5. Посисеева Л.В., Петрова У.Л. Субфертильность супружеской пары: акценты патогенеза и коррекции // Российский вестник акушера-гинеколога. 2018. Т. 18, № 3. С. 34–40.
6. Gallos I., Chu J. et al. Conventional and modern markers of endometrial receptivity: a systematic review and meta-analysis // Hum. Reprod. Update. 2019. Vol. 25, N 2. P. 202–223.
7. Посисеева Л.В., Герасимов А.М., Петрова У.Л. Гликоделин в акушерско-гинекологической практике: прошлое, настоящее, будущее // Проблемы репродукции. 2020. Т. 26, № 3. С. 11–22.
8. Бочкова М.С. и др. Роль гликоделина в регуляции иммунной системы в контексте развивающейся беременности // Медицинская иммунология. 2019. Т. 21, № 4. С. 603–616.