

*И.Г. Штылёва*  
**СВЯЗЬ ПАРИТЕТА БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ СО СРОКОМ  
БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВЫКИДЫШЕ**

*Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Е.И. Барановская*  
*Кафедра акушерства и гинекологии*  
*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*I.G. Shtyliova*  
**RELATIONSHIP OF THE PARITY OF PREGNANCY AND BIRTH WITH  
THE TERM OF PREGNANCY IN MISSION**

*Tutor: MD, professor E.I. Baranovskaya*  
*Department of Obstetrics and Gynecology*  
*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме.** Статья посвящена изучению влияния гинекологического и акушерского анамнеза, экстрагенитальной патологии на риск самопроизвольного выкидыша на определенном сроке беременности.

**Ключевые слова:** выкидыш, беременность, репродуктивное здоровье.

**Resume.** The article is devoted to the study of the influence of gynecological and obstetric history, extragenital pathology on the risk of spontaneous miscarriage at a certain gestational age.

**Keywords:** miscarriage, pregnancy, reproductive health.

**Актуальность.** Невынашивание беременности — одна из важнейших проблем практического акушерства, так как каждая прервавшаяся беременность оказывает негативное влияние на репродуктивное здоровье женщины и может приводить к повторяющимся ранним репродуктивным потерям [1]. Невынашивание беременности — это относительно частое явление, встречающееся в 15-25% всех беременностей [2]. Этиология и патогенез самопроизвольного прерывания беременности до настоящего времени остаются еще недостаточно изученными. Этот факт объясняется разнообразием причин, вызывающих данную патологию: генетические, анатомические, эндокринные, иммунологические, инфекционно-токсические и другие факторы, каждый из которых в той или иной степени может оказывать отрицательное влияние на течение беременности [3].

**Цель:** Цель данного исследования состоит в анализе связи между паритетом беременности и родов пациенток, их гинекологической и сопутствующей патологии и самопроизвольным выкидышем на разных сроках беременности.

**Задачи:**

1. Изучить влияние гинекологической и сопутствующей патологии на риск прерывания беременности на сроке после 8 недель гестации.
2. Выявить влияние акушерского анамнеза (паритета беременности и родов) на вероятность самопроизвольного выкидыша на сроке после 8 недель гестации.
3. Провести оценку полученных данных и сделать соответствующие выводы.

**Материалы и методы.** В данном исследовании принимали участие 47 пациенток, госпитализированных в УЗ «Городской клинический родильный дом №2» в период с января по октябрь 2021 года по поводу самопроизвольного выкидыша на сроке

более 8 недель беременности. Возраст пациенток составил от 18 до 44 лет. Пациентки были разделены на 2 группы согласно сроку гестации. В первую группу вошли женщины, самопроизвольное прерывание беременности которых произошло на сроке до 7 недель беременности включительно (N=30), средний возраст данной группы составил  $30,73 \pm 1,23$  лет. Вторую группу составили женщины, прерывание беременности которых произошло на сроке более 8 недель (N=17), средний возраст которых составил  $34,41 \pm 1,31$  лет,  $\chi^2=7,19$ ,  $p<0,01$ . Был произведен анализ данных медицинских карт стационарных пациентов исследуемых с целью анализа их акушерского, гинекологического анамнеза, наличия сопутствующей патологии, особенностей течения данной беременности. Обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Office Excel и SPSS Statistics.

**Результаты и их обсуждение.** Средний возраст пациенток первой группы составил  $30,73 \pm 1,23$  года, а средний возраст пациенток второй группы составил  $34,41 \pm 1,31$  года,  $\chi^2=7,19$ ,  $p<0,01$ . Средний возраст исследованных пациенток составил  $32,06 \pm 0,94$  года.

Анализ индекса массы тела пациенток обеих групп показал, что данный показатель статистически не значим в данной выборке пациенток. Индекса массы тела в группе 1 составил -  $22,79 \pm 0,73$  кг/м<sup>2</sup>, а в группе 2 -  $23,95 \pm 1,27$  кг/м<sup>2</sup> соответственно (критерий Стьюдента  $t=0,79$ ,  $p=0,43$ ).

Согласно анализу данных акушерского анамнеза количество предыдущих беременностей оказалось статистически не значимым показателем при сравнении обеих групп. Первая беременность не завершилась родами у 26,67% пациенток из группы 1 и у 23,53% пациенток из группы 2,  $\chi^2=0,06$ ,  $p>0,1$ . При изучении методов родоразрешения и паритета родов пациенток обеих групп было установлено, что кесарево сечение в анамнезе имели 20% пациенток из группы 1 и 17,65% пациенток из группы 2,  $\chi^2=0,04$ ,  $p>0,1$ . Естественные роды имели 40% пациенток из группы 1 и 58,82% пациенток из группы 2,  $\chi^2=1,54$ ,  $p>0,1$ . Отсутствие родов в анамнезе было у 43,33% пациенток из группы 1 и у 29,41% пациенток из группы 2,  $\chi^2=0,89$ ,  $p>0,1$ . Данные значения говорят о том, что эти признаки не имеют статистической значимости при сравнении данных групп. Однако наличие 3-х и более естественных родов не отмечалось в анамнезе у исследованных пациенток из группы 1 и отмечалось у 17,65% пациенток из группы 2,  $\chi^2 = 5.65$ ,  $p<0,05$ . В то же время наличие более 3-х родов в анамнезе (естественные роды или кесарево сечение) отмечалось у 3,33% исследованных пациенток из группы 1 и у 17,64% пациенток из группы 2,  $\chi^2 = 2.85$ ,  $p<0,1$ . Остальные признаки при изучении акушерского анамнеза пациенток обеих групп были сопоставимы (таблица 1).

**Табл. 1.** Паритет родов

Роды в анамнезе	Группа 1, N=30	Группа 2, N=17	Критерий $\chi^2$
КС	6	3	0,04, $p>0,1$
ЕР	12	10	1,54, $p>0,1$
Не рожали	13	5	0,89, $p>0,1$

Продолжение таблицы 1.

1 КС или 1 ЕР	10	4	0,5, p>0,1
2 родов (КС или ЕР, или и то, и то)	6	5	0,54, p>0,1
3 и более родов (КС или ЕР, или и то, и то)	1	3	2,85, p<0,1
1 КС	3	1	0,23, p>0,1
1 ЕР	7	3	0,21, p>0,1
1 КС + 1 ЕР	1	1	0,17, p>0,1
2 КС	1	1	0,17, p>0,1
2 ЕР	4	3	0,16, p>0,1
3 КС	1	0	0,58, p>0,1
3 и более ЕР	0	3	5,65, p<0,05

Невынашивание в анамнезе имели 20% пациенток из группы 1 и 35,29% пациенток из группы 2,  $\chi^2=1,33$ , p>0,1. Процент внематочной беременности в анамнезе составил 3,33% в группе 1 и 5,88% в группе 2,  $\chi^2=0,17$ , p>0,1. Наличие медикаментозного аборта в анамнезе было установлено у 26,67% пациенток из группы 1 и у 17,64% пациенток из группы 2,  $\chi^2=0,49$ , p>0,1. Данные значения свидетельствуют о том, что перечисленные признаки сопоставимы в обеих группах.

По результатам анализа гинекологической и экстрагенитальной патологии пациенток обеих групп статистически значимых различий выявлено не было (таблица 2 и 3).

Табл. 2. Гинекологическая патология

Заболевание	Группа 1, N=30	Группа 2, N=17	Критерий $\chi^2$
Воспалительное заболевание	11	6	0,009, p>0,01
Гиперпластический процесс	1	1	0,17, p>0,01
Гормонзависимая патология матки	6	4	0,08, p>0,01
Патология яичников	2	1	0,01, p>0,01
Патология шейки матки	12	7	0,006, p>0,01
Деструкция шейки матки	3	14	1,57, p>0,01

**Табл. 3.** Сопутствующая патология

<b>Заболевание</b>	<b>Группа 1, N=30</b>	<b>Группа 2, N=17</b>	<b>Критерий <math>\chi^2</math></b>
Неврологическая патология	2	2	0,36, p>0,01
Эндокринная патология	4	5	1,81, p>0,01
Сердечно-сосудистая патология	2	3	1,38, p>0,01
Патология желудочно-кишечного тракта	5	2	0,2, p>0,01
Офтальмологическая патология	4	3	0,16, p>0,01
Патология мочевыделительной системы	3	0	1,81, p>0,01

### **Выводы:**

1. Репродуктивная функция пациенток с беременностью, завершившейся самопроизвольным выкидышем на эмбриональной стадии развития и на более поздних сроках, характеризуется в анамнезе невынашиванием (20% и 35,29% пациенток соответственно), эктопией плодного яйца (3,33% и 5,88%), медицинского аборта (26,67% и 17,64%), что свидетельствует об отсутствии паритета между беременностью и родами.

2. У много рожавших женщин с числом беременностей  $\geq 3$  потеря беременности характеризуется более поздними сроками, что косвенно может указывать на истмико-цервикальную недостаточность в этиологии невынашивания и требует ее своевременной диагностики и коррекции.

### **Литература**

1. Доброхотова Ю. Э. Роль иммунных механизмов в патогенезе невынашивания беременности / Ю. Э. Доброхотова, Л. В. Ганковская, И. В. Бахарева, О. А. Свитич, С. В. Малушенко, А. М. Магомедова. – Акушерство и гинекология. – 2016. - №7. – С. 5-10.
2. Шабанова А.А. Привычное невынашивание беременности – современный взгляд на проблему / А. А. Шабанова, М. С. Шитова. - Научный сетевой журнал «Столыпинский вестник». -2022. - №3. – С.1193-1203.
3. Трубникова Л.И. Актуальные вопросы диагностики и лечения акушерской патологии. Издание 3-е. / Л.И. Трубникова, Н. В. Вознесенская, В.Д. Таджиева, Т. Ю. Корнилова, М. Л. Албутова, Ф.А. Измайлова, Н. Ю. Тихонова. - Ульяновск, 2018. – 373 ст.