

*Черватюк Мария Игоревна,  
студентка 6 курса Медицинского института НИУ «БелГУ»,  
г. Белгород*

*Амичба Марта Мурмановна,  
студентки 6 курса Медицинского института НИУ «БелГУ»,  
г. Белгород*

## **РОЛЬ ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ МАТЕРИ И АНАМНЕЗА БЕРЕМЕННОСТИ В РИСКЕ ВЫКИДЫША**

**Аннотация:** Согласно современным представлениям, помимо генетических и частично инфекционных причин, ведущих к закладке аномального эмбриона, реализация повреждающего действия других факторов (анатомических, эндокринных, иммунологических) состоит в создании неблагоприятного фона для развития генетически полноценного плодного яйца, что ведет к истощению резервных возможностей хориона и остановке развития (эмбриогенеза). В статье рассматривается невынашивание беременности и оценка ее зависимости от возраста матери и анамнеза беременности.

**Ключевые слова:** причины, осложнения, выкидыш, беременность,

**Annotation:** According to modern ideas, in addition to genetic and partially infectious causes leading to the laying of an abnormal embryo, the implementation of the damaging effects of other factors (anatomical, endocrine, immunological) consists in creating an unfavorable background for the development of a genetically full fetal egg, which leads to depletion of the reserve capacity of the chorion and stops development (embryogenesis). The article discusses miscarriage and evaluates its dependence on the age of the mother and the history of pregnancy.

**Key words:** causes, complications, miscarriage, pregnancy, age.

В современном акушерстве проблема невынашивания беременности продолжает сохранять свою актуальность и приоритетность. Это обусловлено прежде всего, тем, что невынашивание беременности является одной из основных составляющих репродуктивных потерь [2, с.38]. Так, приблизительно от 15 до 25% всех зарегистрированных беременностей способны самопроизвольно прерываться, при этом 5-20% приходится на долю привычного НБ, а 80% беременностей прерываются до 12 недель [1, с.187].

Выкидыш представлен распространенным исходом беременности, большинство исследований сообщают о потере от 12% до 15% среди признанных беременностей к двадцати неделям беременности. Количественная оценка невынашивания беременности является сложной задачей, поскольку показатели потери беременности высоки. В ходе чего общий показатель признанных потерь зависит от того, насколько своевременно женщины признают свою беременность. Существуют также различия между странами и исследованиями в отношении выкидыша и мертворождения [3, с.85].

Очевидно, что наблюдаемый уровень выкидышей зависит от конкурирующего риска индуцированного аборта. Общее отсутствие сведений об искусственных абортах затрудняет определение того, насколько серьезно этот конкурирующий риск искажает оценку частоты выкидышей. По данным популяционных когортных исследований или национальных регистров риск невынашивания беременности в Швеции, Финляндии и Дании составляет от 12,9% до 13,5%. Однако, причина большинства выкидышей неизвестна, по-видимому, они являются результатом сложного взаимодействия между возрастом родителей, генетическими, гормональными, иммунологическими и экологическими факторами [5, с.40].

Генетические факторы, включающие хромосомные перестройки родителей и аномальные эмбриональные генотипы или кариотипы, являются основой более половины повторных выкидышей. Как самый сильный и известный фактор риска представлен материнский возраст. У самых молодых

матерей риск выкидыша незначительно повышен, а затем резко повышается у пожилых матерей.

Возможность существования общих основополагающих факторов риска невынашивания беременности и других неблагоприятных исходов беременности. Рассматривается связь между анамнезом выкидышей и будущим риском других осложнений беременности в ряде исследований, но меньше известно о том, как осложнения могут предсказать будущий риск выкидыша. В ходе исследований определяли после 12 недель гестации живые рождения и смерть. Мертворождением в регистре рождения считается смерть плода на двадцатой неделе беременности или позже, или при весе 500 г или более.

Выкидышем считается смерть плода до 20 недель гестации с весом при рождении менее 500 г. На момент выкидыша в регистре пациенток не был зарегистрирован гестационный возраст, но предполагается, что все выкидыши, выявленные в регистре пациенток, произошли до 12 завершенных гестационных недель, поскольку они были бы зарегистрированы в регистре рождений. В регистре пациентов больничные выписки кодируются в соответствии с МКБ-10 (международная классификация болезней, 10-й пересмотр).

В регистре пациенток беременность не регистрируется с уникальными идентификационными номерами беременности, и последующие визиты во время одной и той же беременности могут привести к многократной регистрации. Чтобы записи отражали уникальные беременности, поэтому приняты меры для обеспечения этого. Для анализа предыдущих исходов беременности женщины были классифицированы как не имеющие предыдущей беременности, мертворождения, живорождения, выкидыша или неонатальной смерти. Смерть новорожденного определялась, как смерть в первые 28 дней после родов.

Как количество выкидышей во всех текущих беременностях в каждую неделю гестации была рассчитана частота выкидыше.

Один из главных подходов, который был предложен, заключается в том, чтобы включить половину искусственных аборт в знаменатель. Вскоре после

признания беременности большинство искусственных аборт произошло, так что наша коррекция для искусственных абортов составила лишь очень незначительную разницу в оцененном общем риске выкидышей.

Незначительное повышение риска выкидыша, если предыдущие роды заканчивались преждевременными родами (скорректированное отношение шансов 1,22, 95% доверительный интервал 1,12-1,29), мертворождением (1,30, 1,11-1,53), кесаревым сечением (1,16, 1,12-1,21) или если у женщины был гестационный диабет во время предыдущей беременности (1,19, 1,05-1,36).

У женщин риск выкидыша был несколько выше, которые сами были малы для гестационного возраста. Риск выкидыша был выше, если предыдущие живые роды были недоношенными (скорректированное отношение шансов 1,22, 95% доверительный интервал 1,12-1,29), если предыдущая беременность включала диагноз гестационного диабета (1,19, 1,05-1,36), или если методом родоразрешения было кесарево сечение (1,16, 1,12-1,21). У женщин, роды которых ранее были послеродовыми, риск выкидыша несколько снизился (0,84; 0,79-0,90). Имеются незначительные сведения о повышенном риске после родов у детей, больших по гестационному возрасту, маленьких по гестационному возрасту или с врожденной аномалией развития. Преэклампсия при предыдущей беременности не была связана с повышенным риском выкидыша [4, с. 399].

Между осложнениями во время предыдущей беременности и выкидышем ассоциации оставались одинаковыми при корректировке интервала между родами и курением во время предыдущей беременности.

Выводы: риск выкидыша показывает сильную картину рецидива, сильно варьирует в зависимости от возраста матери, а также увеличивается после некоторых неблагоприятных исходов беременности. Невынашивание беременности и другие осложнения беременности могут стать общими причинами, которые могут быть биологическими условиями или неизмеримыми общими факторами риска [3, с. 740].

### Список литературы:

1. Wilcox AJ, Weinberg CR, O'Connor JF, et al. Частота ранней потери беременности. *N Engl J Med* 2015; 319: 189 - 94 .doi: 10.1056 / nejml198807283190401 . pmid:3393170
2. Краснопольский В.И. , Шаповаленко С.А. , Логутова Л.С. и др. Лечение недостаточности лютеиновой фазы у женщин с невынашиванием беременности // *Рос. вестн. акуш.-гин.* 2006. № 3. С. 66–71.
3. Adolfsson A, Larsson PG. Совокупная заболеваемость предыдущими самопроизвольными абортами в Швеции в 1983-2003 годах: регистровое исследование. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 741 - 7. doi: 10.1080 / 00016340600627022. pmid:16752269
4. Forssas E. Эпидемиология выкидыша и его связь с другими репродуктивными событиями в Финляндии. *Am J Obstet Gynecol* 2019; 181: 396 - 401. doi: 10.1016 / S0002-9378(99)70568-5 . pmid:10454690
5. Bhattacharya S. Бесплодие и выкидыш: общие пути в проявлении и управлении. *Womens Health (Lond)*2016; 11: 527 - 41. doi: 10.2217 / WHE.15.19. pmid:26238301