

Выводы

Для женщин с неразвивающейся беременностью характерна высокая частота сопутствующей экстрагенитальной заболеваемости с преобладанием инфекционно-воспалительных процессов.

Для морфологической картины неразвивающейся беременности свойственны дистрофические и некробиотические процессы в строме ворсин, воспалительные признаки, а также недостаточные децидуальные изменения эндометрия.

Женщины после неразвивающейся беременности требуют обязательного проведения лечебных и реабилитационных мероприятий. Своевременное и рациональное проведение прегравидарной подготовки, коррекция сопутствующей патологии будут способствовать успешному завершению последующей беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: учебное пособие / Ю. К. Малевич [и др.]; под общ. ред. Ю. К. Малевича. — Минск: Беларусь, 2017. — 511 с.
2. Пурит, Е. И. Неразвивающаяся беременность в первом триместре: факторы риска, способы прерывания / Е. И. Пурит // Молодой ученый. — 2018. — № 49. — С. 88–93.
3. Сидельникова, В. М. Невынашивание беременности. Руководство для практикующих врачей / В. М. Сидельникова, Г. Т. Сухих. — М.: МИА, 2011. — 135 с.
4. Радзинский, В. Е. Неразвивающаяся беременность: Метод. Рекомендации Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины / В. Е. Радзинский. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 544 с.
5. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — Киев: МОРИОН, 2001. — 408 с.

УДК 618.39:616.155.295

ЧАСТОТА ГЕНОВ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ

Рубан Н. А., Фещенко Е. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. М. Яковец

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В современном акушерстве одной из важнейших проблем является профилактика осложнений течения беременности и репродуктивных потерь. Проблема невынашивания беременности в нашей стране актуальна: неудачно заканчивается каждая пятая беременность. Причинами потерь беременности являются генетические, анатомические, эндокринные, инфекционные и иммунологические факторы.

Невынашивание — это универсальный интегрированный ответ женского организма на любое неблагополучие здоровья беременной и плода, кумулятивный ответ на действие неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов.

Цель

Изучение частоты полиморфизма генов: F1 (гена I фактора свертывания крови Thr312Ala); FVL-G169C (гена V фактора свертывания крови, мутация Лейдена); FII-G20210A (гена II фактора свертывания крови — протромбина); MTHFR-C677T (гена метилентетрагидрофолатредуктазы); MTHFR-A1298AC (гена метилентетрагидрофолатредуктазы); MTR-A2756G (гена метионинсинтазы), ассоциированных с риском акушерских и перинатальных осложнений.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 22 индивидуальных карт беременных, которым было проведено генетическое тестирование.

При описании количественных признаков, имеющих нормальное распределение, использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение ($M \pm SD$). Межгрупповые различия оценивали с помощью программы «Statistica» 6.0 («StatiSoft»). Значения считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В обследуемую группу включены 22 беременные, средний возраст которых составил $33,3 \pm 4,6$ лет. Все обследуемые имели в анамнезе роды, однако большинство из них — 12 ($52,2 \pm 4,9$ %) ($\chi^2 = 32,1$; $p < 0,001$) — первородящие. Самопроизвольные выкидыши имели место у 12 ($52,2 \pm 4,9$ %) ($\chi^2 = 32,1$; $p < 0,001$), неразвивающаяся беременность была у 19 ($82,6 \pm 4,8$ %) ($\chi^2 = 44,4$; $p < 0,001$) женщин.

У всех исследуемых беременных выявлены полиморфные мутаций генов системы гемостаза и фолатного цикла.

Аллель Thr312Ala гена F1 регулирует последний этап коагуляционного каскада, влияет на образование «белого» тромба и связан с риском возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. В гомозиготном варианте он наблюдался у 13 ($56,5 \pm 5,5$ %) женщин. У 7 ($30,4 \pm 4,6$ %) беременных, в гетерозиготном состоянии ($\chi^2 = 37,1$; $p < 0,001$).

Мутация гена протромбина FII-G20210A в гомозиготном варианте был выявлен у 14 ($60,9 \pm 4,9$ %), а в гетерозиготном у 5 ($21,7 \pm 4,1$ %) беременных ($\chi^2 = 39,1$; $p < 0,001$).

У женщин мутация гена FVL-G169C (ген V фактора свертывания крови, мутация Лейдена) является причиной тромбоза в плаценте, который приводит к повышению риска невынашивания беременности на ранних сроках в 3 раза, развитию преэклампсии и фетоплацентарной недостаточности. Аллель G169C гена FVL обнаружен у 20 ($90,9 \pm 3,7$ %) ($\chi^2 = 49,1$; $p < 0,001$) женщин. При этом 14 ($60,9 \pm 4,9$ %) женщин являлись гомозиготными по данному локусу, а 4 ($17,4 \pm 3,8$ %) — гетерозиготными ($\chi^2 = 33,1$; $p < 0,001$).

Ген ингибитора активатора плазминогена PAL-I G4/G5 обнаружен в гетерозиготном состоянии только у 1 ($4,3 \pm 2$ %) ($\chi^2 = 1,7$; $p > 0,05$) беременной.

Носителей аллеля Val34Leu в сочетании с вариантом G4/G4 в гене PAL-I, при котором очень высокий риск привычного невынашивания, выявлено не было.

Сопоставляя полученные нами результаты, следует заключить, что частота встречаемости мутантных генотипов MTHFR-C677T и MTHFR-A1298C полиморфизма гена MTHFR составляет 19 ($82,6 \pm 4,8$ %) ($\chi^2 = 44,4$; $p < 0,001$) и 15 ($65,2 \pm 4,2$ %) ($\chi^2 = 37,4$; $p < 0,001$) случаев соответственно. Наиболее часто встречались гомозиготные формы: генотип MTHFR-C677T был у 12 ($52,2 \pm 5$ %) ($p < 0,001$), а MTHFR-A1298C у 11 ($47,8 \pm 5$ %) ($p < 0,001$).

Ген MTR-A2756G (метионинсинтаза) осуществляет реметилирование гомоцистеина. Нарушение этого процесса приводит к повышению уровня гомоцистеина, что увеличивает риск тромбоза, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, прерывания беременности и преэклампсии. В исследуемой группе ген MTR-A2756G выявлен у 19 ($82,6 \pm 4,8$ %) ($\chi^2 = 44,4$; $p < 0,001$) беременных. Гомозиготные варианты встречались значимо чаще (более чем в 5 раз) по сравнению с гетерозиготными: 16 ($69,6 \pm 4,6$ %) и 3 ($13 \pm 3,4$ %) ($\chi^2 = 38,9$; $p < 0,001$) соответственно.

Комбинированная форма наследственной тромбофилии в виде MTHFR и антифосфолипидного синдрома (АФС) встречалась у 3 ($13 \pm 3,4$ %) ($\chi^2 = 2,6$; $p > 0,05$) беременных.

Все беременные с наследственной тромбофилией во время беременности получали медикаментозную коррекцию низкомолекулярными гепаринами, дипиридамолом и аспирином.

Гестационный процесс осложнился развитием фетоплацентарной недостаточностью (ФПН) в 4 ($17,4 \pm 3,8$ %) случаях наблюдения, при этом только в 2 ($8,6 \pm 2,8$ %) установлена субкомпенсированная форма ($\chi^2 = 2,1$; $p > 0,05$). Декомпенсированная форма ФПН, приведшая ко внутриутробной задержке развития плода, диагностирована у 2 ($8,6 \pm 2,8$ %) ($\chi^2 = 1,9$; $p > 0,05$) беременных. Наличие преэклампсии зарегистриро-

вано у 8 (34,7 ± 3,8 %) ($\chi^2 = 18,1$; $p < 0,001$) беременных. Одним из осложнений беременности являлась угроза прерывания, которая выявлена у 9 (40,2 ± 4,8 %) женщин в первом и у 19 (82,6 ± 4,8 %) ($\chi^2 = 44,4$; $p < 0,001$) во втором триместре. Наличие осложнений гестационного процесса явились показанием к родоразрешению путем операции кесарева сечения в 16 (69,6 ± 4,6 %) ($\chi^2 = 32,9$; $p < 0,001$) случаях. Случаев невынашивания беременности в обследуемой группе не было.

Выводы

1. У женщин с невынашиванием беременности гомозиготные формы генов тромбофилии FI — Thr312Ala; FVL — G169C; FII — G20210A F13AI — Val34 Leu встречаются значительно чаще, чем гетерозиготные ($p < 0,001$).

2. Мутации генов фолатного цикла чаще выявлены у гена MTR — A2756G (метионинсинтазы) ($p < 0,001$) у беременных с акушерскими потерями в анамнезе.

3. При невынашивании беременности гетерозиготный вариант гена MTHFR — C677T (метилентетрагидрофолатредуктаза) встречается в 2 раза чаще, чем такие же формы MTHFR — A1298AC и MTR — A2756G ($p < 0,001$).

УДК 614.2:[618.17+613.99](476.2-25)

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО И СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН Г. ГОМЕЛЯ

Руснак А. В., Каплан Ю. Д.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Т. Н. Захаренкова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из важных задач современного государства является сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женского населения, от которого зависит формирование демографического резерва страны. Репродуктивный потенциал современных матерей весьма низок вследствие высокой общей заболеваемости, кроме того, будущие матери наиболее подвержены различным неблагоприятным воздействиям медико-социального, экономического и экологического характера.

Цель

Провести сравнительный анализ состояния репродуктивного и соматического здоровья у беременных женщин и родильниц г. Гомеля в 2014 и 2019 гг.

Материал и методы исследования

Нами были проанализированы 597 историй родов у женщин, родоразрешенных в УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» в августе 2014 и 2019 гг. Все пациенты были разделены на две группы: 1-ю группу ($n = 322$) составили беременные женщины, родоразрешенные в августе 2014 г.; 2-ю группу ($n = 275$) составили беременные женщины, родоразрешенные в августе 2019 г. Статистическая обработка данных производилась при помощи программы «Statistica» 8.0. Различия между группами считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст женщин 1-й группы составил 27 (24; 31) лет и статистически значимо не различался с возрастом женщин 2-й группы — 29 (25; 32) лет ($U = 23$; $p = 0,76$). Возраст дебюта половой жизни, также, значимо не различался среди обследуемых женщин и составил 18 (17; 18) лет в 1-й группе и 18 (16; 18) лет во 2-й группе ($U = 185$; $p = 0,81$).