

ГБОУ ВПО Волгоградский Государственный Медицинский Университет

Минздрава здравоохранения России

Кафедра акушерства и гинекологии

Научно – исследовательская работа на тему

**«Современные аспекты невынашивания беременности»**

Выполнила: студентка 4 курса 4 гр

Педиатрического факультета

Плахотина Анастасия Валерьевна

04.04.18.  
04.04.18.  
асс. Соштане Т.А.

Волгоград, 2018

## Содержание:

1. Введение.....	3
2. Цели и задачи.....	4
3. Актуальность.....	5
4. Основные понятия и определения.....	6
5. Этиология, патогенез и клиническая характеристика невынашивания беременности.....	7-10
6. Диагностика и лечение.....	11-13
7. Заключение.....	14-15
8. Список использованной литературы.....	16-17

## 1. Введение :

Прогнозирование исхода беременности, осложненной угрозой невынашивания, в силу высокой частоты неблагоприятных ближайших и отдаленных результатов для матери и, особенно, новорожденного, большой демографической и социальной значимости, относится к одной из актуальных проблем современного акушерства.

По данным Н.И. Тапильской (2008), ежегодно более 180 тысяч женщин теряют желанную беременность и около 16 тысяч детей рождаются глубоко недоношенными.

Неослабевающий интерес к проблеме невынашивания беременности определяется также и относительным постоянством частоты этой патологии (10-30%) практически во всех странах мира. Несмотря на огромные усилия клиницистов, частота прерывания беременности в разные сроки, снизившись до определенного уровня, длительное время остается постоянной и не зависит от успехов фармакотерапии. Принципиальным вопросом, возникающим при угрозе прерывания беременности, является целесообразность ее сохранения в I триместре, в связи с возможными генетическими повреждениями эмбриона. Недостаточно изучена вероятность появления плацентарной недостаточности, и, как следствие - возможность прогноза состояния новорожденного.

Таким образом, одним из аспектов повышения рождаемости, а также улучшения показателей здоровья населения является анализ невынашивания в I триместре беременности. Причем важно не только изучение тактики ведения беременных с самопроизвольными абортами на ранних сроках, но и определение отдаленных результатов лечения раннего невынашивания.

## 2. Цели и задачи:

- Определить актуальность проблемы невынашивания беременности
- Определение факторов риска невынашивания беременности
- Определение диагностической тактики при невынашивании беременности
- Определение влияния преждевременных родов на состояние плода
- Определить патогенез невынашивания беременности
- Определить клинику невынашивания беременности
- Определить тактику лечения беременной
- Определить выбор оптимального срока и метода родоразрешения

### 3. Актуальность:

Актуальность проблемы невынашивания беременности (НБ) определяется ее стабильной и достаточно высокой частотой в РФ. Частота невынашивания беременности составляет 15-27% от общего числа всех выявленных беременностей, при котором большинство прерываний происходит в I триместре по типу неразвивающейся беременности. До настоящего времени отсутствует исчерпывающая классификация причин невынашивания беременности, обусловленная трудностями сведения в единую систему многообразных факторов, ведущих к прерыванию беременности.

Этиологические факторы НБ сложны и многообразны. Их можно условно разделить на социально-биологические и медицинские. В этиологии прерывания беременности ранних сроков важную роль играют хромосомные нарушения, приводящие к гибели эмбриона. По обобщенным данным мировой литературы, среди причин репродуктивных потерь около 7% приходится на хромосомные аномалии, встречающиеся в 50% выкидышей в I триместре. Хромосомная патология для пациенток с невынашиванием беременности на более поздних сроках менее значима, тем не менее, в данном случае структурные аномалии кариотипа встречаются в 10 раз чаще, чем в популяции и составляют 2,4%. Однако у 20-40% причин неудавшейся беременности остаются неизвестными. По мнению ряда исследователей в структуре причин синдрома потери плода наследственные и приобретенные дефекты свертывания крови составили от 45% до 75%. Среди психологических факторов, играющих роль в невынашивании, наиболее часто указываются личностные особенности женщин, нарушение материнско-детских отношений, неадекватные механизмы реакции на стресс. В свою очередь, в эндометрии обнаружены стрессовые гормоны, которые могут действовать местно, вызывая нарушение процесса децидуализации эндометрия и имплантации бластоцисты за счет регуляции апоптоза в Т-лимфоцитах микроокружения плодного яйца. Отсутствие единого комплексного подхода к пациенткам с невынашиванием беременности не позволяет использовать все патогенетически обоснованные методы диагностики, профилактики и коррекции при данном осложнении беременности. Все вышесказанное послужило основанием для проведения настоящего исследования.

#### 4. Основные понятия и определения:

*Беременность* – это особое состояние женщины, при котором в ее репродуктивных органах находится развивающийся эмбрион.

*Невынашивание беременности* - это самопроизвольное прерывание беременности в сроке до 37 полных недель, считая с первого дня последней менструации.

*Самопроизвольный выкидыш* - это самопроизвольный аборт, невынашивание беременности, то есть изгнание продукта зачатия до того, как он приобретет способность к самостоятельному существованию (до 22 недель беременности).

*Эмбриогенез* – это начальный период развития организма, протекающий в зародышевой оболочке. Этому предшествует образование гамет и их слияние.

*Бластоциста* – это ранняя стадия развития зародыша. Следует за стадией морулы и предшествует стадии зародышевого диска.

*Плодное яйцо* – это структура, которая окружает эмбрион.

*Эндометрит* – это гинекологическое заболевание, которое вызывается воспалительным процессом в поверхностном слое эндометрия (внутренний слой матки)

*Пиелонефрит* – это воспалительное заболевание почек, характеризующее поражением паренхимы почки, чашек и почечной лоханки.

*Токсоплазмоз* – это паразитарное заболевание, характеризующееся поражением НС, глаз скелетной мускулатуры и мышц сердца.

*Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ)* – это вирусное инфекционное заболевание человека, возбудителем которого является ДНК –содержащий вирус из семейства герпесвирусов.

*Гиперандрогения* – это состояние вызванное избыточной секрецией андрогеной и/или усиленным их воздействием на организм, которое у женщин чаще всего проявляется вирилизацией (появление мужских черт).

*Система HLA* - это генетическая система в геноме человека.

## **5. Этиология, патогенез и клиническая характеристика невынашивания беременности:**

Невынашиванием беременности называется самопроизвольное прерывание беременности в сроки до 37 недель. Таким образом, в структуру невынашивания входят и самопроизвольные выкидыши - прерывание беременности до 22 недель, и преждевременные роды с 28 недель до 37 недель беременности. Следует особо отметить прерывание беременности на сроке с 22х до 28 недель беременности, которое в нашей стране считается поздним самопроизвольным выкидышем, а родившийся плод регистрируют как живорожденного ребенка в том случае, если он прожил 7 суток от момента рождения. За рубежом прерывание беременности начиная с 22х недель относят к преждевременным родам.

По статистике самопроизвольным выкидышем (абортом) заканчиваются 15-20% всех наступивших беременностей. Привычным невынашиванием называют самопроизвольное прерывание беременности, произошедшее 2 и более раз подряд. Причинами самопроизвольного прерывания чаще всего становятся нарушения функций репродуктивной системы. Для выявления причины прерывания беременности необходимо тщательное медицинское обследование.

Самыми частыми причинами ранних самопроизвольных выкидышей (до 7-8 недель беременности) часто становятся генетические «поломки», т.е. прерывание беременности плодом с аномальным хромосомным набором. Нередко женщина даже не знает о спонтанном прерывании наступившей беременности очень маленького срока, когда выкидыш происходит после нескольких дней задержки менструации или же прерывание беременности происходит во время предполагаемой менструации. Такие потери рассматриваются как своего рода инструмент естественного отбора, обеспечивающего рождение здорового потомства. Хромосомные аномалии можно обнаружить при цитогенетическом исследовании материала, полученного при выскабливании. Частота подобных случаев - 10-25% от общего числа беременностей.

Этиология невынашивания беременности разнообразна. Немаловажную роль играют неблагоприятные социально-биологические факторы. Так, преждевременное прерывание беременности нередко наблюдается у женщин, работа которых связана с физическими нагрузками, вибрацией, шумом, химическими веществами (красителями, бензолом, инсектицидами).

Генетически обусловленные нарушения развития зародыша (плода), которые могут иметь наследственный характер или возникать под влиянием различных факторов (инфекции, гормональные нарушения, химические, в том числе некоторые лекарственные средства и др.), являются наиболее частой причиной невынашивания беременности в I триместре. У 2,4% пациенток с



привычным невынашиванием беременности обнаруживают значительные структурные аномалии кариотипа (в 10 раз чаще, чем в популяции). Наряду с явными аномалиями хромосомного набора, у женщин с привычным невынашиванием беременности и их супругов нередко выявляют так называемые хромосомные варианты, которые могут обуславливать возникновение генетического дисбаланса у зародыша и приводить к самопроизвольному аборту.

На частоту невынашивания беременности влияют также такие факторы как интервал между беременностями менее 2 лет, объем домашней работы, характер взаимоотношений в семье и др.

Среди причин невынашивания беременности одно из первых мест занимают инфекционные и воспалительные заболевания беременной, прежде всего скрыто протекающие: пиелонефрит, токсоплазмоз, инфекции, обусловленные цитомегаловирусом, вирусом простого герпеса и др. Прерывание беременности нередко наблюдается при острых инфекционных болезнях: вирусном гепатите, краснухе, гриппе и др.

Также одним из ведущих факторов в прерывании беременности является инфекция. Инфекционные агенты можно разделить на две группы - вирусные и бактериальные. Основным источником инфицирования плода чаще всего становятся очаги инфекции во влагалище и шейке матки. Инфицирование плодного пузыря, плаценты, самого плода может приводить к преждевременному излитию околоплодных вод, воспалительному процессу, приводящему к преждевременным родам. Также необходимо отметить, что развитие истмико-цервикальной недостаточности (структурно-функциональная неполноценность шейки матки) напрямую связано с наличием какой-либо инфекции в половых путях. К сожалению, выбор медикаментозных препаратов сильно ограничен особенно до 12 недель беременности в период эмбриогенеза. Таким образом, обследование на инфекции как бактериальные, так и вирусные (анализ крови на внутриутробные инфекции, мазки и бактериальный посев из шейки матки и влагалища), а также их лечение перед планируемой беременностью поможет предотвратить многие из возможных осложнений беременности, а также ее прерывание.

Эндокринные нарушения в организме женщины также могут стать причиной невынашивания беременности. К ним относятся гиперандрогения, гиперпролактинемия, недостаточность лютеиновой фазы и др. Гиперандрогения обусловлена гиперпродукцией андрогенов - мужских половых гормонов, развивающаяся вследствие нарушения функции гормонпродуцирующих желез - гипоталамуса, гипофиза, надпочечников или яичников. Проявлениями гиперандрогении являются избыточный рост волос на теле и лице, нарушения менструального цикла, привычное невынашивание беременности, бесплодие. Пациенткам с гиперандрогенией требуется тщательное исследование гормонального профиля, выяснение причины возникновения гормональных



нарушений, а также медикаментозная коррекция гормонального фона как на этапе подготовки к беременности, так и в течение беременности.

Недостаточностью лютеиновой фазы называют снижение продукции прогестерона (гормон, вырабатываемый желтым телом), который обеспечивает нормальное течение беременности. При выявлении данного фактора также необходима гормональная поддержка при подготовке и в течение беременности.

Иммунологические аспекты невынашивания беременности занимают важное место среди причин самопроизвольных выкидышей и обусловлены продукцией организмом аутоантител, направленных против тканей матери, вследствие чего страдает и плод. Одним из иммунологических факторов невынашивания является антифосфолипидный синдром. При данном заболевании антитела к фосфолипидам - компонентам клеточных мембран, вследствие чего развиваются различные тромботические осложнения, приводящие к потере беременности на разных сроках, а также к развитию серьезных осложнений беременности - плацентарная недостаточность, гестоз. При обследовании у пациенток с антифосфолипидным синдромом выявляются антифосфолипидные антитела, волчаночный антикоагулянт (ВА), нередко нарушения в системе свертывания крови. Таким пациенткам также необходима подготовка к беременности, ведение беременности под тщательным контролем лабораторных показателей с применением гормональных препаратов, а также антикоагулянтов (гепарин, фраксипарин, клексан).

Невынашивание беременности может быть обусловлено совместимостью матери и отца по HLA. Система HLA представляет собой группу генов, кодирующих белки идентичности на поверхности клеток. Для нормального протекания беременности необходимо, чтобы зародыш отличался по данной системе белков от матери. В том случае, если у будущих родителей совпадает набор белков и зародыш по этим показателям схож материнскими клетками, организм матери может вовремя не распознать беременность и отторгнуть зародыш.

Причиной невынашивания также могут стать нарушения в системе свертывания крови, обусловленные как аутоиммунными заболеваниями (например, антифосфолипидный синдром), так и генетически обусловленные дефекты гемостаза - мутации генов, кодирующих определенные белки свертывающей системы крови, в результате чего повышается риск тромбозов, приводящих к серьезным осложнениям беременности или к ее прерыванию. Устранить причину в таких случаях невозможно, но ведение беременности с использованием препаратов, препятствующих образованию тромбов, существенно снижает риск прерывания беременности и развития осложнений.

Большую роль в этиологии привычного невынашивания играют пороки развития половых органов, особенно в прерывании беременности во втором и третьем триместрах. Патология матки (двуругая матка, удвоение матки, наличие внутриматочной перегородки) при неудачной имплантации эмбриона приводит к нарушению развития плаценты, преждевременной ее отслойке, прерыванию

беременности. Также причиной выкидышей могут стать внутриматочные синехии - спайки в полости матки, формирующиеся вследствие травматизации эндометрия после многочисленных выскабливаний или вследствие хронического воспалительного процесса. Для диагностики внутриматочной патологии используется ультразвуковое исследование, гистероскопия (осмотр полости матки, при помощи видеокамеры, введенной в шейку матки), гистеросальпингография (введение контрастного вещества в матку и маточные трубы и последующее рентгенологическое исследование), магнитно-резонансная томография. В некоторых случаях - например, наличие синехий или внутриматочной перегородки возможна хирургическая коррекция. Такие заболевания, как эндометриоз, миома матки также могут приводить к прерыванию беременности.

## 6. Диагностика и лечение :

Лечение невынашивания беременности эффективно при условии тщательного и всестороннего обследования супружеской пары вне беременности (так как при беременности почти в половине случаев не представляется возможным выявить причину ее прерывания). Обследование проводится в женской консультации, в диагностических центрах. Обследование вне беременности необходимо для установления причины невынашивания, оценки состояния репродуктивной системы супругов и проведения реабилитационных лечебно-профилактических мероприятий с целью подготовки к последующей беременности.

Обследование женщины начинается со сбора анамнеза, особое внимание обращают на сведения о перенесенных заболеваниях, менструальном цикле, детородной функции. Анамнез, данные общего осмотра (характер телосложения, оволосения) и результаты гинекологического исследования помогают предположить причины невынашивания беременности и наметить план дальнейшего обследования, которое включает проведение тестов функциональной диагностики (запись базальной температуры в течение трех менструальных циклов); метросальпингографию на 20-24-й день менструального цикла, позволяющую исключить истмико-цервикальную недостаточность, пороки развития матки, внутриматочные синехии; ультразвуковое исследование с регистрацией размеров матки, яичников и определением структуры яичников; бактериологическое исследование содержимого канала шейки матки; определение экскреции 17-кетостероидов. Обязательной является оценка состояния здоровья мужа, в том числе исследование его спермы.

Если после проведенного обследования причина невынашивания беременности не выявлена, необходимо определить содержание в крови женщины тестостерона, лютропина, фоллитропина, пролактина и прогестерона (на 7-8-й день и 21-23-й день менструального цикла) для исключения скрытых форм гормональной недостаточности.

При повышении экскреции 17-кетостероидов показана дексаметазоновая проба для определения источника гиперпродукции, андрогенов. В случаях прерывания беременности в ранние сроки, мертворождения, пороков развития плода необходимо медико-генетическое консультирование. При подозрении на инфекционный генез невынашивания беременности проводят исследования, направленные на выявление микоплазм, хламидий, токсоплазм, вирусов в содержимом влагалища, канала шейки матки и мочеиспускательного канала.

При формулировке диагноза принято учитывать срок выкидыша, сопутствующие патологии, возникающие осложнения: например, самопроизвольный аборт, дисфункция щитовидной железы; самопроизвольные роды, ОПГ-гестоз, кровотечение.

Подготовка к беременности включает лечебно-профилактические мероприятия, направленные на нормализацию состояния репродуктивной

системы супругов. В случае гормональных нарушений необходимо их устранение. При наличии очагов инфекции, а также истмико-цервикальной недостаточности, не требующей реконструктивной операции, проводится санация с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

Истмико-цервикальная недостаточность вследствие грубых анатомических изменений шейки матки, обусловленных ее разрывами, является показанием к оперативному лечению - пластике шейки матки.

Важное значение имеет устранение факторов, которые могут способствовать самопроизвольному прерыванию беременности.

Контроль за течением беременности и лечение при угрозе ее прерывания проводят с учетом причин и сроков прерывания.

При угрозе прерывания беременности показана госпитализация в специализированное отделение. В случае невозможности госпитализации может быть организован стационар на дому Беременных с привычным невынашиванием необходимо освободить от физической нагрузки; им должен предоставляться больничный лист на длительный срок. Комплекс лечебных мероприятий включает постельный режим, психотерапию, применение седативных (валериана, пустырник) и спазмолитических (ношпа, папаверин, индометацин, магния сульфат и др.) средств. В I триместре беременности по показаниям проводят гормональную терапию (хорионический гонадотропин, туринал, микрофоллин, дексаметазон и др.), иммунотерапию аллогенными лимфоцитами мужа.

В I триместре беременности с успехом могут быть использованы немедикаментозные методы терапии: иглорефлексотерапия, электроаналгезия, эндоназальная гальванизация.

Во II и III триместре беременности при угрозе ее прерывания применяют средства, расслабляющие мускулатуру матки (магния сульфат, бета-адреномиметики, индометацин), а также иглореф-лексотерапию, электрорелаксацию матки, электрофорез магния на надлобковую область.

Во II триместре при привычном невынашивании беременности, обусловленном истмико-цервикальной недостаточностью, показано оперативное лечение (сужение внутреннего зева, реже ушивание наружного зева шейки матки).

Теоретическая сложность проблемы невынашивания беременности обуславливает и трудности, с которыми сталкиваются клиницисты при ведении супружеских пар с этим диагнозом. Наличие многочисленных нарушений функционирования в тех системах, которые определяют физиологический или патологический характер течения гестационного процесса, требуют одновременного применения нескольких лекарственных препаратов для коррекции имеющихся нарушений и пролонгирования беременности.

Как известно, большинство лекарственных препаратов вызывают нежелательные для беременности осложнения или противопоказаны из-за их отрицательного влияния на эмбрион или плод. Поэтому арсенал средств, применяемых в ранние сроки беременности, очень ограничен и пациенты не

должны без рекомендации врача использовать те или иные лекарственные средства. В то же время сложившееся веками мнение о всегда нежелательном применении в процессе беременности лекарственных средств (даже в случае острых инфекционных заболеваний, когда риск губительного воздействия самого возбудителя на плод значительно превышает негативные последствия приема препарата), особенно в первом триместре (до 12 недель), значительно ограничивает возможности врача в получении быстрого и положительного терапевтического эффекта. К сожалению, лечение угрозы выкидыша только соблюдением постельного режима, витаминами и спазмолитическими средствами далеко не всегда дает хороший результат. Лечение беременных с угрозой выкидыша всегда должно быть комплексным и проводиться высококвалифицированными специалистами. Обязательным компонентом терапии угрожающего прерывания беременности являются гестагенные препараты.



## 7. Заключение :

Невынашивание беременности - сложная проблема, с которой человечество сталкивается на протяжении всего своего существования. В последние десятилетия на изменение структуры заболеваемости, в том числе гинекологической, влияют экологические и социальные факторы, раннее начало половой жизни, увеличение детородного возраста.

В ряде случаев к потере беременности приводят патологические состояния, которые можно выявить и корригировать до ее наступления, обеспечив супружеской паре в будущем возможность физиологического течения беременности и рождения здорового ребенка.

Наиболее часто при невынашивании беременности выявляются нарушения эндокринной, иммунной системы, различных звеньев свертывания крови, аномалии развития внутренних половых органов, хронически протекающие, часто без выраженных клинических проявлений, гинекологические инфекции, как передающиеся половым путем, так и вызванные условно-патогенными микроорганизмами, в норме присутствующими в организме. Особо следует отметить неблагоприятное состояние психоэмоциональной сферы женщин, страдающих невынашиванием беременности. Практически у всех женщин, потерявших желанную беременность, формируются различной степени выраженности депрессивные нарушения, которые не только закрепляют патологические нарушения, а нередко и углубляют их. В то же время после удачного завершения беременности у женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе в последующем беременности протекают физиологически.

В отношении профилактики и лечения невынашивания беременности можно отметить следующее:

Беременные, перенесшие угрожающий самопроизвольный выкидыш в I триместре беременности, должны выделяться в группу риска по развитию угрозы выкидыша во втором триместре, а также по развитию истмико-цервикальной недостаточности.

Беременные, перенесшие начавшийся самопроизвольный выкидыш в I триместре беременности, должны выделяться в группу риска по развитию угрожающего и начавшегося выкидыша во II триместре, истмико-цервикальной недостаточности и угрозы преждевременных родов, а также по развитию фетоплацентарной недостаточности и гестоза.

При лечении невынашивания в I триместре беременности целесообразно включать в терапию гестагенные препараты. Рекомендуется плановая госпитализация на сроке 14 недель беременных, перенесших начавшийся самопроизвольный выкидыш в I триместре беременности, с целью профилактики рецидива угрожающего выкидыша, ранней диагностики и коррекции ИЦН, профилактики развития ФПН и гестоза.

Целесообразно проводить обследование на выявление ИППП у беременных, перенесших в I триместре угрожающий или начавшийся самопроизвольный



выкидыш. Рекомендуется дородовая госпитализация беременных, перенесших начавшийся самопроизвольный выкидыш в I триместре, с целью профилактики декомпенсации ФПН в родах.

Новорожденные, матери которых перенесли начавшийся самопроизвольный выкидыш в I триместре беременности, должны быть отнесены в группу риска по внутриутробному инфицированию и развитию нервной патологии. Дети, матери которых перенесли угрожающий или начавшийся самопроизвольный выкидыш в I триместре беременности, должны относиться в группу риска развития инфекционно-воспалительных заболеваний и гипохромной анемии на первом году жизни.

## 8. Список использованной литературы:

1. Миронов А.В., Давыдова И.Г., Горгидзе А.О. Отдаленные прогнозы лечения невынашивания в первом триместре беременности гестагенными препаратами // Вестник Российского Университета дружбы народов. - 2012. - №5. - С.88-92
2. Миронов А.В., Тарасова И.В., Давыдова И.Г. Угроза невынашивания на ранних сроках в аспекте дальнейшего течения беременности и её исхода // Вестник Российского Университета дружбы народов. - 2016. - №5. - С. 132-140.
3. Никитина Л.А., Черепнина А.Л. Экспрессия генов факторов - регуляторов ангиогенеза и фибринолиза в плаценте женщин с хронической плацентарной недостаточностью // Международный молодежный медицинский конгресс «Санкт-Петербургские научные чтения»: Тез. докл. - СПб., 2015. - С.11 -12
4. Хашукоева А.З., Никулин Б.А., Маматиева М.А. Роль активных форм кислорода в патогенезе привычного невынашивания беременности. // Материалы IX Всероссийского научного форума «Мать и дитя». Москва.- 2013, с. 174-175.
5. Агаркова, И. А. Неразвивающаяся беременность: оценка факторов риска и прогнозирование (обзор) / И. А. Агаркова // Медицинский альманах. – 2010. – № 4. – С. 82–88
6. Айрапетов, Д. Ю. Эндокринные изменения у женщин с привычным невынашиванием беременности и гомологией антигенов HLA / Д. Ю. Айрапетов, И. Ордянец // Врач. – 2012. – № 8. – С. 71–73.
7. Айрапетов, Д. Ю. Этиологические факторы привычного выкидыша / Д. Ю. Айрапетов // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 8. – С. 102–106.
8. Айрапетов, Д. Ю. Этиопатогенетические причины привычного выкидыша / Д. Ю. Айрапетов // Врач. – 2012. – № 1. – С. 30–33.
9. Александрова, Н. В. Ранние этапы становления системы мать – плаценты – плод / Н. В. Александрова, О. Р. Баев // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 8. – С. 4–10
10. Анастасьева, В. Г. Акушерские осложнения и особенности здоровья новорожденных у женщин с некоторыми проявлениями недифференцированной дисплазии соединительной ткани / В. Г. Анастасьева, Л. Н. Щетникова // Бюл. Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2009. – № 4. – С. 5–9.
11. Баскова, О. Ю. Структура инфекционного фактора при невынашивании беременности / О. Ю. Баскова, Ю. Е. Судакова, Т. А. Обоскалова // Вестн.

Новосибирского государственного университета. – 2007. – Т. 5, № 3. – С. 115–115

12. Башмакова, Н. В. Перинатальные исходы у женщин с привычным невынашиванием в зависимости от репродуктивного дебюта / Н. В. Башмакова, Е. А. Винокурова, А.М. Литвинова // Уральский медицинский журн. – 2010. – № 5. – С. 8–16

13. Беспалова, О. Н. Генетика невынашивания беременности / О. Н. Беспалова // Журн. акушерства и женских болезней. – 2007. – Т. LVI, вып. 1. – С. 81–95

14. Боб, Т. Д. Этиологические факторы неразвивающейся беременности / Т. Д. Боб // Бюл. медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т. 3, № 3. – С. 660–660.

15. Степанюк, Ж. С. . Этиопатогенетические причины привычного выкидыша / Д. Ю. Айрапетов // Врач. – 2012. – № 1. – С. 30–33

## **Рецензия**

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой  
производственной практики «Производственная клиническая практика  
модуль Акушерство (помощник врача стационара, научно-исследовательская  
работа)» обучающегося 4 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия  
4 группы

Плахотиной Анастасии Валерьевны

на тему:

### **«Современные аспекты невынашивания беременности»**

Научно-исследовательская работа выполнена в соответствии с требованиями написания НИР при прохождении производственной клинической практики по акушерству. Данное исследование имеет четкую структуру и состоит из введения, основной части, заключения, списка литературы.

Работа написана грамотным научным языком. Тема является актуальной в современном акушерстве. Четко сформулирована цель, поставлены конкретные задачи. Введение достаточно содержательное и емкое. В результате четкого изложения цели работы в основной части научно-исследовательской работы присутствует логичность, четкость, последовательность. Наличие ссылок показывает детальную работу с научной литературой.

Список литературы включает разнообразные источники оформленные в соответствии с требованиями.

В целом работа заслуживает отличной оценки.

**Оценка 91 балл (отлично)**

РЕЦЕНЗЕНТ:  (Солтыс П.А.)