

УДК 618.3./7-06-039:618.39-071.1

Л.Ю. Стаселович, Г.М. Жалоба

Особливості преморбідного фону, акушерські та перинатальні наслідки розродження жінок із перинатальними втратами в анамнезі

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Ukrainian Journal Health of Woman. 2022. 5(162): 4-10; doi 10.15574/HW.2022.162.4

For citation: Staselovych Lyu, Zhaloba HM. (2022). Peculiarities of the premorbid background, obstetric and perinatal consequences of childbirth in women with a history of perinatal losses. Ukrainian Journal Health of Woman. 5(162): 4-10; doi 10.15574/HW.2022.162.4.

Мета — провести клініко-статистичний аналіз преморбідного фону, акушерських і перинатальних наслідків розродження в жінок із перинатальними втратами в анамнезі.

Матеріали та методи. Контрольна група (КГ) — 50 акушерсько та соматично здорових вагітних, розроджених через природні родові шляхи; основна група (ОГ) — 50 вагітних із перинатальними втратами в анамнезі. Обробку даних проведено з використанням програмного пакету «Stat Soft Statistica 8.0».

Результати. Середній період між вагітностями в ОГ становив $2,1 \pm 0,2$ року; 42,0% пацієнок отримували різні реабілітаційні та лікувальні заходи, зокрема: антибіотикотерапію — 6 (12,0%); психопрофілактичний вплив — 5 (10,0%); седативну терапію — 4 (8,0%); імунокорекцію — 4 (8,0%), санаторно-курортне лікування — 2 (4,0%) випадки. Особливості перебігу I половини вагітності у вагітних ОГ: достовірно високий рівень загрози переривання — 10 (20,0%), бактеріального вагінозу — 26 (52,0%), гестаційної анемії — 28 (56,0%), $p < 0,05$; II половини вагітності: достовірно вища частота розвитку гестаційної анемії — 28 (60,9%), вторинної плацентарної недостатності — 12 (26,1%), $p < 0,05$, бактеріального вагінозу — 15 (32,6%), преєклампсії — 8 (17,4%), $p < 0,05$. Наслідком такої високої питомої ваги різних акушерських ускладнень у цій групі вагітних була достовірно висока частота кесаревих розтинів — 16 (39,1%) проти 3 (6,0%) випадків у вагітних КГ, $p < 0,05$. Слід відмітити високий рівень в ОГ середньотяжких форм асфіксії новонароджених — 10 (21,7%); затримки росту плода — 15 (32,6%) проти 2 (4,0%) в КГ, $p < 0,05$, та явних ознак інтраамніального інфікування — 5 (10,9%). Перинатальні втрати серед жінок ОГ становили 65,2‰ (3 випадки).

Висновки. Вагітність у жінок із перинатальними втратами в анамнезі супроводжується високою частотою як раннього переривання з приводу діагностування аномалій розвитку плода, так і мимовільних викиднів, а також значним рівнем анемії вагітних, плацентарної недостатності, синдрому затримки росту плода, бактеріального вагінозу і преєклампсії. Розродження жінок із перинатальними втратами в анамнезі відбувається на тлі високої частоти передчасного розриву плодових оболонок, дистресу плода, аномалій пологової діяльності, передчасного відшарування плаценти, що призводить до значного рівня передчасних пологів і кесаревих розтинів. Перинатальна патологія в жінок із плодовими втратами в анамнезі характеризується високою частотою перинатальної смертності, а також значним рівнем середньотяжких форм асфіксії, постгіпоксичної енцефалопатії і реалізації внутрішньоутробного інфікування. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: преморбідний фон, акушерські та перинатальні ускладнення, перинатальні втрати.

Peculiarities of the premorbid background, obstetric and perinatal consequences of childbirth in women with a history of perinatal losses

L. Yu. Staselovych, H. M. Zhaloba

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

Purpose — to conduct a clinical and statistical analysis of the premorbid background, obstetric and perinatal consequences of childbirth in women with a history of perinatal losses.

Materials and methods. Control group (CG) — 50 obstetrically and somatically healthy pregnant women, delivered through the natural birth canal. The main group (MG) — 50 pregnant women with a history of perinatal losses. Data processing was carried out using the «Stat Soft Statistica 8.0» software package.

Results. The average period between pregnancies in MG was 2.1 ± 0.2 years; 42.0% of patients received various rehabilitation measures, the most common of which were antibiotic therapy 6 (12.0%); psychoprophylactic effect 5 (10.0%); sedative therapy 4 (8.0%); immunocorrection 4 (8.0%) and spa treatment 2 (4.0%). Peculiarities of the course of the 1st half of pregnancy in pregnant women of the MG: a significantly high level of threat of abortion 10 (20.0%); bacterial vaginosis 26 (52.0%) and gestational anemia 28 (56.0%) $p < 0.05$. II half of pregnancy: significantly higher frequency of the following complications: gestational anemia 28 (60.9%), secondary placental insufficiency 12 (26.1%) $p < 0.05$, bacterial vaginosis 15 (32.6%) and preeclampsia 8 (17.4%) $p < 0.05$. As a consequence of such a high specific gravity of various obstetric complications, we observed a significantly high frequency of cesarean sections in this group of pregnant women — 16 (39.1%) versus 3 (6.0%) cases in pregnant women of CG, $p < 0.05$. It is necessary to note the high level in the MG of medium-severe forms of asphyxia of newborns 10 (21.7%); fetal growth retardation 15 (32.6%) versus 2 (4.0%) in CG $p < 0.05$, and clear signs of intra-amniotic infection 5 (10.9%). Perinatal losses among women of the MG amounted to 65.2‰ (3 cases).

Conclusions. Pregnancy in women with a history of perinatal losses is accompanied by a high frequency of early interruption due to the diagnosis of abnormalities of fetal development and spontaneous abortions, as well as a significant level of anemia in pregnancy, placental insufficiency, fetal growth retardation syndrome, bacterial vaginosis and preeclampsia. The birth of women with a history of perinatal losses occurs against the background of a high frequency of premature rupture of membranes, fetal distress, anomalies of labor, premature detachment of the placenta, which leads to a significant level of premature births and cesarean sections. Perinatal pathology in women with a history of fetal

loss is characterized by a high frequency of perinatal mortality, as well as a significant level of medium-severe forms of asphyxia, posthypoxic encephalopathy and intrauterine infection.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the participating institution. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: premorbid background, obstetric and perinatal complications, perinatal losses.

Вступ

Проблема перинатальних втрат є не тільки медичною. Вона належить до тієї категорії проблем, що відбиваються на всіх показниках життя суспільства й окремої людини — соціально-демографічних, економічних, медико-біологічних і психологічних [7,17,20,24]. Перинатальні втрати зазвичай стають джерелом тяжких переживань, особистою і сімейною психотравмою, причиною невротичних розладів, а іноді — й руйнації сім'ї [1,7,15,16,24]. В умовах зниженого рівня відтворення населення, що характерно для багатьох економічно розвинутих держав, а в Україні прийняло масштаби, що дають підставу розцінювати його як депопуляцію, втрата кожного плода розцінюється як соціально значущий факт [1,7,12,20]. За даними статистики, в Україні, як і в багатьох інших пострадянських країнах, за останнє десятиліття склалася критична демографічна ситуація, обумовлена значним зниженням рівня народжуваності, збільшенням кількості сімей з однією дитиною чи бездітних і високим показником загальної смертності населення [1,16,20]. Крім основних причин такої ситуації — соціально-економічного й екологічного неблагополуччя, не можна недооцінювати значення і такий причинний фактор, як зниження показників загального здоров'я жінок репродуктивного віку. Останнє десятиліття ознаменувалося різким зростанням рівня соматичної і гінекологічної захворюваності жінок усіх вікових груп, у тому числі вагітних [3,10,21–23].

Повноцінний репродуктивний процес може і має здійснюватися на тлі повного фізичного, психічного та соціального добробуту. З іншого боку, він може порушуватися через несприятливий вплив навколишнього середовища: інфекцій, хімічних, фізичних, екологічних агентів, стресових впливів, соціально-економічного неблагополуччя тощо [1,16,17,20]. Як вважає багато вітчизняних і зарубіжних авторів, основним джерелом і причиною перинатальних втрат є вагітність у жінок, які входять до груп високого ризику [6,9,13]. До чинників високого ризику належать соціально-економічні, демографіч-

ні, материнські, плодово-материнські, плацентарні, інтранатальні та неонатальні. Частіше за все поєднується декілька факторів, що збільшує ступінь ризику й обтяжує прогноз як для матері, так і для плода [2,13,18,24]. Певною мірою перинатальна смертність залежить від рівня матеріально-технічного оснащення акушерських стаціонарів, методів антенатальної охорони плода. У більш значному ступені рівень і якість охорони материнства та дитинства в прегравідарному періоді, а також у всі періоди вагітності і під час пологів відображають показники мертвонароджуваності [4,11,17].

Виявлення та аналіз причин перинатальної смертності дуже важливі для оцінювання питомої ваги і значущості окремих захворювань у загальному рівні перинатальних втрат і відповідно розроблення методів їхньої профілактики.

Мета дослідження — провести клініко-статистичний аналіз преморбідного фону, акушерських і перинатальних наслідків розродження в жінок із перинатальними втратами в анамнезі.

Матеріали та методи дослідження

На базі Київського обласного перинатального центру за період 2020–2021 рр. (клінічна база кафедри акушерства та гінекології № 1 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика) проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 100 жінок, з яких: основна група (ОГ) — 50 вагітних із перинатальними втратами в анамнезі, проведених за загальноприйнятими реабілітаційними та лікувально-профілактичними заходами; контрольна група (КГ) — 50 акушерсько і соматично здорових вагітних, розроджених через природні пологові шляхи. При підрахунку результатів застосовано методи, прийняті медико-біологічною статистикою, описані в керівництві Мінцера О.П. Обробку даних проведено з використанням програмного пакету «Stat Soft Statistica 8.0» [8,14].

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом. На проведення дослідження отримано інформовану згоду жінок.

Таблиця 1

Клінічний перебіг I половини вагітності (абс., %)

Показники	Основна група (n=50)		Контрольна група (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
Ранні гестози	12	24,0 *	3	6,0
Загроза переривання	10	20,0 *	2	4,0
Первинна плацентарна дисфункція	6	12,0	–	–
Аномалії розвитку плода	2	4,0	–	–
Респіраторна вірусна інфекція	6	12,0	2	4,0
Гестаційна анемія	28	56,0 *	2	4,0
Бактеріальний вагіноз	26	52,0 *	2	4,0

Примітка: * $p < 0,05$ — значущість відмінностей між основною і контрольною групами.

Результати дослідження та їх обговорення

Під час проведення аналізу основних особливостей преморбідного фону в жінок ОГ встановлено, що середній період між вагітностями становив $2,1 \pm 0,2$ року. За цей період 21 (42,0%) пацієнтка отримувала різні реабілітаційні талікувальні заходи: антибіотикотерапію — 6 (12,0%); психопрофілактичний вплив — 5 (10,0%); седативну терапію — 4 (8,0%); імунокорекцію — 4 (8,0%), санаторно-курортне лікування — 2 (4,0%). При цьому всі ці заходи призначалися різними спеціалістами і несистематизовано. Основним поясненням є відсутність практичних рекомендацій щодо цього питання. Серед обстежених жінок 22 (44,0%) особи взагалі не застосовували жодних методів контрацепції. На нашу думку, це є дуже негативним моментом, що свідчить про відсутність програми реабілітації для жінок із перинатальними втратами в анамнезі. З використовуваних методів контрацепції найчастіше жінки застосовували гормональні контрацептиви — 6 (12,0%); біологічний календар — 6 (12,0%); механічні засоби — 5 (10,0%), внутрішньоматкові контрацептиви — 5 (10,0%).

Одержані дані свідчать про існуючі резерви в методиці відновлювального лікування жінок, а краще подружніх пар, із перинатальними втратами в анамнезі, у тому числі в плані реабілітаційних заходів і використовуваної контрацепції. Наочним підтвердженням цьому є те, що частота планованої вагітності в ОГ становила лише 10 (20,0%) випадків, що є достатньо низьким показником для такої групи високого перинатального ризику.

За даними таблиці 1, серед основних особливостей I половини вагітності слід вказати на діагностику аномалій розвитку плода в 2 (4,0%) спостереженнях і первинну пла-

центарну недостатність в 6 (12,0%) випадках. На наш погляд, ці аспекти свідчать про недостатнє обстеження жінок із перинатальними втратами в анамнезі на етапі планування сім'ї. З решти моментів клінічного перебігу I половини вагітності можна виділити достовірно високий суттєвий рівень ранніх гестозів — 12 (24,0%); загрози переривання — 10 (20,0%); бактеріального вагінозу — 26 (52,0%), гестаційної анемії — 28 (56,0%), $p < 0,05$. Унаслідок вищеперахованих особливостей вагітність у жінок ОГ була перервана в ранні терміни в 4 (8,0%) спостереженнях: у 2 (4,0%) — артифіційні аборти з приводу діагностованих аномалій розвитку у плода, ще у 2 (4,0%) — клінічна симптоматика — мимовільні викидні на тлі загрози переривання вагітності. Отже, до 20 тижнів ОГ жінок становила вже 46 пацієнток.

Після 20 тижнів вагітності (табл. 2) частота різних акушерських і перинатальних ускладнень була на порядок вищою порівняно з I половиною гестаційного періоду. Так, достовірно найчастіше відмічалися два основні ускладнення: гестаційна анемія — 28 (60,9%), вторинна плацентарна недостатність — 12 (26,1%), $p < 0,05$. У структурі цих ускладнень переважали анемія II ст. та затримка росту плода (ЗРП). Крім того, можна виділити достовірно суттєву питому вагу бактеріального вагінозу — 15 (32,6%), а також преєклампсії — 8 (17,4%) $p < 0,05$, частіше за все у вигляді тяжкої преєклампсії. У 10 (21,7%) спостережень вагітні вказували на наявність клінічної симптоматики загрози передчасних пологів, $p < 0,05$, проти 2 (4,0%) випадків у КГ, а в 6 (13,1%) випадків — на перенесену респіраторну інфекцію. Дуже показовим є те, що частота передчасних пологів достовірно становила 10 (21,7%) випадків серед жінок ОГ проти 2 (4,0%) випадків у КГ, $p < 0,05$.

Таблиця 2

Клінічний перебіг II половини вагітності (абс., %)

Показники	Основна група (n=46)		Контрольна група (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
Гестаційна анемія	28	60,9 *	12	24,0
Прееклампсія	8	17,4 *	3	6,0
Вторинна плацентарна дисфункція	12	26,1 *	2	4,0
Загроза передчасних пологів	10	21,7 *	2	4,0
Респіраторна вірусна інфекція	6	13,1	4	8,0
Бактеріальний вагіноз	15	32,6 *	4	8,0

Примітка: * $p < 0,05$ — значущість відмінностей між основною і контрольною групами.

Таблиця 3

Клінічний перебіг пологів (абс., %)

Показники	Основна група (n=46)		Контрольна група (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
Передчасний розрив плодових оболонок	16	34,8 *	3	6,0
Аномалії пологової діяльності	7	15,2 *	2	4,0
Дистрес плода	8	17,4 *	1	2,0
Передчасне відшарування плаценти	4	8,7	—	—
Плацентарна недостатність на тлі ЗРП	9	19,6 *	1	2,0
Дистоція плечиків	2	4,3	1	2,0

Примітка: * $p < 0,05$ — значущість відмінностей між основною і контрольною групами.

Тактика ведення вагітності в жінок із перинатальними втратами в анамнезі проводилася за загальноприйнятими підходами як у пацієнок із високим перинатальним ризиком, що, на нашу думку, не дає змоги повністю відобразити всі аспекти наукового питання, що вивчається.

За даними таблиці 3, основними ускладненнями клінічного перебігу пологів у жінок із перинатальними втратами в анамнезі (ОГ) були: достовірно більший показник передчасного розриву плодових оболонок — 16 (34,8%) проти 3 (6,0%) у КГ, $p < 0,05$; плацентарна недостатність на тлі ЗРП — 9 (19,6%) проти 1 (2,0%), $p < 0,05$; дистрес плода — 8 (17,4%) проти 1 (2,0%), $p < 0,05$; аномалії пологової діяльності — 7 (15,2%) проти 2 (4,0%), $p < 0,05$. Крім того, в ОГ вагітних відмічався значний рівень передчасного відшарування плаценти — 4 (8,7%), дистоції плечиків — 2 (4,3%). Наслідком такої високої питомої ваги різних акушерських ускладнень у цій групі вагітних була достовірно висока частота кесаревих розтинів — 16 (39,1%) проти 3 (6,0%) випадків у вагітних КГ, $p < 0,05$. У структурі показань до абдомінального розродження переважали: гострий дистрес плода — 6 (37%) випадків; передчасне відшарування плаценти — 3 (19%); плацентарна недостатність на тлі ЗРП — 5 (31%); аномалії пологової діяльності, що не піддаються медикаментозній корекції, — 2 (12%) випадки (рис.).

Аналізуючи перинатальні наслідки розродження в групах дослідження (табл. 4), слід від-

мітити високий рівень у ОГ середньотяжких форм асфіксії новонароджених — 10 (21,7%); ЗРП — 15 (32,6%) проти 2 (4,0%) в КГ, $p < 0,05$, та явних ознак інтраамніального інфікування — 5 (10,9%). Перинатальні втрати серед жінок ОГ становили 65,2% (3 випадки), з яких по од-



Рис. Структура показань до кесаревого розтину у вагітних основної групи, n=16 (%)

Таблиця 4

Стан новонароджених (абс., %)

Показники	Основна група (n=46)		Контрольна група (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
Недоношеність	4	8,7	–	–
Задовільний	26	52,5 *	48	96,0
Легка асфіксія	10	21,7	2	4,0
Середня асфіксія	7	15,2	–	–
Тяжка асфіксія	3	6,5	–	–
ЗРП	15	32,6 *	2	4,0
Інтраамніальне інфікування	5	10,9	–	–
Перинатальні втрати	3	65,2‰	–	–

Примітка: * $p < 0,05$ — значущість відмінностей між основною і контрольною групами.

Таблиця 5

Постнатальна захворюваність (абс., %)

Показники	Основна група (n=46)		Контрольна група (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
Постгіпоксична енцефалопатія	12	26,1 *	1	2,0
Реалізація внутрішньоутробної інфекції	6	13,0	–	–
Геморагічний синдром	2	4,3	–	–
Жовтяниця	6	13,1 *	2	4,0
Пневмопатія	4	8,7	–	–

Примітка: * $p < 0,05$ — значущість відмінностей між основною і контрольною групами.

Таблиця 6

Післяпологові ускладнення (абс., %)

Показники	Основна група (n=46)		Контрольна група (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
Ранова інфекція	3	6,5	1	2,0
Ендометрит	3	6,5	–	–
Субінволюція, лохіометра	5	10,9 *	1	2,0
Анемія	12	26,1 *	2	4,0
Гіпогалактія	12	26,1 *	3	6,0

Примітка: * $p < 0,05$ — значущість відмінностей між основною і контрольною групами.

ному випадку тяжкої пневмопатії на тлі глибокої недоношеності; гострої інтранатальної асфіксії та вродженого менінгоенцефаліту.

З основних постнатальних захворювань (табл. 5) можна відмітити достовірно вищу частоту розвитку постгіпоксичної енцефалопатії в новонароджених від жінок ОГ — 12 (26,1%) проти 1 (2,0%) у КГ, а жовтяниці — 6 (13,1%) випадків проти 2 (4,0%) випадків у КГ, $p < 0,05$.

У післяпологовому періоді (табл. 6) у жінок із перинатальними втратами в анамнезі слід вказати на достовірну вищу частоту таких ускладнень: порушення контрактильної здатності матки — 5 (10,9%) проти 1 (2,0%) випадку в КГ; первинної гіпогалактії — 12 (26,1%) випадків проти 3 (6,0%) в КГ, анемії — 12 (26,1%) випадків проти 3 (6,0%) в КГ, $p < 0,05$.

Отже, як свідчать результати проведеного дослідження, жінки з перинатальними втратами в анамнезі мають досить високий рівень

акушерських і перинатальних ускладнень, що вказує на недостатню прегравідарну і реабілітаційну підготовку на етапі планування сім'ї, а ведення вагітності та пологів у них відповідно до загальноприйнятих підходів не дає змоги суттєво знизити рівень акушерської та перинатальної патології, що розвивається.

Висновки

Вагітність у жінок із перинатальними втратами в анамнезі супроводжується високою частотою раннього переривання з приводу діагностування аномалій розвитку плода і мимовільних викиднів, а також значним рівнем анемії вагітних, плацентарної недостатності, синдрому ЗРП, бактеріального вагінозу і прееклампсії.

Розродження жінок із перинатальними втратами в анамнезі відбувається на тлі високої частоти передчасного розриву плодових оболонок, дистресу плода, аномалій пологової діяль-

ності, передчасного відшарування плаценти, що призводить до значного рівня передчасних пологів і кесаревих розтинів.

Перинатальна патологія в жінок із плодовими втратами в анамнезі характеризується високою частотою перинатальної смерт-

ності, а також значним рівнем середньотяжких форм асфіксії, постгіпоксичної енцефалопатії і реалізації внутрішньоутробного інфікування.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Baranova VV. (2017). Psychoemotional peculiarities of women who have a history of miscarriage and a loss during the current pregnancy. *Perinatologiya i pediatriya*. 1 (69): 70–73. [Баранова ВВ. (2017). Особливості психоемоційного стану жінок, які мають репродуктивні втрати в анамнезі, в умовах теперішньої вагітності. *Перинатологія і педіатрія*. 1:70–73]. doi: 10.15574/PP.2017.69.70.
2. Barthes C, De Malartic CM, Baumann C et al. (2018). Echographic diagnosis of missed early miscarriage: Assessment of image quality. *Gynecol ObstetFertil Senol*. 46; 2: 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2017.12.002>.
3. Butkova OI, Zhabchenko IA, Kovalenko TM. (2019). Akusherski ta perynatalni ryzyky u zhinok pislia 35 rokov. Dani retrosperytynoho analizu istorii polohiv. Medychni aspekty zdorov'ia zhinky. 7–8: 26–31. [Буткова ОІ, Жабченко ІА, Коваленко ТМ. (2019). Акушерські та перинатальні ризики у жінок після 35 років. Дані ретроспективного аналізу історій пологів. Медичні аспекти здоров'я жінки. 7–8: 26–31].
4. Cohain JS, Buxbaum RE, Mankuta D. (2017). Spontaneous first trimester miscarriage rates per woman among parous women with 1 or more pregnancies of 24 weeks or more. *BMC Pregnancy Childbirth*. 17(1): 437. doi: 10.1186/s12884-017-1620-1.
5. Huberty J, Matthews J, Leiferman JA, Lee C. (2018). Use of complementary approaches in pregnant women with a history of miscarriage. *Complement Ther Med*. 36: 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.11.003>.
6. Kaminskyi VV, Zhdanovych OI, Vorobei LI, Kolomiichenko TV. (2019). Perynatalni vtraty v anamnezi yak faktor porushennia adaptatsii ploda. *Reproduktyvna endokrynologhiia*. 3 (47): 48–52. [Камінський ВВ, Жданович ОІ, Воробей ЛІ, Коломійченко ТВ. (2019, чер). Перинатальні втрати в анамнезі як фактор порушення адаптації плода. *Репродуктивна ендокринологія*. 3(47): 48–52]. www.reproduct-endo.com/ www.reproduct-endo.com.ua ISSN 2309-4117.
7. Kornatska AN, Danylenko OH, Bil I. (2012). Psykhoemotsiynnyi stan zhinok z vtratamy ploda. Aktualni pytannia pediatrii, akusherstva ta hinekologhi. (1): 64–66. [Корнацька АН, Даниленко ОН, Біль І. (2012). Психоемоційний стан жінок з втратами плода. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. (1): 64–66].
8. Lang TA, Sesik M. (2011). *Kak opisyvat statistiku v meditsine. Rukovodstvo dlya avtorov, redaktorov i rensententov*. Moskva: Prakticheskaya Meditsina: 480. [Ланг ТА, Сесик М. (2011). Как описывать статистику в медицине. Руководство для авторов, редакторов и рецензентов. Москва: Практическая Медицина: 480].
9. Lusink V, Wong C, deVries B, Ludlow J. (2018). Medical management of miscarriage: Predictive factors of success. *ANZJOG. Obstet Gynaecol*. <https://doi.org/10.1111/ajo.12808>.
10. Lv S, Yu J, Xu X. (2018). A comparison of effectiveness among frequent treatments of recurrent spontaneous abortion: A Bayesian network meta-analysis. *Am J Reprod Immunol*. e12856. <https://doi.org/10.1111/aji.12856>.
11. Malanchuk LM, Kryvytska GO, Malanchuk SL. (2018). Otsinka perynatalnykh naslidkiv u zhinok iz syndromom vtraty ploda. *Zdobutky klinichnoi i eksperymentalnoi medytsyny*. (3): 86–90. [Маланчук ЛМ, Кривицька ГО, Маланчук СЛ. (2018). Оцінка перинатальних наслідків у жінок із синдромом втрати плода. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. (3): 86–90]. <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2018.v0.i3.9223>
12. Malanchuk LM, Kuchma ZM, Malanchuk SL. (2015). Syndrom vtraty ploda: suchasni pidkhody do likuvannia. *Medytsynske aspekty zdorov'ia zhenshchyni*. 9 (95): 19–22. [Маланчук ЛМ, Кучма ЗМ, Маланчук СЛ. (2015). Синдром втрати плода: сучасні підходи до лікування. *Медицинские аспекты здоровья женщины*. 9 (95): 19–22].
13. MCN. (2018). Clinical Aspects of Miscarriage. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 43 (1): E1–E2. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000414>.
14. Mintser A.P. (2010). *Statisticheskie metody issledovaniya v klinicheskoy meditsine. Prakticheskaya meditsina*. 3: 41–45. [Минцер А.П. (2010). Статистические методы исследования в клинической медицине. *Практическая медицина*. 3: 41–45].
15. Nevoienna O, Kadyhrob K. (2021). Smyslozhyttievi oriientatsii zhinok, yaki zaznaly perynatalnykh vtrat. *Visnyk Kharkivskoho natsionalnoho universytetu imeni V.N. Karazina. Seriya «Psykhologhiia»*. (71): 15–23. [Невоєнна О, Кадигроб К. (2021). Смысловые ориентации женщин, які зазнали перинатальних втрат. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Психологія»*. (71): 15–23]. <https://doi.org/10.26565/2225-7756-2021-71-02>.
16. Perhamenshchuk LA, Petrazhytskaia EA. (2020). Perynatalnaia poteria kak kryzysnoe sobytie v zhizni zhenshchyny. *Zhurnal Belorusskogo gosudarstvennoho unyversyteta. Fylosofiia. Psykhologhiia*. 1: 77–84. [Пергаменщик ЛА, Петражицкая ЕА. (2020). Перинатальная потеря как кризисное событие в жизни женщины. *Журнал Белорусского государственного университета. Философия. Психология*. 1: 77–84]. <https://elilib.bsu.by/bitstream/123456789/242202/1/77-84.pdf>.
17. Pyrohova VI, Shurpiak SO. (2014). Syndrom vtraty ploda: vid nauky do praktyky. *Zdorov'ia Ukrainy*. 1: 16–17. [Пирогова ВІ, Шурпяк СО. (2014). Синдром втрати плода: від науки до практики. *Здоров'я України*. 1: 16–17].

18. Seliger G, Stenzel A, Kowalski EM et al. (2016). Evaluation of standardized, computerized Dawes/Redman heart-rate analysis based on different recording methods and in relation to fetal beat-to-beat heart rate variability. *J Perinat Med.* 1.7: 785–789.
19. Shelestova LP, Allakhverdiiev RS, Siusiuka VH. (2016). Akusherski ta perynatalni uskladnennia u zhinok iz defitsyтом masy tila. Aktualnye voprosy farmatsevticheskoi u medytsynskoi nauky u praktyku. 1 (20): 75–78. [Шелестова ЛП, Аллахвердієв РС, Сюсюка ВГ. (2016). Акушерські та перинатальні ускладнення у жінок із дефіцитом маси тіла. Актуальні питання фармацевтичної та медичинської науки і практики. 1 (20): 75–78].
20. Strelnyk O. (2017). Turbota yak robota: materynstvo u fokusi sotsiologhii. Monohrafiia. Kyiv: Krytyka: Kyiv. nats. un-t im. T. Shevchenka: 280. [Стрельник О. (2017). Турбота як робота: материнство у фокусі соціології. Монографія. Київ: Критика: Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка: 280].
21. Stryzhakov AN, Lyfato YS, Tezykov YuV. (2014). Platsentarnaia nedostatochnost: Patohenez. Prohnozyrovanye. Dyahnostyka. Profylaktyka. Akusherskaia taktyka. Samara: OOO «Ofort»: 239. [Стрижаков АН, Липато ІС, Тезиков ЮВ. (2014). Плацентарна недостаточность: Патогенез. Прогнозирование. Диагностика. Профилактика. Акушерская тактика. Самара: ООО «Офорт»: 239].
22. Toth B, Würfel W, Bohlmann M et al. (2018). Recurrent Miscarriage: Diagnostic and Therapeutic Procedures. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k-Level, AWMF Registry Number 015/050). *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 78 (4): 364–381. <https://doi.org/10.1055/a-0586-4568>.
23. Vorobey LI. (2018). Features of the course of labor in women with a history of perinatal loss. *Health of woman.* 7 (133): 66–68. [Воробей ЛІ. (2018). Особливості перебігу пологів у жінок з перинатальними втратами в анамнезі. Здоров'я жінки. 7 (133): 66–68]. doi: 10.15574/HW.2018.133.66.
24. Zavorodniaia YV. (2017). Nevynashyvanie beremennosti kak perezhyvanye perynatalnoi utraty. Klynycheskaia u medytsynskaia psykholohyia: yssledovanyia, obuchenye, praktyka: elektron. nauch. Zhurnal. 5 (2): 16. [Завгородня ІВ. (2017). Невынашивание беременности как переживание перинатальной утраты. Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журнал. 5; 2: 16]. URL: http://medpsy.ru/climp/2017_2_16/article09.php.

Відомості про авторів:

Стаселович Лариса Юрїївна — к.мед.н., асистент каф. акушерства та гінекології №1 НУОЗ України імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. <https://orcid.org/0000-0003-4975-3356>.

Жалоба Галина Миколаївна — к.мед.н., доц. каф. акушерства та гінекології №1 НУОЗ України імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. <https://orcid.org/0000-0003-1973-3346>.

Стаття надійшла до редакції 18.09.2022 р.; прийнята до друку 14.11.2022 р.