

МРНТИ 76.29.48

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И ОЖИРЕНИЕМ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ

И. А. Жабченко, О.Р. Сюдмак, Т.Н. Коваленко, О.И. Буткова

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины»
Украина, Киев

АННОТАЦИЯ

ЦЕЛЬ: сравнительная характеристика и клинический анализ течения беременности и родов у женщин с бесплодием и алиментарно-конституционной формой ожирения за последние 10 лет (2009 г. и 2019 г.).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ историй родов пациенток с ожирением, которые находились на лечении и родоразрешении в отделении патологии беременности и родов ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины» в 2009 г. и в 2019 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Количество беременных с ожирением за последние 10 лет возросло практически в 2,5 раза. Преимущественное количество беременных с ожирением на фоне бесплодия имеют старший репродуктивный возраст, сочетанную соматическую и гинекологическую патологию, гормональные изменения в виде прогестероновой недостаточности и хронические воспалительные процессы. Беременность у данного контингента женщин сопровождается длительной рецидивирующей угрозой прерывания беременности (в 2009 г. – 33,3%, в 2019 г. – 46,7%), преждевременных родов (27,8% и 40% соответственно), плацентарной дисфункцией (22,2% и 26,7%) и преэклампсией (20% и 26,7%), при этом каждая вторая женщина имеет сочетание нескольких осложнений беременности (52,2% и 62,2%) и нуждается в неоднократном стационарном лечении (44,4% и 55,6%). Частота родоразрешения путем операции кесарева сечения увеличилась в 1,5 раза (32,2% и 48,9%), наиболее частым осложнением родов остается преждевременное излитие околоплодных вод (11,1 и 15,6%). Таким образом, сочетание ожирения и бесплодия во время беременности требует углубленного изучения и разработки дифференцированных алгоритмов антенатального наблюдения.

Ключевые слова: ожирение, бесплодие, беременность, осложнения, старший репродуктивный возраст.

ВВЕДЕНИЕ

Состояние здоровья беременных женщин в Украине не способствует ожиданию рождения здорового поколения. Частота ожирения среди беременных, преимущественная причина которого – это неправильное питание, увеличилась почти в 2,5 раза за последние годы. Данной патологией страдает почти половина беременных [12]. Ожирение наблюдается у 20-30% населения Украины (среди них в среднем – 26 % у женщин и в 16% у мужчин). За последнее десятилетие количество беременных с ожирением увеличилось от 10-15 % в 2009 г. до 20-29,6 % случаев от общего числа беременных женщин в 2018 г. Женская часть населения более всего поражена этим недугом: частота ожирения у женщин старше 20 лет составляет до 35%; у женщин в возрасте 30-39 лет – в 2 раза чаще [1].

Ожирение – это одно из наиболее распространенных хронических заболеваний в мире. Оно представляет собой процесс чрезмерного отложения жировой ткани и сопровождается нарушением обмена веществ [2, 9]. Современная медицина рассматривает ожирение как самостоятельное многофакторное хроническое рецидивирующее заболевание, которое требует серьезного лечения.

По данным ВОЗ около 12 % взрослого населения земного шара страдает ожирением, особенно настораживает факт «омоложения» данной патологии [4]. Ожирение у женщин часто сопровождается нарушением овуляции, бесплодием, низкой частотой наступления беременности, потерей эмбриона на ранних сроках, врожденными пороками развития плода [11]. У таких пациенток наблюдается низкое количество ооцитов и снижение эффективности лечения оплодотворения *in vitro*. Частота бесплодных браков по данным отечественных и зарубежных исследований составляет от 10% до 20% [5].

По данным МЗ Украины количество циклов ЭКО увеличилось в 23 раза за два десятилетия (в 1999 г. было проведено 1229 циклов, в 2017г. – 27523, из них завершились родами с рождением живых детей в разных сроках гестации у 29,8% женщин (в 1999г. – только у 17% женщин)).

Увеличение количества женщин с избыточной массой тела, ожирением и метаболическим синдромом приводит к тому, что все чаще индукцию суперовуляции в рамках программ ВРТ проводят на фоне метаболических нарушений [10]. Состояние овариального резерва у пациенток с ожирением зависит от его степени, при этом

среднее число фолликулов уменьшается с $13,2 \pm 7,2$ при I ст. до $6,1 \pm 0,8$ при III ст. ожирения и наличия метаболического синдрома [6, 15].

У женщин с ожирением возрастает частота развития плацентарной дисфункции, преэклампсии, многоводия. Роды у данной группы пациенток чаще сопровождаются слабостью родовой деятельности, дистрессом плода, повышенной кровопотерей и родоразрешением путем операции кесарева сечения [3, 11]. Следующим по частоте развития осложнением является перенашивание беременности, а также рождение детей с гипертрофией, асфиксией, детский травматизм (17,9-31,9%) [3, 8, 13]. Достаточно частым осложнением является преждевременное излитие околоплодных вод, которое вызывает необходимость использования хирургических операций (кесарево сечение, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода) [8, 10].

Следует отметить, что одним из частых осложнений при ожирении также является кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Недостаточная эластичность мягких тканей у женщин с ожирением влечет большой материнский травматизм: разрывы шейки матки, стенок влагалища, промежности фиксируются чаще, по сравнению с родами у женщин с нормальной массой тела [3, 4]. Все указанное отображается на показателях перинатальной смертности, а при сочетании ожирения с другой патологией количество осложнений во время беременности и родов значительно возрастает [14].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: сравнительная характеристика и клинический анализ течения беременности и родов у женщин с бесплодием и алиментарно-конституционной формой ожирения за последние 10 лет (2009-2019 гг.)

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ историй родов пациенток с ожирением, которые находились на лечении и родоразрешении в отделении патологии беременности и родов ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины» в 2009 г. и в 2019 г.

Женщины были разделены на 3 группы:

- I группа - 90 женщин с алиментарно-конституционным ожирением и бесплодием, которые родили в 2009 г.;
- II группа - 45 женщин с алиментарно-конституционным ожирением и бесплодием, которые родили в 2019 г.;
- III группа – контрольная, включила в себя 30 женщин с нормальной массой тела, которые родили своевременно в 2019 г.

Достоверность измерений вычисляли с помощью критерия Фишера, графики оформляли с помощью программы «Microsoft Excel 7,0»

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате нашего исследования, мы определили, что большинство беременных II группы были женщинами старшего репродуктивного возраста, среди них преобладали беременные в возрасте более 35 лет – 51,1% (8,9% - в I группе и 10% в контрольной ($p < 0,05$)), из них 5 были старше 40 лет (11,1%). Большинство беременных

I и III групп были в возрасте 25-35 лет, который является наиболее благоприятным для рождения ребенка.

Как показывают наши исследования, беременные I и II групп отличались высоким уровнем соматической заболеваемости, при чем обращает на себя внимание именно сочетание нескольких экстрагенитальных заболеваний. Структура соматических заболеваний представлена в табл.2.

Таблица 1 - Распределение беременных с ожирением по возрасту (абс. ч., %)

Показатели возраста	Значения показателей в группах обследованных (n)		
	I группа (n=90)	II группа (n=45)	III группа (n=30)
21-25	19 (21,1)	5 (11,1)*	11 (55,0)
26-30	40 (44,4)▪×	7 (15,6)	2 (10,0)
31-35	23 (25,6)	10 (22,2)	5 (25,0)
Более 36	8 (8,9)×	23 (51,1)*	2 (10,0)

Примечание: ▪ – статистически достоверные отличия, в сравнении I и III групп ($p < 0,05$); * – статистически достоверные отличия, в сравнении II и III групп ($p < 0,05$); × – статистически достоверные отличия, в сравнении I и II групп ($p < 0,05$).

Таблица 2 - Хронические заболевания в анамнезе у обследованных женщин (абс. ч., %)

Показатель	Значение показателя в группах обследованных (n)		
	I группа (n = 60)	II группа (n = 40)	III группа (n = 14)
Заболевания ССС	21 (35)	19 (47,5)	4 (28,6)
Болезни органов зрения	5 (8,3)	9 (22,5)	3 (21,4)
Заболевания щитовидной железы	15 (25) ×	21 (52,5)*	2 (14,3)
Заболевания мочеполовой системы	12 (20)	7 (17,5)	2 (14,3)
Заболевания ЖКТ, печени и ЖВП	32 (53,3)▪	28 (70)*	2 (14,3)
Варикозная болезнь	8 (13,3)	10 (25)	1 (7,1)
Сахарный диабет	2 (3,3)	3 (7,5)	-
Тромбофилия	-	4 (10)	-

Примечание: ▪ – статистически достоверные отличия, в сравнении I и III групп ($p < 0,05$); * – статистически достоверные отличия, в сравнении II и III групп ($p < 0,05$); × – статистически достоверные отличия, в сравнении I и II групп ($p < 0,05$).

В целом отягощенный соматический анамнез был у 40 (88,9%) пациенток II группы (у 60 (66,6%) женщин I группы и 14 (46,6%) женщин контрольной группы ($p < 0,05$)), сочетание нескольких видов соматической патологии наблюдалось у 17 (37,8%) женщин (в I группе – 24,4%, в III группе – 13,3% ($p < 0,05$)).

Наиболее часто у пациенток с отягощенным соматическим анамнезом наблюдались заболевания сердечно-сосудистой системы, а именно гипертоническая болезнь, пролапс клапанов сердца, вегето-сосудистая дистония; болезни пищеварительной системы – аномалии желчного пузыря, хронический панкреатит, холецистит, гастрит; болезни мочевыводящей системы – нефроптоз, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь; болезни органов зрения – миопия. Большинство из выявленных заболеваний укладываются в клинические проявления синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани, как и само ожирение. Сочетание соматической заболеваемости у такого количества женщин выступает фактором риска по развитию осложнений течения беременности и родов.

Среди обследованных беременных I и II групп преобладали женщины с отягощенным гинекологическим анамнезом (у 58 (64,4%) и 36 (80%) женщин соответственно, что достоверно отличалось от показателей контрольной группы – 11 (36,7%) женщин ($p < 0,05$)), сочетанная гинекологическая патология была у 18% женщин I группы и у 42,2% женщин II группы (контрольная – 6,7%) ($p < 0,05$).

В структуре патологии органов репродуктивной системы у женщин I и II групп преобладали лейомиома матки – 18,7% и 38,9%; воспалительные заболевания органов малого таза – 31% и 44,4%; НМЦ – 37,9% и 27,8% и бесплодие – в I группе только 25,9%, во II группе – 52,8% ($p < 0,05$)), при чем у 6 (16,7%) женщин II группы беременность наступила с помощью ВРТ. Согласно нашим данным, среди женщин II группы каждая вторая имела бесплодие в анамнезе, при чем преобладала первичная форма бесплодия (36,1%), тогда как в I группе чаще стоял диагноз вторичное бесплодие (17,2%), преимущественно у женщин, которые имели в анамнезе медикаментозные аборт (у 19 женщин (30%) и у 7 (15,6%) во II группе).

Что касается паритета беременности, преимущественное количество женщин всех групп были первородящими (I группа – 57,8%, II группа – 66,7%), при этом больше трех беременностей было у 18% женщин I группы и у 24,4% женщин II группы (все женщины контрольной группы первородящие и 93,3% имели первую беременность). Таким образом, обращает на себя внимание отягощенный акушерский анамнез: в I группе самопроизвольный выкидыш у 11 (12,2%) и у 13 (28,9%) женщин во II группе; замершая беременность у 12 (13,3%) в I группе и у 9 (20%) женщин II группы. Среди женщин II группы 3 (6,6%) в анамнезе имели преждевременные роды, у 6 (13,3%) родоразрешение путем кесарева сечения.

Таблица 3 - Патология органов репродуктивной системы у обследованных женщин (абс. ч., %)

Показатель	Значение показателя в группах обследованных (n)		
	I группа (n = 58)	II группа (n = 36)	III группа (n = 11)
Доброкачественные заболевания шейки матки	14 (24,1)	7 (19,4)	3 (27,3)
Воспалительные заболевания органов малого таза	18 (31)	16 (44,4)	2 (18,2)
Опухолевидные образования яичников	10 (17,2)	8 (22,2)	2 (18,2)
Бесплодие -первичное -вторичное	5 (8,6) 10 (17,2)	13 (36,1) 6 (16,7)	-
НМЦ	22 (37,9)	10 (27,8)	1 (9,1)
Лейомиома матки	11 (18,7)	14 (38,9)	1 (9,1)

Учитывая повышенный риск развития осложнений беременности у женщин с ожирением, особенно в сочетании с бесплодием, целесообразно проводить тщательное антенатальное наблюдение беременных, особенно по профилактике невынашивания и недонашивания беременности, развития преэклампсии и плацентарной дисфункции, послеродовых осложнений. Среди беременных I и II групп преобладало сочетание нескольких осложнений гестации - у 47 (52,2%) женщин I группы и у 28 (62,2%) женщин II группы, в неоднократном стационарном лечении нуждались 40 (44,4%) женщин I группы и 25 (55,6%) женщин II группы, в то время как сочетание осложнений беременности наблюдалось только у 4 (13,3%) женщин контрольной группы, никто из не был на стационарном лечении более одного раза. Исходя из результатов проведенного анализа, исследуемая беременность чаще всего осложнялась угрозой прерывания беременности (33,3% в I группе и 46,7% во II группе), угрозой преждевременных родов (27,8% у женщин I группы и 40% женщин II группы), плацентарной дисфункцией (22,2% I группа и 26,7% II группа), преэклампсией (20% в I группе и 22,2% во II группе).

Наиболее часто встречаемые осложнения беременности в исследуемых группах представлены в табл.4.

Таблица 4 - Осложнения данной беременности (абс. ч.,%)

Показатель	Значение показателя в группах обследованных (n)		
	I группа (n = 90)	II группа (n = 45)	III группа (n = 30)
Угроза прерывания беременности	30 (33,3) ▪	21 (46,7) *	3 (10)
Угроза преждевременных родов	25 (27,8)	18 (40) *	4 (13,3)
Плацентарная дисфункция	20 (22,2) ▪	12 (26,7) *	1 (3,3)
Анемия	17 (18,9) ▪	8 (17,8)	1 (3,3)
Отеки беременных	14 (15,5)	6 (13,3)	2 (6,7)
Преэклампсия	18 (20)	10 (22,2)	-

Примечание: ▪ – статистически достоверные отличия, в сравнении I и III групп ($p < 0,05$); * – статистически достоверные отличия, в сравнении II и III групп ($p < 0,05$).

Среди женщин I группы 31,1% имели физиологические роды (26,7% во II группе), патологические – 36,7% (17,8% во II группе), преждевременные роды были у 7,7% (6,7% во II группе), 32,2% женщин I группы были родоразрешены путем операции кесарева сечения (48,9% женщин II группы).

Чаще всего встречались такие осложнения в родах: преждевременное излитие околоплодных вод (11,1% в I группе и 15,6% во II группе), эпизиотомия (24,4% в I и 20% во II группах), кровотечение в III периоде родов и в раннем послеродовом периоде (10% в I и 13,3% во II группах), дистоция плечиков во втором периоде родов – у 2 (4,4%) женщин II группы. Все женщины контрольной

группы родили физиологично и своевременно. Анализируя показатели массы тела новорожденных, следует отметить, что женщины группы контроля не имели детей весом более 4000 г при рождении, в то время как около 20% новорожденных детей I и II групп были весом более 4000 г. Послеродовой период у женщин исследуемых групп протекал без осложнений, с наличием лактации.

В I группе 7,8% детей (8,9% во II группе) выписаны с диагнозом «гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы»; 4,4% новорожденных II группы имели диагноз «диабетическая фетопатия», 2,2% родились с врожденным пороком развития сердца. Все дети контрольной группы выписаны здоровыми.

ВЫВОДЫ:

1. Ожирение во время беременности остается распространенной патологией, частота которой имеет тенденцию к дальнейшему возрастанию: за последние 10 лет количество таких женщин увеличилось в 2,5 раза.

2. За последние десятилетия возросло количество беременных женщин старшего репродуктивного возраста (в исследуемой в 2019 г. группе каждая вторая женщина была старше 36 лет), что в сочетании с ожирением ведет к увеличению количества осложнений беременности.

3. За прошедшие 10 лет количество беременных с ожирением и наличием сочетанной соматической патологией увеличилось в 1,5 раза; с сочетанной гинекологической патологией в 2 раза (преимущественно за счет увеличения частоты бесплодия, лейомиомы матки).

4. Осложнения беременности и родов остаются на высоком уровне и не имеют тенденции к снижению; они представлены, как и прежде, преимущественно угрозой прерывания беременности, угрозой преждевременных родов, плацентарной дисфункцией и преэклампсией.

5. Сочетание ожирения и бесплодия во время беременности требует более углубленного изучения и разработки дифференцированных алгоритмов антенатального наблюдения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артымук Н. В., Крапивина Н. А., Тачкова О. А. Акушерство и гинекология. 2010; 2: 34–38.
2. Ахметов А. С. Терапевт. арх. 2002; 74; 10: 5–7.
3. Байрамова М.А. Оптимизация тактики ведения беременных с ожирением. Дис. канд.м.н.; М. 2012; 132.
4. Беловол А.Н., Князькова И.И. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2013; 2 (65): 30-38.
5. Веропотвелян П.Н., Цехмистренко И.С., Веропотвелян Н.П. Жіночий лікар. 2017; 1 (69): 56-59.
6. Вигівська Л.М., Никонюк Т.Р. Здоровье женщины. 2017; 4 (120): 98-101.
7. Диндар О.А., Бенюк В.О., Никонюк Т.Р. Здоровье женщины. 2016; 4 (110): 163-167.
8. Дука Ю.М. Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. 2015; 2(36): 87-91.
9. Коваленко Т.М. Фізична реабілітація при комплексному лікуванні вагітних з ожирінням. Автореф. дис.канд.н.; К. 2012: 36-38, 96-99.
10. Кузин А.И., Ленгин Ю.А. Челябинск. ЗАО «Челябинская межрайонная типография»; 2011: 120.
11. Прилепская В.Н. Акуш. и гин. 2013; 5: 59–61.
12. Хала Ахмед Сабри Кассим Аль-Тавель, Рожковська Н. М. Репродуктивное здоровье женщины. 2006; 1: 85–87.
13. Chu S. Y., Callaghan W. M., Kim S. Y., Schmid C. H. et al. Diabetes Care. 2007; 6.
14. Jevitt C. J. Midwifery Womens Health. 2009; 54(6): 445–451.
15. Jungheim E.S., Travieso J.L., Hopeman M.M. Nutrition Reviews. 2013;71: 3-8.

REFERENCES

1. Artyimuk N. V., Krapivina N. A., Tachkova O. A. Akusherstvo i ginekologiya. 2010; 2: 34–38.
2. Ahmetov A. S. Terapevt. arh. 2002; 74; 10: 5–7.
3. Bayramova M.A. Optimizatsiya taktiki vedeniya beremennyih s ozhireniem. Dis. kand.m.n.; M. 2012; 132.
4. Belovol A.N., Knyazkova I.I. Meditsinskie aspektyi zdorovya zhenschiny. 2013; 2 (65): 30-38.
5. Veropotvelyan P.N., Tsehmistrenko I.S., Veropotvelyan N.P. ZhInochiy Ilkar. 2017; 1 (69): 56-59.
6. VigIvska L.M., Nikonyuk T.R. Zdorove zhenschiny. 2017; 4 (120): 98-101.
7. Dindar O.A., Benyuk V.O., Nikonyuk T.R. Zdorove zhenschiny. 2016; 4 (110): 163-167.
8. Duka Yu.M. ZbIrnik naukovih prats asotsIatsIYi akusherIv-gInekologIv UkraYini. 2015; 2(36): 87-91.
9. Kovalenko T.M. FIzichna reabIltatsIya pri kompleksnomu Ilkuvanni vagItnih z ozhirInnyam. Avtoref. dis.kand.n.; K. 2012: 36-38, 96-99.
10. Kuzin A.I., Lenging Yu.A. Chelyabinsk. ZAO «Chelyabinskaya mezhrayonnaya tipografiya»; 2011: 120.
11. Prilepskaya V.N. Akush. i gin. 2013; 5: 59–61.
12. Hala Ahmed Sabri Kassim Al-Tavel, Rozhkovska N. M. Reproduktivnoe zdorove zhenschiny. 2006; 1: 85–87.
13. Chu S. Y., Callaghan W. M., Kim S. Y., Schmid C. H. et al. Diabetes Care. 2007; 6.
14. Jevitt C. J. Midwifery Womens Health. 2009; 54(6): 445–451.
15. Jungheim E.S., Travieso J.L., Hopeman M.M. Nutrition Reviews. 2013;71: 3-8

SUMMARY

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE FEATURES OF THE COURSE OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH INFERTILITY AND OBESITY IN THE LAST 10 YEARS**I. Zhabchenko, O. Suidmak, T. Kovalenko, O. Butkova**

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named of acad. O.Lukyanova NAMS of Ukraine « Ukraine, Kyiv

PURPOSE: comparative characteristics and clinical analysis of the course of pregnancy and childbirth in women with infertility and alimentary-constitutional obesity over the past 10 years (2009 and 2019).

MATERIALS AND METHODS: analysis of the history of childbirth of obese patients, which were treated and given delivery in the department of pathology of pregnancy and childbirth of MI “Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after acad. E. Lukyanova NAMS of Ukraine» in 2009 and in 2019.

RESULTS: The number of pregnant women with obesity over the last 10 years has increased almost 2.5 times. The predominant number of pregnant women with obesity on the background of infertility are older reproductive age, combined somatic and gynecological pathology, hormonal changes in the form of progesterone deficiency and chronic inflammatory processes. Pregnancy in this group of women is accompanied by a prolonged recurrent threat of miscarriage (in 2009 - 33.3%, in 2019 - 46.7%), premature birth (27.8% and 40% respectively), placental dysfunction (22.2 % and 26.7%) and preeclampsia (20% and 26.7%), while every second woman has a combination of several pregnancy complications (52.2% and 62.2%) and needs repeated inpatient treatment (44.4 % and 55.6%). The frequency of delivery by cesarean section increased by 1.5 times (32.2% and 48.9%), the most common complication of labor remains premature rupture of amniotic fluid (11.1 and 15.6%). Thus, the combination of obesity and infertility during pregnancy requires in-depth study and development of differentiated antenatal observation algorithms.

Key words: obesity, infertility, pregnancy, complications, older reproductive age.

ТҮЙІНДЕМЕ

СОҢҒЫ 10 ЖЫЛДАҒЫ БЕДЕУЛІК ПЕН СЕМІЗДІККЕ ШАЛДЫҚҚАН ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ БОСАНУ КЕЗІНДЕГІ ЕРЕКШЕЛІКТЕРДІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТТАМАСЫ

И. А. Жабченко, О.Р. Сюдмак, Т.Н. Коваленко, О.И. Буткова

«Е.М.Лукьянов атындағы Педиатрия, акушерлік және гинекология институты Украинаның МҒҰА»
мемлекеттік мекемесі.
Украина, Киев

МАҚСАТ: соңғы 10 жылдағы (2009 және 2019 жж.) бедеулігі семіздіктің алименталды-конституциялық формасы бар әйелдердегі жүктілік пен босанудың барысына салыстырмалы сипаттама және клиникалық талдау.

Түйін сөздер: семіздік, бедеулік, жүктілік, асқынулар, егде репродуктивті жас.