

Автор: В. Устинов, В. Хилькевич, гинекологическое отделение



По данным статистики, из числа диагностированных желанных беременностей каждая пятая завершается самопроизвольным абортом или останавливается в развитии («замирает») примерно в равной пропорции. Большая часть случаев невынашивания и неразвивающихся беременностей (до 80%) приходится на I триместр гестации. Актуальность этой проблемы связана не только с масштабами репродуктивных потерь, но и с неблагоприятным прогнозом, поскольку значительная часть перенесённых ранее эпизодов замершей беременности впоследствии «переформатируется» в привычное невынашивание. Подобное явление, получившее название «очень ранние потери беременности», имеет место в популяции, вероятно, как фактор естественного отбора, препятствующий развитию генетически аномальных плодов. Современная клиническая практика позволяет на основании результатов УЗИ диагностировать два типа неразвивающейся беременности: анэмбрионию и гибель эмбриона (плода).

Самопроизвольный аборт (выкидыш) - самопроизвольное прерывание беременности до достижения плодом жизнеспособного гестационного срока. Самопроизвольный выкидыш - самое частое осложнение беременности. В структуре спорадических ранних выкидышей одна треть беременностей прерывается до 8 недель по типу анэмбрионии (отсутствие эмбриона). Около 50% спорадических ранних выкидышей обусловлено хромосомными дефектами, на сроке 8-11 нед. - 41-50%, на сроке 16-19 нед. она снижается до 10-20%. Наиболее частыми типами хромосомной патологии при ранних самопроизвольных выкидышах бывают аутосомные трисомии - 52%, моносомии X - 19%, полиплоидии - 22%, другие формы составляют 7%. В 80% случаев выкидышей сначала происходит гибель, а затем экспульсия плодного яйца. Среди других причин спорадических ранних выкидышей выделяют анатомические, инфекционные, эндокринные, токсические, иммунологические и другие факторы.

Факторы, связанные с ранней потерей беременности:

- Поздний возраст матери (в возрасте от 20 до 30 лет риск самопроизвольного выкидыша составляет 9-17%, в 35 лет - 20%, в 40 лет - 40%, в 45 лет - 80%).
- Употребление алкоголя (умеренное).
- Использование кофеина (дозозависимый эффект: 4-5 чашек кофе, или более 100

мг кофеина).

- Курение (более 10 сигарет в день).
- Употребление кокаина. Хронические заболевания матери: антифосфолипидный синдром, тромбофилии, синдром поликистозных яичников, заболевания щитовидной железы, некорригированный сахарный диабет, возможно, целиакия (энтеропатия, связанная с повреждением ворсинок тонкой кишки).
- Инфекции у матери: листериоз, сифилис, хламидии, токсоплазмоз; микоплазмы или уреаплазмы влагалища (противоречивые данные). У женщин с привычной потерей беременности в 60–70 % случаев наблюдений гистологически верифицируется эндометрит, в 87 % наблюдается персистенция условно-патогенных микроорганизмов в эндометрии. Смешанная вирусная инфекция (вирус простого герпеса, Коксаки А и В, энтеровирусы, цитомегаловирус) сочетается с персистенцией 2–3 и более анаэробных и аэробных бактерий
- Некоторые лекарственные препараты.
- Ожирение.
- Предыдущая потеря беременности на раннем сроке (риск последующей потери беременности у женщин с одним самопроизвольным выкидышем в анамнезе риск составляет 18-20%, после двух выкидышей он достигает 30%, после трех выкидышей - 43%. Для сравнения: риск выкидыша у женщин, предыдущая беременность у которых закончилась успешно, составляет 5%).
- Аномалии и органические заболевания половых органов: врожденные аномалии матки, миома матки, операции на шейке матки, внутриматочные синехии.
- Токсины и профессиональные вредности: ионизирующее излучение, пестициды, вдыхание анестезиологических газов.
- Лихорадка (гипертермия) (повышение температуры тела более 37,7 град. С приводит к увеличению частоты ранних самопроизвольных выкидышей).
- Непосредственная травма плодного яйца (риск при травме, включая инвазивные методики пренатальной диагностики (хорионбиопсия, амниоцентез, кордоцентез), составляет 1-5%).
- Дефицит фолиевой кислоты (повышается риск самопроизвольного выкидыша с 6 до 12 нед. беременности, что обусловлено большей частотой формирования аномального кариотипа плода).

Факторы, которые ошибочно ассоциируют с ранней потерей беременности

- Авиаперелеты.
- Тупая травма живота.
- Использование контрацептивных средств до беременности (включая оральные контрацептивы, внутриматочные средства, имплантаты, спермициды).
- Физические упражнения (при условии, если женщины продолжают физические упражнения, которые делали до наступления беременности).
- Вакцинация против вируса папилломы человека (бивалентная вакцина 16/18).
- Сексуальная активность.

- Стресс.

Оценка состояния пациентки и диагноз ставится на основе анализа жалоб, анамнеза, физикального осмотра и дополнительных клинических исследований.

На ранних сроках неразвивающаяся беременность может длительное время протекать без каких-либо жалоб со стороны женщины. Нет ничего, что могло бы насторожить ее. Поэтому иногда замершая беременность является находкой на очередном УЗИ. В некоторых случаях женщину беспокоит следующее: тянущие боли внизу живота; патологические выделения из половых путей — кровянистые, коричневые, слизистые, водянистые; исчезновение симптомов токсикоза.

Большинству женщин с осложнениями ранних сроков беременности требуется ультразвуковое сканирование для того, чтобы предположить возможный диагноз жизнеспособной маточной беременности, беременности неопределенной жизнеспособности, неполного и полного выкидыша либо беременности неизвестной локализации; определения уровня β -ХГЧ в моче или сыворотке крови в динамике, уровня прогестерона по показаниям.

Тактика ведения женщин с выкидышами в ранние сроки беременности зависит от наличия/отсутствия симптомов и того, к какой из клинических групп относится пациентка. Возможна выжидательная тактика, медикаментозная терапия или хирургическое опорожнение полости матки по показаниям.

Прогноз, как правило, благоприятный. При наличии двух последовательных самопроизвольных прерываний беременности рекомендовано обследование до наступления желательной беременности для выявления причин невынашивания у данной супружеской пары, планирование беременности, проведение прегравидарной подготовки.

При подготовке к планируемой беременности проводятся диагностические (включая консультации врачей-специалистов) и профилактические (включая медикаментозную терапию) мероприятия: проведение флюорографии/рентгена органов грудной клетки, посещение смежных профильных специалистов при необходимости, анализа крови на

ВИЧ, сифилис, гепатиты, анализа крови на ТТГ, проведение ПАП-теста, анализа на выявление хламидиоза, гонореи, трихомониаза и микоплазмы гениталиум, анализа крови на Ig G к вирусам кори, краснухи (при отрицательном результате - вакцинация, надежная контрацепция 1 месяц).

Для профилактики дефектов нервной трубки и других пороков развития, которые частично приводят к ранним самопроизвольным выкидышам, рекомендован прием фолиевой кислоты за два-три менструальных цикла до зачатия и в первые 12 недель беременности в суточной дозе 400 мкг (0,4 мг), йодида калия 200мкг/сут, коррекция индекса массы тела.