

Проблемы невынашивания беременности в контексте доказательной медицины

26-27 апреля в Киеве прошел I Международный конгресс по перинатальной медицине под названием «Перинатальная медицина: от семейной амбулатории до частной клиники». Организаторами конгресса выступили МЗ Украины, Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Ассоциация перинатологов Украины. В его работе приняли участие ведущие специалисты из Украины, России, США, Израиля. В рамках конгресса обсуждались актуальные вопросы акушерства, неонатологии, генетики и ультразвуковой диагностики. Большой интерес вызвал доклад заведующей кафедрой акушерства, гинекологии и медицины плода НМАПО им. П.Л. Шупика, доктора медицинских наук, профессора Светланы Ивановны Жук, посвященный проблемам невынашивания беременности в современном акушерстве.

– Невынашивание беременности является одной из ведущих причин перинатальных потерь. Согласно данным литературы его частота колеблется от 10 до 25%; 50% всех прервавшихся беременностей является привычным невынашиванием, а 75% всех самопроизвольных аборт происходит в первые восемь недель беременности. Таким образом, каждая четвертая женщина рискует потерять беременность. Кроме того, риск потери беременности возрастает на 23% после первого, на 29% – после двух и на 55% – после трех самопроизвольных аборт.

Причинами невынашивания могут быть хромосомные аномалии (50%), недостаточность лютеиновой фазы цикла, синдром поликистозных яичников, дисгормональные нарушения, инфекции, антифосфолипидный синдром, экстрагенитальная патология и др.

Однако следует помнить, что в 50% случаев причины невынашивания определить не удается.

Чрезвычайно большое значение в проблеме невынашивания беременности отводится факторам риска, к которым относят: возраст родителей и наличие невынашивания беременности в анамнезе. Доказано, что риск невынашивания у женщин в возрасте 40 лет в 2 раза выше, чем в 20-летнем возрасте.

С целью изучения факторов риска по данной проблеме в последние годы проведено ряд крупных научных исследований. В 2008 году подведены итоги проспективного когортного исследования, целью которого было изучение факторов риска невынашивания беременности на ранних сроках гестации у женщин, не относящихся к группе риска по невынашиванию.

В исследовании приняли участие 1098 женщин в сроке гестации 4-12 недель без признаков угрожающего аборта. Течение 809 беременностей было благоприятным, тогда как остальные беременности протекали с угрозой прерывания, 55 (5%) из которых окончились самопроизвольным аборт. По результатам данного исследования были сделаны следующие выводы. Оказалось, что риск невынашивания беременности был достоверно повышен у женщин:

- в возрасте старше 33 лет;
- с низким индексом массы тела (≤ 20 кг/м²);

В исследовании также сформулированы сонографические критерии для оценки состояния плода, имеющие важное практическое значение:

- при среднем внутреннем диаметре плодного яйца 17 мм и отсутствии эмбриона можно думать о нежизнеспособной беременности или анэмбрионии;
- трансвагинальное УЗИ при наличии зародышевого бугорка в 5 мм должно определять сердечную деятельность;

– наличие гипозохогенного образования (субхориальной гематомы) за плодными оболочками размером 15 мм в 7 недель беременности и 21 мм в 8 недель при наличии соответствующей симптоматики в 90,8% случаев является диагностическим признаком угрозы прерывания беременности.

Авторами исследования был сделан вывод, что наличие любого из трех факторов риска увеличивает риск аборта на 6%, а наличие всех факторов – на 84%.

Актуальной проблеме субхориальных гематом посвящен метаанализ, проведенный Tull M.G. (2011). Согласно его результатам наличие субхориальной гематомы ассоциируется с увеличением риска спонтанного аборта (8,9-17,6%) и мертворождением (0,9-1,9%), а также увеличивает риск отслойки плаценты (0,7-3,6%), преждевременных родов и преждевременного разрыва околоплодных оболочек. Около 40% беременностей с субхориальной гематомой прерываются до 22 недель гестации, а наличие субхориальной гематомы, диагностированной в начале беременности, является фактором риска гипертензии беременных в III триместре (Biesiada L., 2010).

Ведение женщин с невынашиванием беременности начинается с определения причин привычного невынашивания после прерывания беременности или во время следующей беременности продолжается назначением патогенетического лечения средствами с доказанной эффективностью.

Актуальной проблемой, тесно связанной с невынашиванием беременности, продолжает оставаться плацентарная недостаточность, встречающаяся у 70% женщин с привычным невынашиванием. Кроме того, считается, что сама плацентарная недостаточность в 90% случаев приводит к угрозе аборта. Формирование плацентарной недостаточности начинается с нарушения маточно-плацентарного кровотока, приводящего к нарушению плодово-плацентарного кровообращения, задержке внутриутробного развития плода, нарушению физического и умственного развития ребенка. Плацентарная недостаточность сопровождается и реализуется через дисфункцию эндотелия.

Эндотелиальная дисфункция является универсальным механизмом развития патологического состояния организма.

Ключевым звеном эндотелиальной дисфункции является дефицит оксида азота. Главными функциями оксида азота (NO) являются регуляция сосудистого тонуса и оксидативных процессов, угнетение адгезии и агрегации тромбоцитов, пролиферации и апоптоза, агрегации лимфоцитов. Не следует забывать, что в акушерстве патологией,



С.И. Жук

связанной с нарушением синтеза и/или выделением NO, является не только преэклампсия и связанный с ней HELLP-синдром, но и синдром задержки роста плода и самопроизвольное прерывание беременности.

Единственным субстратом для синтеза оксида азота в организме человека является L-аргинин.

Препаратом L-аргинина в Украине является тивортин (Юрия-Фарм).

Таким образом, в рамках прегравидарной подготовки необходимо:

- при дисгормональных нарушениях проводить гормональную коррекцию в зависимости от причины бесплодия или невынашивания и результатов гормональных обследований (применение гестагенов);
- при повышении агрегации тромбоцитов и/или повышении содержания в крови фактора Виллебранда назначать дипиридабол в дозе 25 мг 3 раза в сутки с 5-го по 25-й день менструального цикла;
- при антифосфолипидном синдроме кроме дезагрегантной терапии проводить курсы плазмафереза и иммуноглобулинов;
- при гипергомоцистеинемии в дополнение к антикоагулянтной терапии применять фолиевую кислоту и витамины группы В;
- наряду с коррекцией системы гемостаза использовать антиоксиданты.
- коррекция эндотелиальной дисфункции посредством препаратов – донаторов оксида азота (тивортин, тивортин аспарат).

В заключение данного сообщения позвольте сделать следующий вывод. При лечении привычного невынашивания рекомендовано применять только средства с доказанной эффективностью, учитывая наряду с эндокринными и воспалительными эндотелиальными причинами невынашивания беременности. Залогом успешного вынашивания беременности и рождения здоровых детей является проведение прегравидарной подготовки у женщин.

Подготовила **Наталья Карпенко**

