

Етіологічні та анамнестичні аспекти ранніх втрат вагітності

О. С. Кіцак

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

Мета дослідження: вивчити етіологічні та анамнестичні особливості ранніх втрат вагітності.

Матеріали та методи. Проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 50 подружніх пар зі звичним викиднем. У ході роботи використано детальний клініко-анамнестичний аналіз, ретельне вивчення причинних чинників звичних ранніх втрат вагітності.

Результати. Усього в анамнезі у 50 жінок зі звичним викиднем було 235 вагітностей, у середньому $4,7 \pm 0,9$ на одну пацієнтку. Загалом, до 12 тиж перервалося 96% усіх вагітностей, пізні викидні до 22 тиж становили 4%. Переважна більшість жінок (90%) мали в анамнезі від 3 до 5 мимовільних викиднів, 6% – від 6 до 10 ранніх втрат вагітності. Встановлено, що в 72% спостережень звичний викидень був первинним, що значно перевищує показники спорадичного викидня в популяції (у середньому близько 16%).

Висновки. Звичні ранні втрати вагітності є поліетіологічним станом. В етіологічній структурі звичних викиднів алоімунні чинники складають 32%, аутоімунні порушення – 40,0%. Серед інших причин – анатомічні (18%), особливості каріотипу подружжя (10%), гормональні порушення (32%), тромбофілії (28%), інфекційно-запальний чинник (64%).

Ключові слова: ранні втрати вагітності, етіологія, анамнез, особливості.

Проблема ранніх втрат вагітності протягом багатьох років залишається актуальною, оскільки вони є найчастішим гестаційним ускладненням і не мають тенденції до зниження. Згідно із сучасними даними, до 80% всіх втрат вагітності відбуваються у I триместрі [1–4].

Частота звичного невиношування вагітності (ЗНВ) становить 3–5% [5–8], причому ризик втрати бажаної вагітності зростає зі збільшенням числа невдач і досягає 38% після двох попередніх викиднів [9–11]. На сьогодні відомо, що близько 80% всіх раніше нез'ясовних випадків ЗНВ пов'язані з нерозпізнаними імунологічними порушеннями, водночас шанс успішного виношування без терапії після трьох ранніх викиднів становить 30%, після чотирьох – 25%, після п'яти – 5% [12–14].

Вважається загальновизнаним, що порушення процесів інвазії трофобласта у I триместрі вагітності призводять до реалізації пізніх гестаційних ускладнень: затримці розвитку плода (ЗРП), прееклампсії, передчасним пологам, відшаруванням плаценти, що підвищує перинатальну, дитячу і материнську смертність [15–16]. З огляду на це, обстеження і передгестаційна підготовка жінок зі звичними ранніми

викиднями сприяє реабілітації репродуктивної функції жінки в цілому, попереджаючи акушерські ускладнення протягом всієї вагітності.

Водночас не всі етіологічні та анамnestичні аспекти ранніх втрат вагітності на сьогодні вивчені, що свідчить про актуальність даного наукового напрямку.

Мета дослідження: вивчити етіологічні та анамnestичні особливості ранніх втрат вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 50 подружніх пар зі звичним викиднем. У ході дослідження застосовували детальний клініко-анамnestичний аналіз, ретельне вивчення причинних чинників звичних ранніх втрат вагітності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнток становив $32,6 \pm 0,3$ року. Відзначено досить високий інфекційний індекс – $3,8 \pm 0,2$, який перевершує показники в популяції (менше 3), часті респіраторні вірусні інфекції (більше 3 захворювань у рік) у 28% випадків.

Із соматичних захворювань переважали хвороби сечовидільної системи – у 30% переважно запального характеру (цистит, пієлонефрит) і травного тракту – у 24% жінок. Частіше ніж у популяції у жінок зі звичним викиднем зустрічалися тромботичні ускладнення – 2% проти 0,2%.

Під час аналізу гінекологічної захворюваності привертала увагу висока частота запальних захворювань органів малого таза – 36%, що узгоджується з результатами досліджень інших авторів (33–73%) [2, 5].

З інших гінекологічних захворювань найчастіше діагностована міома матки – 16%, на другому місці – патологія ендометрія у 14% випадків, внутрішньоматковий синехії – у 8% жінок. Природжені аномалії матки (сідлоподібна, дворога матка, внутрішньоматкова перегородка, подвоєння матки) верифіковані у 10% жінок.

Середній вік настання менархе становив $13,1 \pm 0,2$ року, у переважної більшості (84%) пацієнток менструальний цикл був регулярним, тривалістю $28,3 \pm 0,5$ дня.

Усього в анамнезі у 50 жінок зі звичним викиднем було 235 вагітностей, у середньому – $4,7 \pm 0,9$ на одну пацієнтку. Загалом до 12 тиж перервалося 96% усіх вагітностей, пізні викидні до 22 тижнів становили 4%. Переважна більшість жінок (90%) мали в анамнезі від 3 до 5 мимовільних викиднів, 6% – від 6 до 10 ранніх втрат вагітності.

Встановлено, що у 72% спостережень звичний викидень був первинним, що значно перевищує показники спорадичного викидня у популяції (у середньому близько 16%).

В етіологічній структурі звичних викиднів алоїмунні чинники становлять 32%, аутоїмунні порушення – 40,0%, тромбофілії – 28%.

ВИСНОВКИ

Звичні ранні втрати вагітності є поліетіологічним станом. В етіологічній структурі звичних викиднів алоїмунні чинники становлять 32%, аутоїмунні порушення – 40,0%. Серед інших причин – анатомічні (18%), особливості каріотипу подружжя (10%), гормональні порушення (32%), тромбофілії (28%), інфекційно-запальний чинник (64%).

Etiologic and anamnestic aspects of early losses of pregnancy

O. S. Kitsak

The objective: to learn the etiologic and anamnestic features of early losses of pregnancy.

Materials and methods. The complex is conducted clinical-and-laboratory inspection 50 matrimonial pair with usual abortion. During work the detailed is used clinical-and-anamnestic analysis, careful study of causal factors of usual early losses of pregnancy.

Results. All in anamnesis in 50 women with usual abortion there were 235 pregnancies, on the average $4,7 \pm 0,9$ on one patient. On the whole, to 12 weeks intermitted 96% all pregnancies, late abortions were 4% to 22 weeks. Swingeing majority of women 90% had from 3 to 5 involuntary abortions in anamnesis, 6% – from 6 to 10 early losses of pregnancy. It is set that in 72% supervisions usual abortion was primary, that considerably exceeds the indexes of sporadic abortion in population (on the average about 16%).

Conclusions. Usual early losses of pregnancy are the polyetiological state. In the etiologic structure of usual abortions alloimmune factors are 32%, autoimmune violation 40,0%. Among other reasons – anatomic (18%), features of karyotype of the married couples (10%), hormonal violations (32%), thrombophilias (28%), infectious inflammatory factor (64%).

Keywords: early losses of pregnancy, etiology, anamnesis, features.

Відомості про автора

Кіцак Ольга Сергіївна – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

ORCID: 0009-0002-0029-3993; e-mail: 2191.mf1.12@bsmu.edu.ua

Information about the author

Kitsak Olga S. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

ORCID: 0009-0002-0029-3993; e-mail: 2191.mf1.12@bsmu.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Alecsandru D, García-Velasco JA. Immunology and human reproduction. Curr Opin Obstet Gynecol 2015; 27 (3): 231–4.
2. Allen VM, Wilson RD, Cheung A; Genetics Committee; Reproductive Endocrinology and Infertility Committee. Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology. J Obstet Gynaecol Can. 2016 Mar;28(3):220–33. DOI: 10.1016/S1701-2163(16)32112-0.
3. Beaman KD, Ntrivalas E, Mallers TM, Jaiswal MK, Kwak-Kim J, Gilman-Sachs A. Immune etiology of recurrent pregnancy loss and its diagnosis. Am J Reprod Immunol. 2021;67(4):319–25.
4. Broussin B. The clinical value of ultrasound for endometrial receptivity assessment in Assisted Reproductive Techniques (ART). Gynecol Obstet Fertil. 2017;35(6):570–5.
5. Budani MC, Fensore S, Di Marzio M, Tiboni GM. Cigarette smoking impairs clinical outcomes of assisted reproductive technologies: A meta-analysis of the literature. Reprod Toxicol. 2018 Sep;80:49–59. DOI: 10.1016/j.reprotox.2018.06.001.
6. Cameron NJ, Bhattacharya S, Bhattacharya S, McLernon DJ. Cumulative live birth rates following miscarriage in an initial complete cycle of IVF: a retrospective cohort study of 112 549 women. Hum Reprod. 2017 Nov 1;32(11):2287–97. DOI: 10.1093/humrep/dex293.
7. Catallozzi M. Attitudes towards Microbicide Use for Bacterial Vaginosis in Pregnancy. Sex Health. 2019;11(4):305–12.
8. Cheung CWC, Saravolos SH, Chan TYA, Sahota DS, Wang CC, Chung PW, Li TC. A prospective observational study on the stress levels at the time of embryo transfer and pregnancy testing following in vitro fertilisation treatment: a comparison between women with different treatment outcomes. BJOG. 2019 Jan;126(2):271–9. DOI: 10.1111/1471-0528.15434.
9. Chin TH, Hsu YC, Soong YK, Lee CL, Wang HS, Huang HY, Wu HM, et al. Obstetric and perinatal outcomes of pregnancy in patients with repeated implantation failure. Taiwan J Obstet Gynecol. 2019 Jul;58(4):487–91. DOI: 10.1016/j.tjog.2019.05.010.
10. Choux C, Carmignac V, Bruno C, Sagot P, Vaiman D, Fauque P. The placenta: phenotypic and epigenetic modifications induced by Assisted Reproductive Technologies throughout pregnancy. Clin Epigenetics. 2019 Aug 21;7:87. DOI: 10.1186/s13148-015-0120-2.

11. Cicinelli E, Matteo M, Tinelli R, Pinto V, Marinaccio M, Indraccolo U et al. Chronic endometritis due to common bacteria is prevalent in women with recurrent miscarriage as confirmed by improved pregnancy outcome after antibiotic treatment. *Reprod Sci*. 2021 May; 21(5): 640–47.
12. Cocksedge KA, Li TC, Saravelos SH, Metwally M. A reappraisal of the role of polycystic ovary syndrome in recurrent miscarriage. *Reprod Biomed Online*. 2018;17(1):151–60.
13. Coulam CB, Krysa LW, Sten J. Intravenous immunoglobulin for treatment of recurrent pregnancy loss. *Am J Reprod Immunol*. 2019;34:333–7.
14. Cox MA, Kahan SM, Zajac AJ. Anti-viral CD8 T-cells and the cytokines that they love. *Virology*. 2019;435(1):157–69.
15. Crawford S, Boulet SL, Kawwass JF, Jamieson DJ, Kissin DM. Cryopreserved oocyte versus fresh oocyte assisted reproductive technology cycles, United States, 2013. *Fertil Steril*. 2017 Jan;107(1):110–8. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.10.002.
16. Cruz M, Alecsandru D, Garcia-Velasco JA, Requena A. Use of granulocyte colony-stimulating factor in ART treatment does not increase the risk of adverse perinatal outcomes [Electronic resource]. *Reprod Biomed Online*. 2019 Dec;39(6):976–80. DOI: 10.1016/j.rbmo.2019.09.008.