

International Conference on "Biological, Chemical and Medical Science"

Hosted Online from Stockholm, Sweden on October 25th, 2022.

www.conferencepublication.com

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРИЧИНАХ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Рамаданова Диана Сергеевна
Нишанова Феруза Пулатовна

Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр акушерства и гинекологии
Ташкент, Узбекистан.

Невынашивание беременности (НБ) – проблема, значение которой не только не уменьшается со временем, но, пожалуй, даже возрастает. Население Европы вообще и России в частности достаточно быстро стареет. К 2015 г. 46 % женщин будут старше 45 лет.

Ежегодно в мире от осложнений беременности и родов умирают около 536 тыс. женщин. Среднемировой показатель материнской смертности составляет 400 случаев на 100 тыс. живорожденных, варьируясь от 9 в развитых странах до 450 в развивающихся.

В настоящее время, по официальным данным, в России женщины составляют 53 % населения [5]. Из них только 45,7 % (36 млн) находятся в репродуктивном возрасте. Причем поскольку под репродуктивным статистики понимают возрастной диапазон от 15 до 49 лет [5], реальное число женщин, находящихся в активном репродуктивном возрасте, значительно меньше. Вместе с тем у 1–5 % женщин, потерявших первую беременность, обнаруживают эндогенные факторы, препятствующие нормальному развитию эмбриона (плода), что в последующем приводит к повторным прерываниям беременности, т. е. к симптомокомплексу привычного выкидыша. Привычный выкидыш составляет от 5 до 20 % в структуре невынашивания беременности. Риск потери повторной беременности после первого выкидыша составляет 13–17 %, тогда как после двух предшествующих самопроизвольных прерываний риск потери желанной беременности возрастает более чем в 2 раза и составляет 36–38 %, а вероятность 3-го самопроизвольного выкидыша достигает 40–45 %. Учитывая это, большинство специалистов, занимающихся проблемой невынашивания, в настоящее время считают, что при двух последовательных выкидышах следует отнести супружескую пару к категории привычного выкидыша с последующим обязательным обследованием и проведением комплекса мер по подготовке к беременности.

Установлено влияние возраста матери на риск ранних самопроизвольных выкидышей. У женщин в возрасте 20–29 лет риск спонтанного выкидыша составляет 10 %, тогда как в 45 лет и старше – 50 %. Вероятно, возраст матери служит фактором, способствующим увеличению частоты хромосомных нарушений у плода. Критическими сроками в I триместре беременности считают 6–8 недель (гибель эмбриона) и 10–12 недель (экспульсия плодного яйца).

Привычное невынашивание беременности – наличие в анамнезе у женщины

International Conference on "Biological, Chemical and Medical Science"

Hosted Online from Stockholm, Sweden on October 25th, 2022.

www.conferencepublication.com

подряд 3-х и более самопроизвольных прерываний беременности. Классификация невынашивания беременности по срокам, в течение которых происходит прерывание беременности.

По определению ВОЗ, **невынашивание беременности (выкидыш)** – прерывание ее от момента зачатия до 22 недель, с 22 недель – преждевременные роды. Самопроизвольные выкидыши – потери беременности до 22 недель. Преждевременные роды – с 22 до 37 полных недель беременности с массой плода от 500 г:

- 22–27 недель – очень ранние преждевременные роды;
- 28–33 недели – ранние преждевременные роды; 34–37 недель – преждевременные роды.

По принятому в России определению, **невынашивание беременности** – прерывание ее от момента зачатия до 37 полных недель (259 дней от последней менструации). Самопроизвольное прерывание беременности в сроки от 22 до 27 недель не относят к преждевременным родам. Родившегося в этот период ребенка в случае смерти не регистрируют и данные о нем не вносят в показатели перинатальной смертности, если он не прожил 7 дней после родов. При таких самопроизвольных прерываниях беременности в акушерских стационарах предпринимают меры к выхаживанию глубоконедоношенного ребенка:

- ранние выкидыши (до 12 недель беременности);
- поздние выкидыши (12–22 недели);
- период прерывания беременности в сроки с 22 до 27 недель;
- период преждевременных родов – с 28 недель.

Несмотря на длительное изучение проблемы невынашивания, этиологические факторы, патогенетические механизмы самопроизвольного выкидыша до сих пор полностью не раскрыты. Основная трудность в определении непосредственной причины прерывания беременности связана с тем, что невынашивание является многофакторным процессом, в котором одни факторы могут иметь первостепенное значение, а другие будут являться фоном. На практике в конкретном клиническом случае разьединить их бывает достаточно сложно [11–13].

Очевидно, что причины невынашивания необходимо рассматривать в свете причин ухудшения репродуктивного здоровья в целом. Образ жизни современного человека, особенности его среды обитания, массивное воздействие вредных токсических факторов, низкий уровень состояния здоровья предполагают развитие хронической неспецифической интоксикации, оказывающей отрицательное влияние на реализацию всех функций организма, в т. ч. и репродуктивную.

International Conference on "Biological, Chemical and Medical Science"

Hosted Online from Stockholm, Sweden on October 25th, 2022.

www.conferencepublication.com

Среди причин невынашивания беременности выделяют генетические, анатомические, эндокринные, инфекционные, иммунологические и тромбофилические факторы. При исключении всех вышеперечисленных причин генез привычного выкидыша считают неясным (идиопатические).

По обобщенным данным мировой литературы, среди причин репродуктивных потерь около 7 % приходится на хромосомные аномалии, встречающиеся в 50 % выкидышей в I триместре [17]. Хромосомные нарушения могут приводить к нарушению беременности уже с момента гестации, хотя чаще всего выкидыши происходят в сроках до 11 недель беременности. Трисомия является самым распространенным хромосомным нарушением, чуть реже встречается моносомия X хромосомы (45X). Триплоидия встречается в 17 % выкидышей, обусловленных хромосомными нарушениями. В отличие от трисомии возникновение триплоидии не ассоциировано с возрастом матери. Хромосомные нарушения у родителей, приводящие к привычному невынашиванию, встречаются в 3–6 % случаев. Ни семейный, ни репродуктивный анамнез не могут с должной степенью достоверности исключить наличие хромосомных нарушений у семейной пары. Самыми распространенными хромосомными нарушениями, выявляющимися у семейной пары, являются сбалансированные транслокации, из которых 60 % приходится на реципроктные и 40 % на робертсоновские транслокации. У женщин в два раза чаще, чем у мужчин встречаются сбалансированные транслокации.

Большое значение в изучении патогенеза ранних гестационных потерь уделяется выявлению иммунологических нарушений, обусловленных алло- и аутоиммунными механизмами. Из всех иммунологических теорий, предложенных для объяснения причины привычного невынашивания беременности, только одна представляется наиболее достоверной. Это теория антифосфолипидного синдрома. Антифосфолипидные антитела относятся к иммуноглобулинам класса G и M и направлены против фосфолипидов, имеющих отрицательный заряд. Клинически наличие антифосфолипидных антител характеризуется тромбозами, тромбоцитопенией и прерыванием беременности чаще всего после 10 недель. Наличие антифосфолипидных антител в сочетании со следующими акушерскими осложнениями: самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, преждевременный разрыв плодных оболочек, мертворождение, внутриутробная задержка развития плода и преэклампсия – называется антифосфолипидным синдромом. Частота встречаемости антифосфолипидного синдрома у женщин с привычным невынашиванием беременности колеблется в зависимости от вида определяемых антитела, используемого метода и критериев оценки положительного результата. В среднем частота встречаемости этого синдрома составляет 3–5 % [11–13].

Согласно аллоиммунным механизмам, CD4⁺ Т-лимфоциты в зависимости от типа секретируемых цитокинов подразделяются на TH1 и TH2 Т-хелперы. TH1-клетки

International Conference on "Biological, Chemical and Medical Science"

Hosted Online from Stockholm, Sweden on October 25th, 2022.

www.conferencepublication.com

преимущественно секретируют интерферон-гамма, IL-2 и TNF-бета. TH2-клетки секретируют IL-10, IL-4, IL-5 и IL-6. Хотя TNF-альфа может секретироваться обоими типами клеток, чаще всего его продукция характеризует TH1 тип иммунного ответа. Плод может выступать в качестве мишени для локальной клеточной иммунной реакции, кульминацией которой является прерывание беременности. Конкретнее, у женщин, страдающих привычным невынашиванием, антигены трофобласта активизируют макрофаги и лимфоциты, что приводит к индукции клеточного иммунного ответа, регулируемого цитокинами TH1 клеток – INF-гамма и TNF, что приводит к прекращению развития эмбриона и роста и функционирования трофобласта. Так, повышенный уровень TNF и IL-2 в периферической крови обнаруживается только у женщин с невынашиванием беременности, но не у женщин с нормальной репродуктивной функцией. В среднем у 60– 80 % небеременных женщин, перенесших несколько спонтанных выкидышей, выявляются нарушения TH1 типа иммунного ответа на антигены трофобласта, в то время как менее чем у 3 % нормально вынашивающих беременность женщин наблюдаются такие же изменения.

Очень важно осознавать, что каждая прервавшаяся беременность наносит женщине не только психологическую травму, но и отрицательным образом сказывается на состоянии репродуктивной системы в целом, за счет последствий самого прерывания беременности, а также проведения инвазивных процедур. Таким образом, с каждой неудачной попыткой беременности происходит усугубление тех патологических процессов, которые приводят к невынашиванию, что все больше затрудняет решение этой проблемы.

В условиях неблагоприятной демографической ситуации, когда каждые пять лет на 20 % уменьшается число женщин, способных родить ребенка, особенно актуально сохранение и развитие беременности у супружеских пар, желающих иметь детей. Решение проблемы самопроизвольного выкидыша в супружеской паре в большинстве случаев имеет одностороннюю направленность, при которой мужской фактор учитывается недостаточно, что, безусловно, не способствует снижению уровня этой патологии. Проблема усугубляется еще и тем, что отсутствуют четкие критерии диагностики, коррекции, профилактики патологии мужской половой системы, способствующих закладке неполноценного эмбриона и неблагоприятному окончанию беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Доброхотова Ю.Э.* Актуальные вопросы невынашивания беременности. М., 2007. 96 с.
2. *Сидельникова В.М.* Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему // *Российский вестник акушера-гинеколога.* 2007. № 2. С. 62-65.

International Conference on "Biological, Chemical and Medical Science"

Hosted Online from Stockholm, Sweden on October 25th, 2022.

www.conferencepublication.com

3. *Сидельникова В.М., Сухих Г.Т.* Невынашивание беременности. М., 2010. 534 с.
4. *Баранов И.И., Серов В.Н.* Климактоплан в терапии климактерического синдрома // РМЖ. 2005. Т. 13. № 1. С. 11-14.
5. *Кулаков В.И., Серов В.Н., Шаранова О.В., Кира Е.Ф.* Этические и правовые аспекты акушерско-гинекологической помощи в современной России // Акушерство и гинекология. 2005. № 5. С. 3-8.
6. *Кулаков В.И.* Роль охраны репродуктивного здоровья населения России в решении демографических проблем // Врач. 2006. № 9. С. 3-4.
7. *Макаров О.В., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В.* Невынашивание беременности, инфекция, врожденный иммунитет. М.: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2007. 176 с.
8. *Серов В.Н., Сидельникова В.М., Жаров Е.В.* Привычное невынашивание беременности: современные представления о патогенезе, диагностике и лечении. М., 2008. С. 28-41.
9. *Стрижаков А.Н., Игнатко И.В.* Потеря беременности. М., 2007. 224 с.
10. *Радзинский В.Е., Запертова Е.Ю., Миронов А.В.* Прогнозы лечения невынашивания беременности в первом триместре прогестагенами // Гинекология. 2006. Т. 8. № 4. С. 35-37.