

Привычный выкидыш (год утверждения: 2022)

Привычный выкидыш – наличие у женщины двух и более клинических потерь беременности в сроках до 22 недель.

Первичный ПВ - выкидыши происходят, начиная с 1-й беременности, в анамнезе нет родов.

Вторичный ПВ - выкидыши происходят после, как минимум, одних родов.

Третичный ПВ - выкидыши предшествуют выношенной беременности, а затем вновь происходят после родов.

Клиническая картина: возможны жалобы, характерные для патологии, приводящей к реализации ПВ: на нарушения менструального цикла, боли внизу живота, дизурические явления, диспареунию, изменение характера выделений из половых путей, зуд в области наружных половых органов, нарушения функции соседних органов (при миоме матки больших размеров) и др. Возможны жалобы на отсутствие наступления беременности после ПВ, как проявление вторичного бесплодия.

Лабораторные исследования: На прегравидарном этапе - цитогенетическое исследование (кариотип), при наличии возможности забора тканей - цитогенетическое исследование abortивного материала в случае потери беременности, определение содержания антител к кардиолипину в крови, определение содержания антител к бета-2-гликопротеину в крови, определение волчаночного антикоагулянта в крови с целью диагностики АФС, исследование уровня тиреотропного гормона и определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови, исследование уровня пролактина в крови, определение уровня глюкозы в крови, общий (клинический) анализ крови и исследование уровня ферритина в крови, микроскопическое исследование влагалищных мазков, молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудители ИППП (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*), партнера пациентки направить на проведение спермограммы, молекулярно-генетическое исследование мутации G1691A в гене фактора, определение полиморфизма G20210A протромбина в гене фактора II свертывания крови, определение активности протеина S в крови, молекулярно-генетическое исследование мутации G1691A в гене фактора V, определение полиморфизма G20210A протромбина в гене фактора II свертывания крови, определение активности протеина S.

Инструментальные исследования: На прегравидарном этапе - УЗИ матки и придатков в раннюю фолликулярную фазу цикла и в секреторную фазу цикла с целью выявления патологии внутренних половых органов, определения толщины эндометрия, с ПВ неясного генеза на проведение гистеросальпингографии с целью оценки аномалий развития матки и образований в полости матки.

Во время беременности УЗ-цервикометрия с 15-16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1-2 недели с целью своевременной диагностики ИЦН

Лечение: При установлении причины лечение осуществляется согласно клиническим рекомендациям по соответствующим заболеваниям и состояниям.

Дидрогестерон или препараты прогестерона до 20 недель беременности; При подтвержденном АФС: препараты группы гепарина в профилактической дозе, начиная с установления факта маточной беременности до ее завершения и 6 недель послеродового периода - ацетилсалициловая кислота с 12 до 36 недель беременности по 100 мг/сутки;

На прегравидарном этапе пациентке с хроническим эндометритом, подтвержденном при гистологическом исследовании, рекомендована комплексная антибактериальная терапия - доксициклин, а в случае персистирующего эндометрита- ципрофлоксацин с / без метронидазолом.

Список литературы:

1. Савельева Г.М., Сухих Г.Т. С.В.Н. Акушерство. Национальное руководство. 2-е издание. 2018.
2. Козлова С.И., Демикова Н.С под ред. академика РАМН проф. Е.К.Г. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. 2007.
3. РОАГ. Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. 2019;
4. Долгушина Н.В., Ратушняк С.С., Сокур С.А., Глинкина Ж.И., Калинина Е.А. Риск анеуплоидии эмбрионов в программах вспомогательных репродуктивных технологий у мужчин с патозооспермией (мета-анализ). Акушерство и гинекология. 2012;
5. Чалый М.Е., Ахвледиани Н.Д., Харчилава Р.Р. Мужское бесплодие. Российские клинические рекомендации. Урология. 2016;
6. Сухих Г.Т., Трофимов Д.Ю., Барков И.Ю., Донников А.Е. Ш.Е.С., Коростин Д.О., Екимов А.Н., Гольцов А.Ю., Бахарев В.А. К., Н.А., Боровиков П.И., Тетруашвили Н.К., Ким Л.В., Павлович С.В. С., К.Г., Прохорчук Е.Б., Мазур А.М. П.К.С. Неинвазивный пренатальный ДНК-скрининг анеуплоидий плода по крови матери методом высокопроизводительного секвенирования. Акушерство и гинекология. 2016;