Звичне невиношування вагітності: висновок комітету Американського товариства репродуктивної медицини*

Резюме
У документі розглядаються сучасні стратегії діагностики та лікування при звичному невиношуванні вагітності. Він замінює попередній документ під назвою «Діагностика та лікування при звичному невиношуванні вагітності: висновок комітету», що був опублікований у 2012 році.
Ключові слова: *звичне невиношування вагітності, викидень, жіноча фертильність, чоловіча фертильність, генетика.*

Американське товариство репродуктивної медицини (ASRM) визначає звичне невиношування вагітності (ЗНВ) як самовільну втрату двох або більше вагітностей, за винятком підтверджених випадків молярної або ектопічної вагітності. Для підтвердження настання вагітності достатньо визначення хоріонічного гонадотропіну людини у сечі або крові. Підтвердження за допомогою ультразвукового або гістологічного дослідження тканин не є обов'язковим, оскільки доступ різних груп пацієнток до ультразвукового дослідження та медичної допомоги на ранніх термінах вагітності варіює залежно від популяції пацієнток. Крім того, встановлено, що біохімічні втрати вагітності так само впливають на ризик повторної втрати, як і клінічні втрати, що підтверджує доцільність включення біохімічних втрат вагітності до визначення ЗНВ [1–3]. Звичне невиношування вагітності — це патологія, відмінна від непліддя, і потребує специфічних підходів до обстеження й тактики ведення. У науковій літературі немає узгодженого визначення викидня (або спонтанного аборту): втратою вагітності вважають її переривання до 20 або 22 тижнів. У цьому документі застосовуватиметься межа до повних 22 тижнів, що відповідає Міжнародному глосарію з непліддя та надання допомоги у сфері фертильності [4]. Втрата вагітності після 22 тижнів вважається мертвонародженням або внутрішньоутробною загибеллю плода, виходить за межі цього документа та розглядається в окремій консенсусній настанові Американського коледжу акушерів і гінекологів (ACOG) та Товариства медицини матері та плода [5, 6].

Приблизно 50–60 % викиднів у першому триместрі зумовлені ембріональною анеуплоїдією [7]. Спорадична анеуплоїдія тісно пов'язана з віком матері. Анеуплоїдія відіграє меншу роль у втратах вагітності в другому і третьому триместрах та у випадках мертвонародження: її виявляють у 20 % мертвонароджених плодів на 22-му тижні вагітності, у 6 % мертвонароджених доношених дітей та у 0,1–5 % живонароджених доношених дітей [8]. Порівняно з жінками, які мали один викидень, у пацієнток зі ЗНВ вища ймовірність викидня з еуплоїдним каріотипом ембріона. Зі збільшенням кількості викиднів імовірність еуплоїдного викидня зростає. Великі обсерваційні когортні дослідження свідчать, що жінки зі ЗНВ мають підвищений ризик розвитку в подальшому низки серйозних захворювань, зокрема серцево-судинних хвороб, інсульту, цукрового діабету, автоімунних захворювань і розладів психічного здоров'я [9]. Отже, у разі повторних викиднів необхідне комплексне оцінювання стану здоров'я матері та батька, особливо якщо в ≥ 1 випадку встановлено еуплоїдію; такі втрати визначають як «нез'ясовані». Визначення ЗНВ не вимагає, щоб викидні були послідовними, оскільки переконливого зв'язку між послідовними викиднями та відомими чинниками ризику звичного невиношування вагітності не встановлено. Водночас клініцистам рекомендується керуватися професійним судженням, вирішуючи, коли розпочинати часткове або повне обстеження у разі непослідовних викиднів. Обмежені дані одного обсерваційного когортного дослідження свідчать, що після послідовних викиднів прогноз щодо живонародження гірший, ніж після непослідовних [10]. Травматичність цього діагнозу спонукає пацієнтів і медичних працівників шукати пояснення та вдаватися до неперевірених методів лікування. Однак консультування щодо природного явища повторних викиднів є важливою складовою медичної допомоги та обов'язком медичного працівника, оскільки у 50–80 % пацієнток наступна спроба завагітніти буде успішною без будь-яких специфічних втручань [11, 12]. Хоча за відсутності високоякісних даних ASRM підтримує спільне прийняття рішень лікарем і пацієнтом, надання допомоги пацієнткам із цією багатофакторною патологією має передбачати доказовий підхід у сприятливому та підтримувальному середовищі, щоб мінімізувати ризик заподіяння шкоди внаслідок застосування неперевірених методів лікування.

* Опубліковано вперше в Fertil Steril., Volume 125, Issue 6, P. 1023–1041, June 2026
https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2026.03.001