

Секция «Фундаментальная медицина»

Роль эхографии в прогнозировании риска потери беременности в первом триместре

Дубровина И.Н.¹, Макухина В.В.²

*1 - Кубанский государственный медицинский университет, лечебный факультет, 2 - Кубанский государственный медицинский университет, лечебный факультет, Краснодар, Россия
E-mail: zyx_@mail.ru*

До 20% беременностей заканчиваются спонтанным прерыванием, при этом на долю I триместра приходится до 75–80%. [2]. В каждом конкретном случае необходима индивидуальная оценка риска потери беременности. **Цель:** изучить прогностическую ценность ультразвуковых маркеров потери беременности в ранних сроках. **Материалы и методы:** ретроспективное обсервационное когортное исследование пациенток, находившихся на лечении в гинекологическом отделении ГКБ №1 в апреле-декабре 2012 г. с осложненным течением беременности. Критерии включения (n=253): угрожающий, самопроизвольный выкидыш и/или рвота беременных в сроках 6-12 недель, визуализируемый эмбрион/плод по данным ультразвукового исследования (УЗИ), возможность отследить прогрессирование беременности в сроках 12-14 недель по истории болезни или при телефонном опросе. Критерии исключения (n=11): многоплодная беременность. Итого – n=242. Анализировались возраст пациенток и данные протоколов УЗИ. По исходу 1 триместра выделены две группы: 1 – беременность прогрессирует (n=163), 2 – беременность прервалась (n=79). **Результаты:** средний возраст пациенток составил в 1 группе 25 (16-39) лет, во 2 группе – 34 (24-48) года (p<0,05). Анализ УЗ-маркеров показал: частота сердечных сокращений (ЧСС) эмбриона/плода в 1 группе составила 130±32 уд/мин (во всех случаях выше 98), во 2 группе - достоверно ниже: 95±18 уд/мин (p<0,04). ЧСС плода < 95 уд/мин позволяла прогнозировать риск потери беременности с чувствительностью (Ч)–95%, специфичностью (С)–86%. Копчико-теменной размер плода (КТР) в 1 группе соответствовал менструальному сроку гестации (МСГ) в 100%, во 2 группе в 65% отставал от МСГ более чем на 10 дней. Средний внутренний диаметр плодного яйца (ДПЯ) в 1 группе соответствовал МСГ в 87%, во 2 группе в 72% отставал от МСГ более чем на 10 дней. Несоответствие этих показателей МСГ прогнозировало риск выкидыша с Ч-80% и С-79%. Отношение КТР/ДПЯ в 1 группе соответствовало процентильным таблицам [1] в 100%, во второй группе в 46% выходило за расчетные нормы для данного срока гестации. Ретрохориальная гематома в 1 группе лоцировалась в 82%, во 2 группе – в 92%; её площадь в 1 группе составила от 1/5 до 1/3 площади хориона, ни в одном случае не превышала 1/2, во 2 группе у 33% - от 1/3 до 2/3 площади хориона. Этот УЗ-маркер прогнозировал потерю беременности с Ч-65% и С-58%. Диаметр желтого тела в 1 группе составил 21±4 мм, во 2 – 16±5 мм, не визуализируемое жёлтое тело в обеих группах описано в 22%; кистозная и гиперэхогенная структура жёлтого тела встретилась в 1 группе в 15% случаев, во 2 группе – в 20%. Оценка желтого тела в прогнозировании неблагоприятного исхода показала Ч-47%, С-55%. Сочетание данных ЧСС плода, соответствия КТР и отношения КТР/ДПЯ сроку гестации, возраста пациентки прогнозировало неблагоприятный исход 1 триместра беременности с Ч-88% и С-92%. Включение в анализ данных о нали-

чии и размерах ретрохориальной гематомы и экоструктуры желтого тела не повышало предсказательной ценности исследования. **Выводы:** возраст пациентки – независимый фактор риска потери беременности, анализ данных УЗИ позволяет выделить маркеры высокого риска потери беременности для оптимизации лечебной тактики.

Литература

1. Ультразвуковая фетометрия: справочные таблицы и номограммы. Под ред. М.В.Медведева – 2-е изд. М., РАВУЗДПГ, Реальное Время, 2002. – 80 с.
2. Hill JA, Choi BC. Maternal immunological aspects of pregnancy success and failure. J Reprod Fert Suppl 2000; 55: 91–7.