

ASRM Practice Committee Opinion 2026: Recurrent Pregnancy Loss

Звичне невиношування вагітності: Клінічні рекомендації (Гайдлайн)

Адаптований офіційний документ для фахівців та пацієнтів. Підготовлено медичною командою Репродуктивної клініки Вікторії Гудзяк — першої в Україні клініки персоналізованої репродуктології, гінекології, урології та ембріології. Експертний підхід до побудови вашої індивідуальної Архітектури здоров'я.

1. Визначення та загальні відомості

- **Офіційне визначення:** ASRM визначає звичне невиношування вагітності (ЗНВ) як спонтанну втрату двох і більше вагітностей (виключаючи міхуровий занесок та позаматкову вагітність).
- **Критерії підтвердження:** Діагноз підтверджується тестом на ХГЛ у сечі або крові; ультразвукове або гістологічне підтвердження не є обов'язковим. Біохімічні втрати вагітності офіційно включаються у визначення ЗНВ.
- **Термінологічні межі:** Втрата вагітності до 22 тижнів класифікується як викидень; після 22 тижнів — мертвонародження.
- **Прогноз:** 50–80% пацієток із ЗНВ успішно виношують наступну вагітність без будь-якого специфічного лікування. Детальне консультування про природний перебіг ЗНВ — ключовий обов'язок лікаря.

2. Генетичне дослідження матеріалу викидня

- **Статистика патологій:** 50–60% викиднів у I триместрі зумовлені анеуплоїдією (хромосомною аномалією) ембріона. У жінок із ЗНВ ймовірність еуплоїдного (здорового) викидня вища, ніж при поодинокому викидні, і наростає з кількістю втрат.
- **Рекомендований метод:** Перевага надається мікроматрицям (ACGH, SNP-масиви) або NGS — вони перевершують традиційний каріотип за швидкістю, не потребують культури клітин і виявляють мікрodelеції/дуплікації <5 Мб.
- **Клінічні консенсуси:** ASRM, ESHRE та ACOG рекомендують хромосомний аналіз матеріалу викидня як перший крок обстеження при ЗНВ. Дослідження пропонується всім пацієнткам із другим викиднем або з анамнезом ЗНВ.
- **Алгоритм дій:** Якщо викидень анеуплоїдний — повне обстеження з приводу ЗНВ можна не проводити; якщо еуплоїдний або без дослідження — показано розширене

обстеження.

3. Оцінка порожнини матки

- Вроджені аномалії матки зустрічаються у жінок із ЗНВ значно частіше, ніж у загальній популяції (13,3% vs 5,5%). Набута внутрішньоматкова патологія (поліпи, міоми, синехії) також асоційована із ЗНВ.
- **Діагностика:** Соногістерографія (СГГ) має вищу чутливість і специфічність, ніж ГСГ або діагностична гістероскопія. 3D-УЗД — найточніший метод (97,6%).
- **Показання:** Оцінка порожнини матки показана всім жінкам із необґрунтованим ЗНВ; при анеуплоїдних викиднях — за показаннями.
- **Втручання:** При наявності перегородки матки та ЗНВ рекомендується гістероскопічна метропластика (в рамках спільного прийняття рішень).
- **НЕ рекомендується:** хірургічна корекція дугоподібної, дворогої або однорогої матки — немає достатніх даних про доцільність.

4. Каріотип батьків

- Рутинний каріотип батьків може пропустити дрібні хромосомні перебудови. ESHRE та RCOG рекомендують каріотипування батьків тільки після виявлення незбалансованої перебудови в матеріалі викидня або при відсутності дослідження матеріалу плода.
- Носіям збалансованих транслокацій показана обов'язкова консультація генетика з обговоренням варіантів IVF (ЕКЗ) + ПГТ-СР, самостійного зачаття або донорських гамет.

5. Антифосфоліпідний синдром (АФС)

АФС — набута тромбофілія, що діагностується при поєднанні клінічних критеріїв та персистуючих антифосфоліпідних антитіл (АФА) (не менше 2 вимірювань з інтервалом >12 тижнів).

Антитіло	Клас антитіл	Порогове значення
Вовчаковий антикоагулянт (ВАК)	—	За офіційними критеріями ISTH

Антитіло	Клас антитіл	Порогове значення
Антикардіоліпінові антитіла (аКЛ)	IgG / IgM	>40 GPL/MPL или >99-го перцентиля
Анти- β 2-глікопротеїн 1 (анти-B2GPI)	IgG / IgM	>99-го перцентиля

- **НЕ рекомендується:** тестування на антифосфоліпідні антитіла при всіх анеуплоїдних викиднях.
- **Доказове лікування:** низькодозований аспірин до зачаття + профілактична доза гепарину/НМГ при настанні вагітності.

6. Функція щитоподібної залози

- Явний гіпотиреоз підвищує загальний ризик викидня до 60%. Скринінг ТТГ показаний усім жінкам із ЗНВ при еуплоїдному викидні або без дослідження матеріалу.
- Явний гіпотиреоз вимагає обов'язкового лікування левотироксином. Субклінічний гіпотиреоз (ТТГ >4 мЕД/л) + ЗНВ — лікування левотироксином повністю обґрунтоване.
- **НЕ рекомендується:** ізольований скринінг антитіл до ТПО — великі РКД не показали користі лікування левотироксином у еутиреоїдних жінок з аутоімунітетом ЩЗ.

7. Хронічний ендометрит

- Золотий стандарт діагностики — біопсія ендометрія з ІГХ-фарбуванням на CD138.
- **НЕ рекомендується:** рутинне призначення антибіотиків (доксидикліну) при хронічному ендометриті у пацієнок із ЗНВ (велике РКД CERM не виявило статистично значущого зниження частоти викиднів).

8. Чоловічий фактор

- Стандартні параметри спермограми не є вірогідним предиктором ЗНВ.
- Тест на фрагментацію ДНК сперматозоїдів рекомендований при необґрунтованому ЗНВ або поєднанні ЗНВ із безпліддям у парі.

9. Цукровий діабет та інсулінорезистентність

- Некомпенсований ЦД та підвищений HbA1c прямо пов'язані із ЗНВ. Компенсований ЦД не є фактором ризику. СПКЯ, ожиріння та інсулінорезистентність асоційовані з підвищеним ризиком втрати саме еуплоїдного ембріона.
- Призначення метформіну обґрунтоване при СПКЯ + інсулінорезистентність + необґрунтоване ЗНВ.

10. Прогестерон

- Вагінальний прогестерон може бути запропонований на ранніх термінах вагітності при появі кров'янистих виділень та/або необґрунтованому рецидивуючому ЗНВ у рамках спільного прийняття рішень.
- **НЕ рекомендується:** рутинне вимірювання рівня прогестерону в крові та емпіричне заповнення при самостійному зачатті без клінічних показань.

11. ПГТ-А (Преімплантаційне генетичне тестування ембріонів)

- ПГТ-А **НЕ знижує** ризик викидня і **НЕ збільшує** загальну частоту живонароджень при ЗНВ у порівнянні з вичікувальною тактикою.
- У жінок старше 40 років із підтвердженим еуплоїдним викиднем в анамнезі обговорення ПГТ-А є обґрунтованим.

12. Спадкові тромбофілії

- Поширеність спадкових тромбофілій при ЗНВ не перевищує показники загальної популяції.
- **НЕ рекомендується:** рутинний скринінг на спадкові тромбофілії (фактор V Лейден, мутація протромбіну, MTHFR, протеїн C/S, anti-тромбін III, гомоцистеїн) та емпіричне призначення антикоагулянтів / аспірину за відсутності підтвердженого АФС.

13. Зведена таблиця: Що НЕ рекомендовано при ЗНВ

Дослідження / Втручання	Клінічний коментар / Позиція доказової медицини
Скринінг НК-клітин	Немає стандартизованих методів; немає доведеної користі лікування.
Імуномодуюча терапія (ВВІГ, інтраліпіди, преднізолон)	Не рекомендована поза офіційними дослідницькими протоколами.
Антитіла до щитоподібної залози (анти-ТПО)	Лікування еутиреоїдних жінок не має клінічної користі (дані великих РКД).
Тестування рецептивності ендометрія (ERA)	Не рекомендується — доказова база повністю відсутня.
Тестування мікробіому (Mycoplasma, Ureaplasma)	Не рекомендується — відсутня доказова база.
Скринінг оваріального резерву (АМГ, ФСГ)	Зв'язок із ЗНВ не доведений, ефективних втручань на основі цифр немає.
Пролактин (рутинно)	Тільки при виражених симптомах гіперпролактинемії (галакторея, ановуляція).
Лікування ендометріозу та аденоміозу	Не доведена користь безпосередньо для профілактики ЗНВ.
Спадкові тромбофілії (скринінг)	Антикоагулянти не покращують результати за даними масштабних РКД.

14. Спосіб життя та преконцепційна підготовка

- Повна відмова від куріння настійно рекомендована обом партнерам (куріння

підвищує ризики викиднів).

- Алкоголь (>3 порцій/тиждень) та кофеїн (>99 мг/добу) слід суворо обмежити до зачаття.
- Ожиріння виступає незалежним фактором ризику; рекомендована індивідуальна корекція ваги.
- Прийом фолієвої кислоти, здоровий спосіб життя, корекція коморбидних станів (гіпертонія, автоімунні хвороби) — стандарт преконцепційної підготовки.

15. Психологічна підтримка та програма «Tender Loving Care»

- Психологічна підтримка — невід'ємна частина ведення пар із ЗНВ для обох партнерів. Клінічна депресія зустрічається у 5 разів частіше, ніж у загальній популяції.
- Програма активного супроводу та турботи («Tender Loving Care» з щотижневими оглядами) збільшувала частоту живонароджень з 36% до 85% у дослідженнях.
- **Головний меседж для пацієнтів:** найчастіша причина викидню — спонтанна генетична аномалія ембріона (це не провина пацієнтки).