

АКТУАЛЬНЫЕ СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Росюк Елена Александровна – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ, врач акушер-гинеколог АО «Центр семейной медицины», Екатеринбург 2019

Зав кафедрой – д.м.н., профессор Обоскалова Т.А.



**ПОЧЕМУ ДО СИХ ПОР
НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
ТАК АКТУАЛЬНО...?**

Невынашивание беременности. Обзор последних данных...

- МАРС «Прегравидарная подготовка», 2016
- Приказ № 572 –н
- Клинические рекомендации «Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения»
- Клинический протокол «Истмико-цервикальная недостаточность»
- Выступление Ашер Башири, Университет Бен-Гуриона в Негеве
- Доклады с последних конференций Статус Презентс

Невынашивание беременности

- От 20 до 80 % по данным разных авторов
- «Старение» населения
- 30 % беременностей – это «хромосомный» сброс
- В 50 % случаев окончательная причины невынашивания беременности остается загадкой
- 30 % женщин РФ имеют лишний вес

**ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ
НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА
СЕГОДНЯ**

Невынашивание беременности. Причины

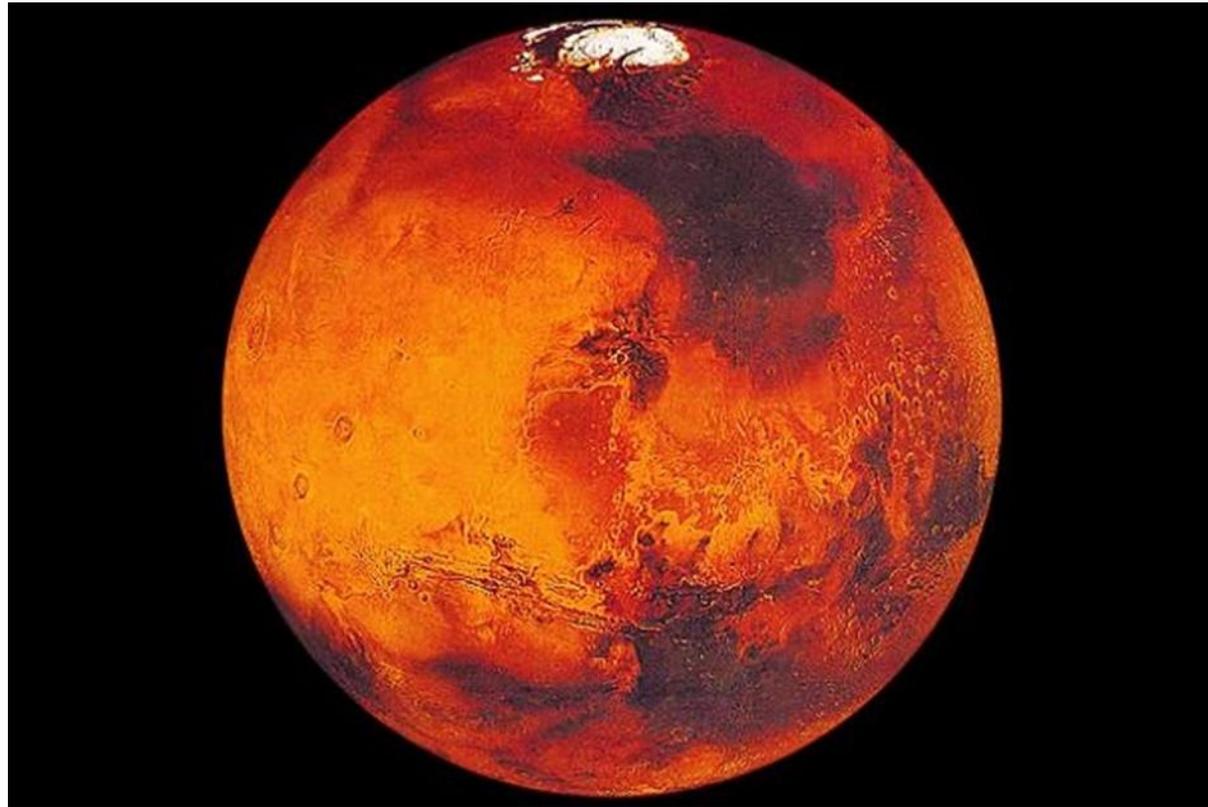
- Хромосомные аномалии
- Эндокринные нарушения (патология щитовидной железы, сахарный диабет, ожирение...)
- Антифосфолипидный синдром
- Пороки развития половых органов
- Мужской фактор

Невынашивание беременности

Алгоритм оказания помощи

- 1 потеря – НИЧЕГО НЕ ДЕЛАТЬ!

Клинический протокол Прегравидарная подготовка, 2016 МАРС



Невынашивание беременности

Алгоритм оказания помощи

- 2 потери и более – ОБСЛЕДОВАНИЕ!

Невынашивание беременности

Алгоритм оказания помощи

- 2 и более потери:
- Кариотипирование мужчины и женщины
- Обследование на инфекции, передающиеся половым путем
- Кровь на гормоны
- Спермограмма мужа
- Обследование на АФС
- Генетические тромбофилии в сочетании с результатом гистологии эндометрия (пайпель биопсия)
- Д-димеры – актуально смотреть только до 5-6 недель беременности, затем он повышается
- УЗИ органов малого таза на 5-7 день цикла (исключение внутриматочной патологии), при необходимости – гистероскопия

АФС и невынашивание (один критерий)

- Сосудистый тромбоз в анамнезе
- Невынашивание (от 10 нед, ПР от 34 нед, 3 самопроизвольных выкидыша)
- Лабораторные критерии (ВА, ат к кардиолипинам, ат к гликопротеинам)
- ГЕМАТОЛОГ обязательно!!!

АФС и невынашивание (один критерий)

- При обнаружении ат к фосфолипидам – низкомолекулярные гепарины с ацетилсалициловой кислотой (54 % эффективность)
- Монотерапия аспирином не доказана
- Преднизолон не улучшает исход беременности, повышает вероятность АГ, ГСД
- Не рекомендовано: НLAтипирование, АСАТ, цитокины

Наследственная тромбофилия

- Только по показаниям
- К тромбофилиям высокого риска относят гомозиготные мутации генов G1691A (фактора V, лейденская мутация) и G20210A (фактора II, протромбина) либо их сочетание.
- Тромбофилиями низкого риска признаны умеренный дефицит антитромбина, протеинов C и S, АФС, гипергомоцистеинемия, а также гетерозиготные мутации генов G1691A (фактора V, лейденская мутация) и G20210A (фактора II, протромбина)

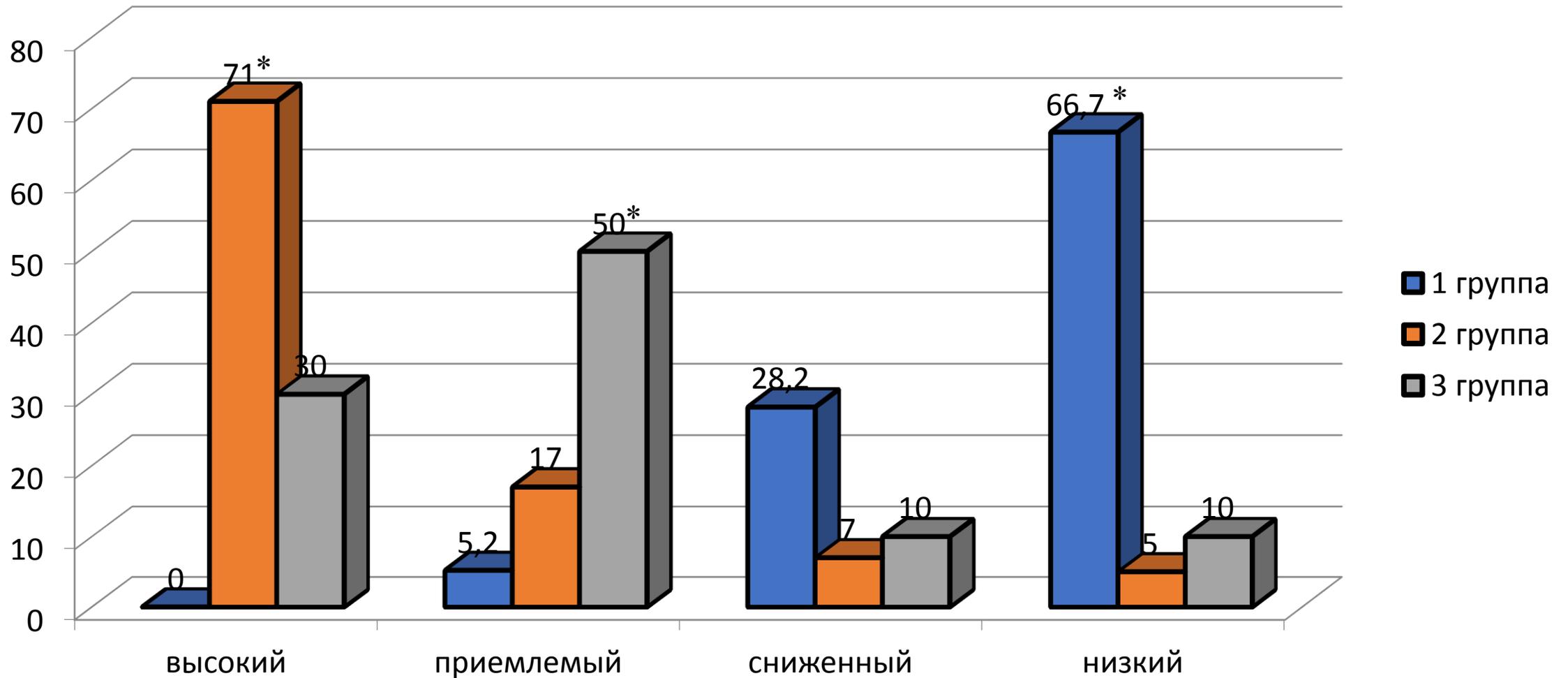
Невынашивание беременности

Тактика

- 2 и более потери:
- Мотивация на раннее становление родителями (чем моложе женщина, тем лучше прогноз)
- Повышение невротического уровня на этапе прегравидарной подготовки (но нужно действовать)
- Снижение массы тела при наличии избытка
- После потери беременности планирование следующей через 3-6 месяцев (ждать 2 года – это очень долго)

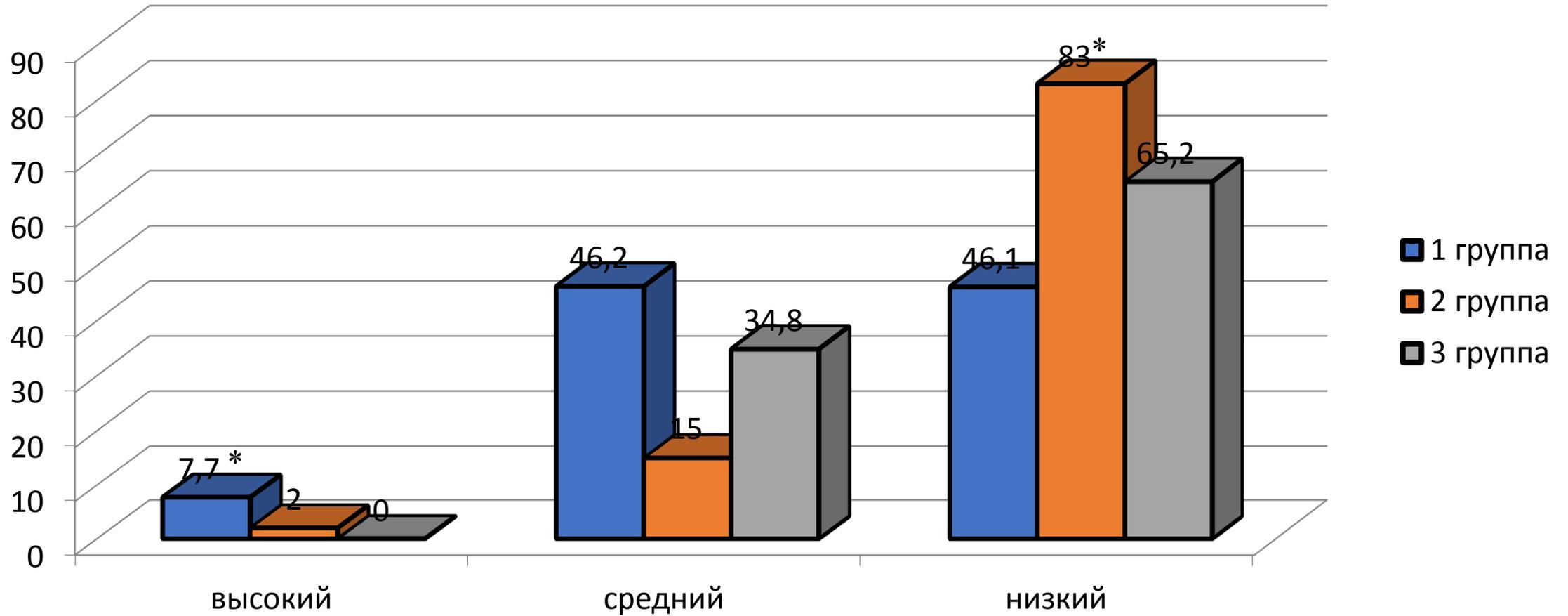
Степень выраженности уровня субъективного комфорта у женщин исследуемых групп (%)

(* - уровень значимости различий, $p < 0,05$)



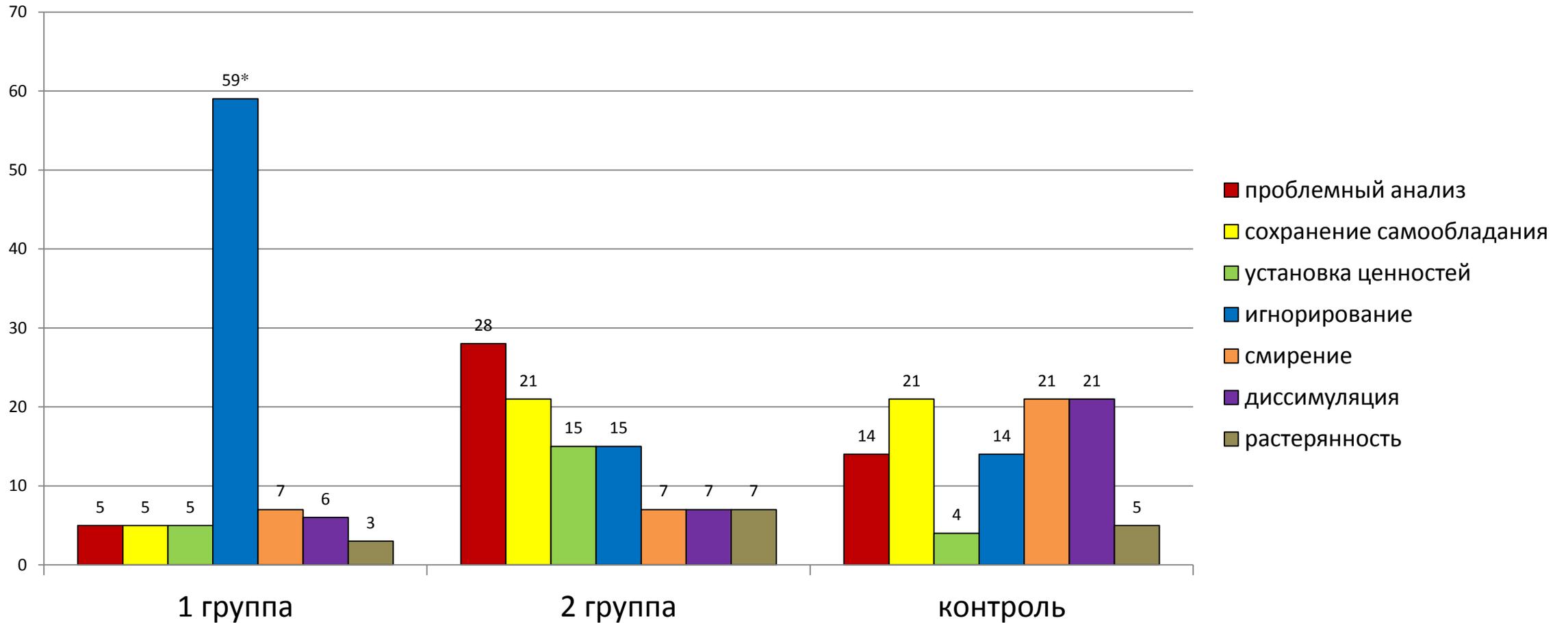
Оценка уровня невротизации у пациенток исследуемых групп (%)

(* - уровень значимости различий, $p < 0,05$)



Основные когнитивные копинг-стратегии у женщин исследуемых групп (%)

(* - уровень значимости различий, $p < 0,05$)



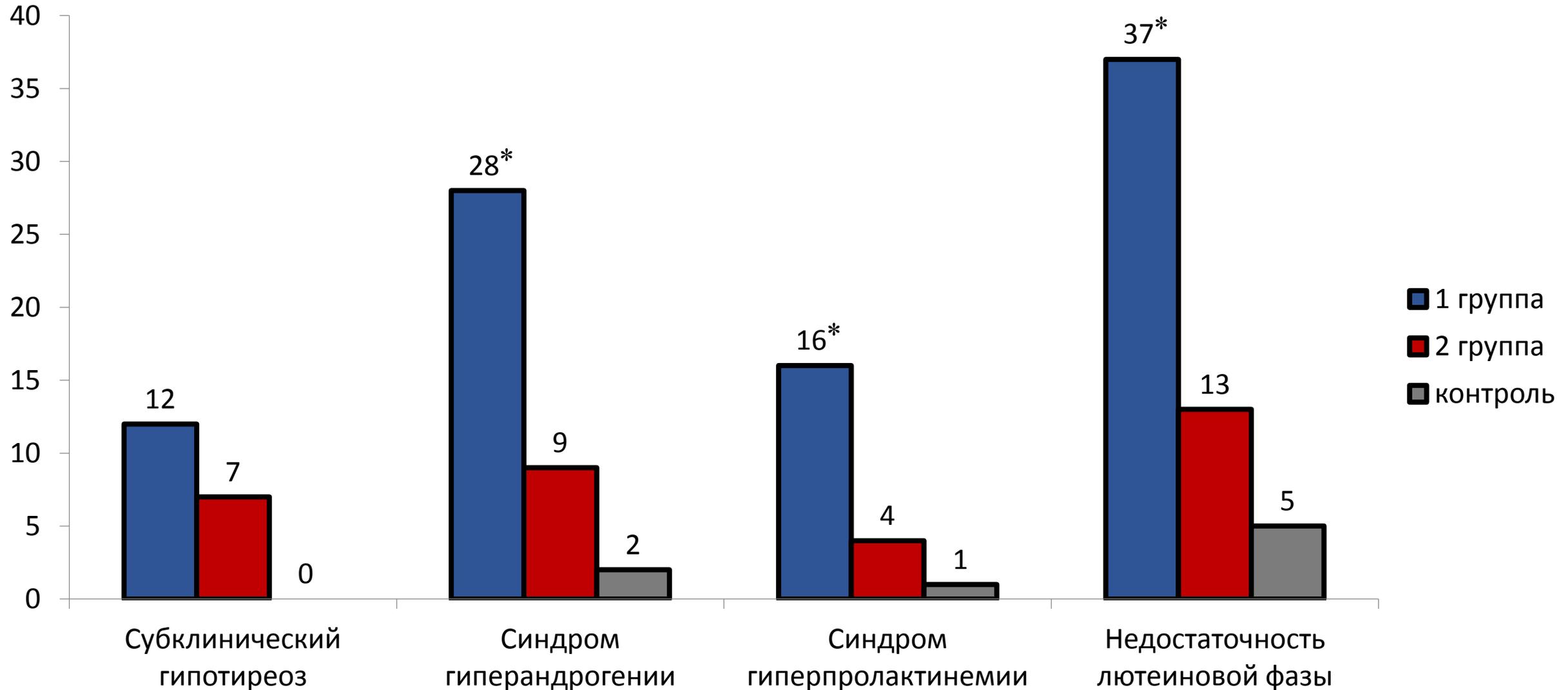
Невынашивание беременности

Алгоритм оказания помощи

- 2 и более потери:
- Генетическое исследование абортуса дает гораздо больше информации по сравнению с кариотипированием родителей
- Скрининг на наследственные тромбофилии мало информативен
- Иммунология – мало конкретики
- Применение низкомолекулярных гепаринов не снижает риск привычной потери беременности
- АФС: аспирин до планирования беременности. Гепарины при беременности

Эндокринная патология у женщин исследуемых групп на этапе прегравидарной подготовки, %

(* - уровень значимости различий, $p < 0,05$)



Невынашивание беременности

Алгоритм оказания помощи

- 2 и более потери:
- А если причина известна, например, истмико-цервикальная недостаточность...

Стратегия врача

Женщины с анамнезом ИЦН или укорочением/дилатацией шейки матки без родовой деятельности.

Женщины в I или начале II триместра беременности, имеющие 3 и более поздних выкидышей и/или ПР

Вагинальный серкляж

При неудаче вагинального серкляжа при предыдущей беременности или при наличии измененных тканей ШМ предложить абдоминальный серкляж

1 или 2 потери беременности или ПР

Выжидательная тактика
Динамическая цервикометрия

Если длина ШМ менее 25 мм в сроке менее 24 недель беременности – серкляж или **терапия прогестероном** или в сроке 23-3-нед пессарий

Дилатация шейки матки

Немедленный серкляж при отсутствии родовой деятельности и хориоамнионита

При наличии схваток – ведение ПР
решение вопроса о токолизе или кортикостероидах

Укорочение шейки матки без анамнеза

Прогестерон



- При одноплодной беременности, ПР в анамнезе и короткой шейке матки применение прогестерона, пессария и серкляжа имеют сходную эффективность!
- При этом серкляж связывают с увеличением материнской заболеваемости, частоты медицинских вмешательств, респираторного дистресс-синдрома у новорожденных, инфекционных осложнений (материнского сепсиса), ПРПО, разрыва шейки матки в родах (11-14%)
- **Преимущества прогестерона** в сравнении с пессарием и серкляжем **для первичной профилактики ПР при одноплодной беременности у женщин из группы риска** (особенно ПР в анамнезе) уменьшение риска ПР в сроки менее 34 недель и менее 37 недель и других неблагоприятных последствий, включая смерть новорожденного подтверждены в метаанализах 2016 и 2018 г.
- При многоплодной беременности **применение прогестерона трансвагинального снижает частоту ПР, неонатальной заболеваемости и смертности у женщин с короткой шейкой матки**

Праджисан

Натуральный микронизированный прогестерон, капсулы 100 мг № 30, 200 мг № 10

Радость материнства — мечта становится реальностью

Обеспечивает
2 пути введения



Перорально



Вагинально

Праджисан

Натуральный микронизированный прогестерон, капсулы 100 мг № 30, 200 мг № 10



Праджисан - мировые традиции качества GMP от крупнейшего фармацевтического производителя Индии – фармацевтической компании Сан Фарма

ПРАДЖИСАН

- Изменения в инструкции (от 06.12.2018 года):
- Пероральный путь введение – угрожающий аборт или предупреждение привычного аборта вследствие недостаточности прогестерона
- В разделе Способ применения и дозы, в подраздел Пероральный путь введения: в случае угрожающего аборта или в целях предупреждения привычного аборта вследствие недостаточности прогестерона: 200-600 мг в сутки ежедневно в I и во II триместрах беременности

Невынашивание беременности

Алгоритм оказания помощи

- 2 и более потери:
- Коррекция гипотиреоза – рекомендуемый уровень ТТГ – до 2,5
- Дефицит витамина Д – фактор риска рождения маловесных детей и преждевременных родов
- Допустимо назначение преднизолона в малых дозах для снижения выработки аутоантител (до 20 недель беременности)
- При привычном невынашивании прогестерон с этапа прегравидарной подготовки
- Отказ от алкоголя, курения, избыточной физической активности

