

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневич
04.10.2013
Регистрационный № 059-0513

**КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ТАКТИКА
ВЕДЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический центр
«Мать и дитя»»

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доц. А.Н. Барсуков, Т.П. Ващилина, А.М. Камлюк

Минск 2013

Настоящая инструкция по применению (далее — инструкция) разработана для оказания помощи женщинам, беременность и роды которых наступили после применения методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ): экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов (ИЦИС), донорства гамет, суррогатного материнства, искусственной инсеминации.

Инструкция предназначена для врачей акушеров-гинекологов.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Беременность и роды после применения методов вспомогательных репродуктивных технологий.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Отсутствуют.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Все беременные после ВРТ имеют высокий риск развития акушерской и перинатальной патологии.

Акушерские и антенатальные осложнения:

1. Наиболее часто беременность у женщин после ВРТ сопровождается развитием следующей акушерской патологии:

1.1. Угроза прерывания беременности (частичная отслойка хориона в I триместре беременности отнесена в рубрику: «угрожающий аборт» (O20.0) и «другие кровотечения в ранние сроки беременности» (O20.8)).

1.2. Преждевременные роды (O60).

1.3. Истмикоцервикальная недостаточность (ИЦН), требующая предоставления медицинской помощи матери (O34.3).

1.4. Гиперстимуляция яичников (N 98.1).

1.5. Гестоз (вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии (O12), вызванные беременностью отеки (O12.0), протеинурия (O12.1), отеки с протеинурией (O12.2), гипертензия без значительной протеинурии (O13), гипертензия со значительной протеинурией (O14)).

1.6. Многоплодная беременность (беременность двойней (O30.0), беременность тройней (O30.1), беременность четверней (O30.2)).

1.7. Биохимические отклонения, выявленные при антенатальном обследовании матери (O28.1).

1.8. Гематологические отклонения, выявленные при антенатальном обследовании матери (O28.0).

1.9. Анемия, осложняющая беременность (O99.0).

2. Антенатальная патология:

2.1. Хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН), внутриутробная гипоксия плода (ВГП) (O36.3).

2.2. Недостаточный рост плода (O36.5).

2.3. Ягодичное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери (O32.1).

2.4. Многоплодная беременность с неправильным предлежанием одного или нескольких плодов, требующая предоставления медицинской помощи матери (О32.5).

2.5. Внутриутробная гибель плода (О36.4).

Особенности анамнеза женщин, у которых беременность наступила после применения ВРТ:

1. Отягощенный акушерский и гинекологический анамнез.
2. Возрастные первородящие.
3. Генитальные факторы бесплодия (эндометриоз, СПКЯ).
4. Хроническая экстрагенитальная патология (включающая заболевания гепатобиллиарной, сердечно-сосудистой, эндокринной систем).

Особенности течения беременности, наступившей в результате применения методов вспомогательных репродуктивных технологий:

1. Тенденция к невынашиванию.

2. Многоплодная беременность.

3. Гормональная нагрузка.

4. Неустраненная причина бесплодия.

Основные направления ведения беременности после ВРТ:

1. Преодоление невынашивания беременности.

2. Своевременная редукция эмбрионов (при наличии трех и более плодов).

3. Тщательное наблюдение и специфическая терапия нарушений, связанных с наличием двойни.

4. Раннее выявление ВПР плода.

5. Ранняя профилактика плацентарной недостаточности.

6. Профилактика РДС плода.

Особенности ведения беременности у женщин после ВРТ:

1. Беременные после ВРТ относятся к группе высокого риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений.

2. С момента взятия на учет по беременности в женской консультации пациентку следует отнести в группы риска по невынашиванию беременности, развитию фетоплацентарной недостаточности, гестоза.

3. Гормональная поддержка беременности, наступившей в результате ВРТ, начинается с самых ранних сроков, сразу после переноса эмбрионов в матку женщины. Доза гестагенных и эстрогенных препаратов назначается врачом-репродуктологом.

4. Женщины, у которых беременность наступила при повторной попытке применения метода ВРТ или имеющие экстрагенитальную патологию, нуждаются в госпитализации до 10–12 недель беременности.

5. Рекомендуются профилактическая госпитализация женщин после ВРТ в критические сроки: 15–16, 20–22 и 28–32 недели с целью своевременного выявления осложнений, а также в индивидуальные сроки прерывания предыдущих беременностей.

6. Своевременная профилактика РДС плода и новорожденного (при успешном токолизе преждевременных родов или досрочном родоразрешении).

Дополнительное обследование в течение беременности после ВРТ

Для ранней диагностики акушерских и перинатальных осложнений у

беременных после ВРТ рекомендованы дополнительные методы обследования:

1. Контроль уровня прогестерона, эстрадиола в крови каждые 4 недели (с целью коррекции поддерживающей гормональной терапии, при наличии признаков угрозы прерывания беременности и раннего выявления признаков фетоплацентарной недостаточности), начиная с первых недель беременности и до 16–20 недели.

2. Контроль уровня кортизола, эстрадиола в плазме крови в 32–34 недели беременности. Если показатели ниже нормы, это указывает на развитие осложнений беременности и риск преждевременных родов.

3. Расширенная доплерометрия маточно-фетоплацентарной системы (пуповина, среднемозговая артерия плода, маточные артерии) проводится по показаниям: нарушение кровотока в пуповине плода, гипоксия плода по данным КТГ, синдром задержки развития плода (СЗРП).

4. Исследование гемостаза, включающее определение числа тромбоцитов, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбинового времени (ПТВ) или протромбинового индекса (ПТИ), международного нормализованного отношения (МНО), фибриногена, D-димеров в сроке 7–12, 20–22, 28–32 и 36–38 недель, а также при развитии осложнений.

5. Дуплексное сканирование вен нижних конечностей при наличии тромбоэмболических осложнений по данным коагулограммы;

6. Контроль функции печени (биохимический анализ крови, включающий трансаминазы печени, электролиты, при отклонении от нормы в биохимическом анализе крови показано УЗИ печени).

7. После 22 недель беременности показан еженедельный бимануальный (а не только ультразвуковой) контроль состояния шейки матки с целью профилактики ИЦН при многоплодной беременности.

8. Регулярный инфекционный скрининг состояния генитального тракта для профилактики активации инфекции.

Профилактика осложнений при беременности после ВРТ:

1. При диагностированном многоплодии (3 и более) рекомендована редукция плодов в соответствии с приложением № 2 постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2012 № 54.

2. Адекватная гормональная поддержка в динамике беременности (коррекция доз). Гестагенная поддержка у большинства пациенток осуществляется вагинальными формами (гель, капсулы).

3. Принципы профилактики СГЯ осуществляются в соответствии с инструкцией № 153-1209 о прогнозировании и профилактике синдрома гиперстимуляции яичников, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь 05.11.2010.

Основные направления в лечении осложнений при беременности после ВРТ

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ):

1. При развитии тяжелой формы СГЯ показан перенос только одного эмбриона.

2. Отказ от переноса эмбрионов в настоящем цикле с последующей их криоконсервацией, в дальнейшем перенос осуществляется в модулированном цикле.

3. Применение блокаторов дофаминэргических рецепторов (каберголин по 0,5 мг) с ХГ в течение 8 дней.

4. Коррекция нарушений гемостаза низкомолекулярными гепаринами (дальтепарин натрия 120 МЕ/кг, эноксапарин натрия 100 МЕ/кг с контролем Д-димеров).

5. При средней степени тяжести и выше — стационарное лечение.

6. Тяжелые формы СГЯ — показано лечение в ОИТР.

7. Контроль состояния системы гемостаза в динамике, ранняя коррекция нарушений гемостаза трансфузией свежезамороженной плазмы (СЗП).

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН):

1. Коррекция гормонального статуса.

2. Коррекция маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровообращения.

3. Лечение артериальной гипотензии у матери.

4. Профилактика и лечение невынашивания беременности.

5. Коррекция состояний гиперкоагуляции и гиперагрегации.

6. Лечение анемии беременных.

7. Женщинам после ВРТ рекомендуется более частый контроль лечения ФПН с использованием всех доступных методов, таких как КТГ плода совместно с НСТ, УЗИ плода совместно с расширенной ДПМ.

Угроза невынашивания беременности

Лечение комплексное, этиотропное и патогенетическое, включает в себя гормональную, спазмолитическую, симптоматическую гемостатическую и седативную, антикоагулянтную и антибактериальную терапию, а также иммуномоделирующую терапию в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1182 от 09.11.2012.

При угрозе прерывания беременности развившейся в сроке гестации свыше 20 недель и до 36 недель беременности рекомендовано проведение токолиза гексопреналином сульфатом по следующей схеме:

1. Следует начинать с внутривенного введения препарата с помощью шприцевого насоса со скоростью 5 мл/ч (0,3 мкг/мин), продолжительность — 6–12 ч.

2. За 15–20 мин до окончания внутривенного введения начинают пероральное применение гексопреналина сульфата в дозе 5 мг (1 таблетка) 4–6 раз/сут.

3. При сохранении беременности в последующем продолжают таблетированный прием гексопреналина сульфата по 5 мг 4–6 раз в день до 37 недель беременности;

4. Гексопреналин сульфат применяют совместно с блокатором кальциевых каналов (верапамил) по 40–80 мг за 30 мин до приема гексопреналина сульфата под контролем ЭКГ, АД, ЧСС.

После коррекции развившихся тромбэмболических осложнений для нормализации гемостаза рекомендовано продолжить введение низкомолекулярных гепаринов в поддерживающей дозе до завершения беременности под контролем коагулограммы.

Особенности подготовки к родам и родоразрешение беременных после ВРТ

Для подготовки к родоразрешению женщина госпитализируется в стационар в следующих сроках:

- при одноплодной беременности — в 37 недель;
- при двойне — в 34–36 недель;
- при тройне — в 32–34 недели.

Выбор метода и сроков родоразрешения:

1. Родоразрешение беременных после применения ВРТ должно производиться в плановом порядке (программируемые роды, плановое кесарево сечение).

2. При одноплодной беременности родоразрешение желательно проводить через естественные родовые пути.

3. При двойнях показания к операции кесарево сечение могут быть расширены в интересах охраны плодов при следующих акушерских ситуациях:

- тазовое предлежание первого плода из двойни;
- неправильное положение (косое, поперечное) плода при многоплодии;
- нарушение ФПК у одного или обоих плодов;
- ЗВУР одного или обоих плодов.

4. При тройне и большем количестве плодов родоразрешение всегда целесообразно проводить путем операции кесарево сечение.

Женщины после ВРТ относятся к группе повышенного риска по кровотечению в родах и послеродовом периоде:

1. С целью подготовки к оперативному родоразрешению производится коррекция гемостаза до операции и интраоперационно трансфузией свежезамороженной плазмы (СЗП).

2. Женщинам, относящимся к группе риска по кровотечению, рекомендовано интраоперационно проводить профилактическое наложение компрессионного шва на матку.

Эффективность использования метода

Использование метода приведет к повышению эффективности ЭКО и сокращению осложнений в течение беременности, а также снижению репродуктивных, перинатальных потерь и материальных затрат на оказание медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Нет.