

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ



Первый заместитель Министра

_____ Д.Л. Пиневич

_____ 2015 г.

Регистрационный № 087-0915

**ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН
С ЧАСТИЧНОЙ ОТСЛОЙКОЙ ХОРИОНА В I ТРИМЕСТРЕ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр «Мать и дитя»

АВТОРЫ: Курлович И.В., Семенчук В.Л., Ващилина Т.П., Бобрик И.М.,
Камлюк А.М., Секержицкая Л.А., Скриплёнок Т.Н.

Минск, 2015

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневич
24.12.2015

Регистрационный № 087-0915

**ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН
С ЧАСТИЧНОЙ ОТСЛОЙКОЙ ХОРИОНА В I ТРИМЕСТРЕ**

инструкция по применению

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

АВТОРЫ: канд. мед. наук И.В. Курлович, В.Л. Семенчук, Т.П. Ващилина,
Л.А. Секержицкая, И.М. Бобрик, А.М. Камлюк, Т.Н.Скрипленок

Минск 2015

Настоящая инструкция по применению (далее — инструкция) разработана с целью повышения эффективности оказания акушерско-гинекологической помощи беременным с частичной отслойкой хориона. Данный метод позволит повысить качество оказания акушерской помощи и эффективность лечебных мероприятий у данной группы женщин. Внедрение данных методов приведет к снижению репродуктивных, перинатальных потерь.

Инструкция предназначена для врачей-акушеров-гинекологов.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Женщины, у которых беременность осложнилась угрожающим абортom (O20.0) и другими кровотечениями в ранние сроки беременности (O20.8).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Отсутствуют

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

I. ДИАГНОСТИКА

А) Особенности анамнеза женщин, у которых беременность осложнилась отслойкой хориона в первом триместре

- наличие условно-патогенного и инфекционного фактора при данной беременности, подтвержденного лабораторно;
- отягощенный акушерский и гинекологический анамнез;
- эндокринные факторы бесплодия (генитальные и экстрагенитальные);
- наследственные и приобретенные нарушения гемостаза.

Б) Лабораторные исследования: осуществляются согласно действующим клиническим протоколам наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1182 от 09.10.2012), включая дополнительный объем обследования:

- определение гормонов щитовидной железы: тиреотропного гормона (далее — ТТГ), свободного тироксина (далее — св.Т4), антитела к ТПО) в сыворотке крови;

- определение прогестерона, тестостерона, дегидроэпиандростерона (далее — ДГЭА-С), 17-гидроксипрогестерона (далее — 17-ОН прогестерон), хорионического гонадотропина человека (далее — ХГЧ), эстрадиола в сыворотке крови;

- углубленное исследование системы гемостаза (по показаниям).

В) Инструментальные исследования (ультразвуковое исследование органов малого таза):

- диагностика образований и пороков развития органов малого таза (кистозные образования яичников, двурогая или седловидная матка, перегородка в матке, удвоение тела и шейки матки);

- диагностика развивающейся беременности (наличие эмбриона, его сердцебиения) и установление срока беременности;

- определение наличия и диаметр желточного мешка (при его отсутствии прогноз неблагоприятный);
- соответствие копчико-теменного размера плода (далее — КТР) сроку беременности;
- исключить наличие маркеров хромосомных нарушений;
- локализацию хориона (плаценты);
- диагностика локализации гематомы и определение размеров гематомы в трех плоскостях;
- определение объема гематомы по формуле $V = a \times b \times c / 2$, (a, b, c — размеры линейные размеры гематомы, полученные при ультразвуковом исследовании);
- доплерометрия кровотока в артериях маточных сосудов с целью прогнозирования риска фетоплацентарной недостаточности;
- при сохраняющихся кровянистых выделениях в течение 3 дней показан контроль ХГЧ, а при отсутствии корреляции ХГЧ и срока беременности — ультразвуковое исследование органов малого таза (далее — УЗИ ОМТ) с целью диагностики развивающейся беременности.

II. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОТСЛОЙКОЙ ХОРИОНА

1. Обследование пациенток на наличие инфекционного фактора регулярный инфекционный скрининг состояния генитального тракта для профилактики активации инфекции.
2. Определение гормональной функции яичников и щитовидной железы. Контроль уровня прогестерона в сыворотке крови каждые 2 недели при выявленной недостаточности желтого тела беременности или гормональной функции плаценты в крови (с целью поддерживающего гормонального лечения, при наличии признаков угрозы прерывания беременности), затем каждые 4 недели до момента отмены постепенной гормональной поддержки.
3. Расширенная доплерометрия сосудов маточно-фетоплацентарной системы (в артерии пуповины, среднемозговой артерии плода, маточных артериях) в сроки 20–22, 32–33 недели и при доношенной беременности с целью раннего выявления фетоплацентарной недостаточности, а также по показаниям.
4. Исследование крови на наследственные и приобретенные тромбофилии (по показаниям), с целью выявления показаний для профилактики ТЭО.
5. Лечение истмико-цервикальной недостаточности (далее — ИЦН).
6. Контроль уровня гормонов щитовидной железы 1 раз в 2 мес. при проводимой заместительной терапии гормонами щитовидной железы для коррекции дозы препарата;
7. Мероприятия по профилактике и лечению плацентарной недостаточности и внутриутробной гипоксии плода;
8. Профилактика респираторного дистресс-синдрома (далее — РДС) плода.

III. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ УГРОЗЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

При гормональной причине, вызванной недостаточностью желтого тела и дефицитом прогестерона, недостаточной продукцией прогестерона синцитиотрофобластом, а в последующем — плацентой, показано лечение натуральными аналогами прогестерона.

При диагностике частичной отслойки хориона и наличии кровянистых выделений показано назначение масляного раствора прогестерона 1,0 или 2,5% — 1,0 мл внутримышечно для быстрого достижения высокой сывороточной концентрации.

При подтверждении диагноза частичной отслойки хориона и наличии кровянистых выделений показана гемостатическая терапия — транексамовая кислота парентерально по 1,0 г (1–2 раза/сут) в течение 3-х дней, далее переход на таблетированную форму (внутрь по 250 мг 3 раза в день), курс — 7–10 дней, этамзилат (внутримышечно по 10–20 мг/кг/сут, разделенная на 3 приема или по 250 мг 3 раза в день внутрь); вагинальные/пероральные формы микронизированного прогестерона (гель, капсулы) 200 мг — 3 раза/сут.

После прекращения кровянистых выделений показан переход на вагинальные/пероральные формы микронизированного прогестерона (гель, капсулы) 100 мг, 200 мг — 2–3 раза/сут с постепенным снижением поддерживающей дозы после 12–14 недель беременности, когда начинается продукция плацентарного прогестерона.

Спазмолитические лекарственные средства парентерально и перорально (дротаверина гидрохлорид 2% — 2 мл, 1–2 раза/сут, баралгин по 1 таблетке 2 раза/сут).

Тактика ведения беременности при гиперандрогении.

Ведение беременности у женщин с различными формами гиперандрогении осуществляется совместно с врачом-эндокринологом.

При врожденной дисфункции коры надпочечников (далее — ВДКН) проводят лечение преднизолоном или метилпреднизолоном, коррекция дозы — индивидуально по уровню 17-ОН-прогестерона.

Метилпреднизолон назначается индивидуально с учетом тяжести гиперандрогении, оцениваемой по результатам гормонального анализа: с 2 до 4–6 мг до нормализации 17-гидроксипрогестерона (в среднем 14–30 дней) обязательно не ранее 22.00, затем постепенно дозу снижают до поддерживающей под контролем 17-гидроксипрогестерона с возможной отменой по результатам анализа по правилам отмены глюкокортикоидов. Уровень 17-гидроксипрогестерона следует держать на верхней границе нормы для определенного срока беременности. Ориентироваться при назначении и коррекции дозы на добеременные нормы не допустимо. Обязателен параллельный прием препаратов кальция в дозе не менее 1 г/сут с целью профилактики остеопении. При классических формах врожденной дисфункции коры надпочечников прием метилпреднизолона продолжается всю беременность

с переводом после родоразрешения на принимаемый до беременности глюкокортикоид.

При начавшемся выкидыше на фоне ВДКН показано назначение эстрогенов.

При яичниковой форме гиперандрогении, учитывая наличие у женщин в анамнезе недостаточности лютеиновой фазы показано назначение прогестерона до 16 недель беременности. При надпочечниковой гиперандрогении назначение гестагенов не оправдано.

Контроль за течением беременности у женщин с ВДКН должен проводиться с учетом критических периодов беременности, характерных для этой патологии: 13 недель — выброс тестостерона яичками плода мужского пола; 20–24 недели — начало гормональной продукции корой надпочечников плода; 28 недель — выброс адрено-кортикотропного гормона гипофизом плода.

При заболеваниях щитовидной железы, осложненных гипотиреозом или гипертиреозом, ведение беременности у женщин осуществляется совместно с врачом-эндокринологом в течение всей беременности с регулярным контролем гормонов щитовидной железы 1 раз в 2 мес., корректировка заместительной гормональной терапии при необходимости.

При анатомической причине (врожденные аномалии матки (двойная, двурогая матка, ОЗ4.0), опухоли тела матки, требующие предоставления медицинской помощи (полип тела матки, маточный фиброид ОЗ4.1), показана профилактика невынашивания беременности, фетоплацентарной недостаточности, синдрома задержки развития плода, гестоза. При выявлении у пациенток с ИЦН проводится хирургическая коррекция после бактериологического обследования.

При нарушениях гемостаза показано введение низкомолекулярных гепаринов в индивидуальных профилактических и лечебных дозах. После купирования нарушений в системе гемостаза показан динамический мониторинг показателей коагулограммы и D-димера до родоразрешения.

При гипергомоцистеинемии для профилактики тромбозов применяется фолиевая кислота не менее 4 мг/сут.

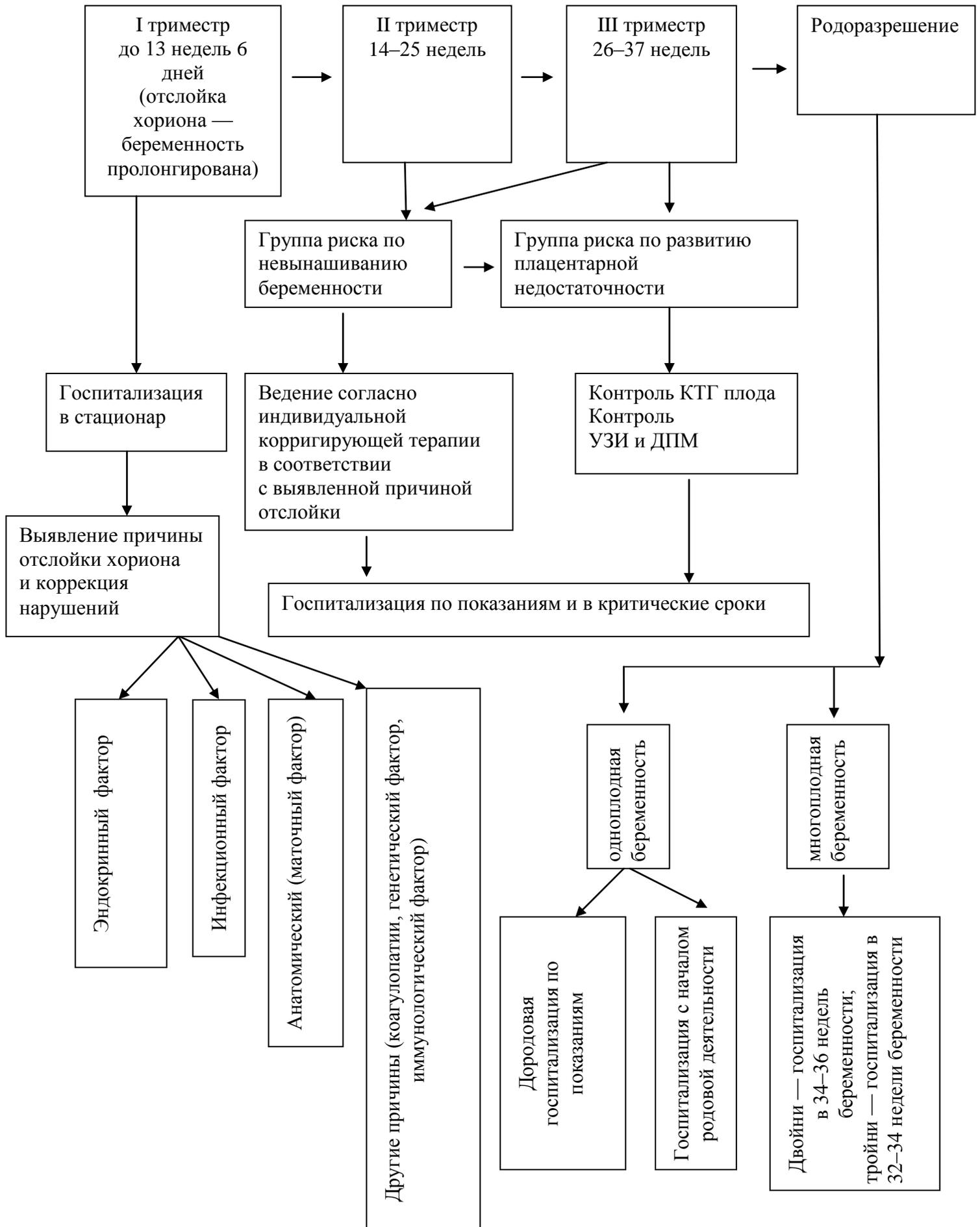
При инфекционной причине показано лечение с применением антибактериальных и противомикробных лекарственных средств системного и местного действия, допустимых к применению во время беременности, с обязательным лабораторным контролем лечения. При наступлении беременности у женщин с инфекционным генезом невынашивания показан контроль активации бактериальной и вирусной инфекции.

Женщины с отслойкой хориона в I триместре относятся к группе повышенного риска по развитию первичной и вторичной слабости родовой деятельности, острой гипоксии плода, отслойки плаценты, кровотечению в родах и послеродовом периоде, по инфекционным осложнениям.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Отсутствуют.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЧАСТИЧНОЙ ОТСЛОЙКОЙ ХОРИОНА



УТВЕРЖДАЮ

руководитель учреждения,

в котором внедрен способ

подпись

“ ____ ” _____ 20__ г.
дата

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

1. Наименование предложения для внедрения: инструкция «Ведение беременности у женщин с частичной отслойкой хориона в первом триместре беременности».
2. Кем предложено Государственное учреждение “Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» МЗ РБ.
3. Авторы: к.м.н. Курлович И.В., к.м.н., Семенчук В.Л., Секержицкая Л.А., Ващилина Т.П., Бобрик И.М., Камлюк А.М., Скрипленок Т.Н.
4. Источник информации: инструкция по применению «Ведение беременности у женщин с частичной отслойкой хориона в первом триместре беременности».
5. Где и когда начато внедрение:

наименование лечебного учреждения, дата внедрения

6. Общее количество наблюдений _____
7. Результаты применения метода за период с ____ по ____;
Положительные (к-во наблюдений) _____;
Отрицательные (к-во наблюдений) _____;
Неопределенные (к-во наблюдений) _____
8. Эффективность внедрения: _____
9. Замечания, предложения _____

Дата _____

Ответственные за внедрение: