

Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»

Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ __
	Экземпляр	№ __
	Введен в действие	дата
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	<i>Клинический протокол «Привычное невынашивание беременности»</i> <i>Коды МКБ:</i> <i>N96 - Привычный выкидыш</i> <i>O26.2 - Медицинская помощь женщине с привычным невынашиванием беременности.</i> <i>Возрастная группа- взрослые</i> <i>Год утверждения 2021</i>	

Утверждено приказом № __
От « 10 » __ 11 2021 г.

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	<i>Должность аку-гинеколог ЖК №5</i>	Магомедова М.К.		
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адилханов Б.Г.		
	И.о.Заместителя главного врача по хирургической работе	Абдулаев Ш.А.		
	И.о заведующего экспертным отделом	Алибекова А.М.		
2021 г.				

Краткое описание

Невынашивание беременности – самопроизвольное прерывание беременности, которое заканчивается рождением незрелого и нежизнеспособного плода при сроке до 22-недели беременности, либо рождением плода массой менее 500 грамм, а также самопроизвольное прерывание 3 – х и/или более беременностей до 22 недели(привычное невынашивание) [23].

Пользователи протокола: ВОП, акушерки, акушер-гинекологи, терапевты, анестезиологи-реаниматологи

Категория пациентов:взрослые.

Классификация

Самопроизвольный аборт

По срокам беременности:

- ранний – спонтанное прерывание беременности до полных 13 недель гестации.
- поздний – спонтанное прерывание беременности с 13 до 22 недель.

По стадиям развития выделяют:

- угрожающий аборт;
- аборт в ходу;
- неполный аборт;
- полный аборт;
- аборт несостоявшийся (прекращение развития эмбриона/плода) – неразвивающаяся беременность.

Этиология.

1. Генетические причины привычного невынашивания (3-6%) :

- наследственные заболевания у членов семьи;
- наличие в семье врожденных аномалий;
- наличие у супружеской пары и родственников бесплодия или невынашивания беременности неясного генеза ;
- наличие случаев перинатальной смертности;

2. Анатомические причины привычного невынашивания (10-16%) :

- врожденные аномалии развития матки;
- приобретенные анатомические дефекты:
внутриматочные синехии, субмукозная миома матки ;
- истмико -цервикальная недостаточность (ИЦН);

3. Эндокринные нарушения

4. Вирусные , воспалительные заболевания, инфекции хронические.

Диагностические критерии [1]

Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- задержка менструации;
- появление болевого синдрома внизу живота различной интенсивности;
- кровянистые выделения из половых путей различной интенсивности.

При привычном невынашивании: прерывание трех и более беременностей в сроке до 22 недель.

Анамнез:

- самопроизвольные выкидыши;
- нарушение менструальной функции;
- отсутствие беременности в течение более 1 года (бесплодие);
- три и более эпизода прерывания беременности.

Приистмико-цервикальной недостаточности:

- внезапный разрыв плодных оболочек с последующими относительно безболезненными схватками;
- случаи самопроизвольного безболезненного раскрытия шейки матки до 4-6 см при предыдущих беременностях;
- наличие хирургических вмешательств на шейке матки, разрывов шейки матки второго/третьего степеней в прошлых родах;
- инструментальная дилатация шейки матки во время искусственного прерывания беременностей.

Физикальное обследование:

АД, пульс(при угрожающем аборте гемодинамика стабильна, при аборте в ходу/полном/неполном аборте может отмечаться снижение АД и учащение пульса).

Осмотр на зеркалах:

- при угрожающем аборте и неразвивающейся беременности могут быть скудные или умеренные кровянистые выделения.
- при привычном невынашивании врожденные/приобретенные анатомические дефекты эктоцервикса, пролабирование плодного пузыря с наружного зева шейки матки.

Бимануальное влагалищное исследование:

- при привычном невынашивании: возможно укорочение шейки матки менее 25мм/дилатация цервикального канала более 1 см при отсутствии маточных сокращений [3].

Лабораторные исследования[УД–В,С][1,4,5]:

- Обследование на АФС (наличие волчаночного антикоагулянта, антифосфолипидных и антикардиолипидных антител):

Наличие двух положительных титров волчаночного антикоагулянта или антикардиолипидных антител иммуноглобулина G и/или M на уровне

- Гемостазиограмма:

Определение АчТВ, антитромбин 3, Д-димер, агрегация тромбоцитов, МНО, протромбиновое время – признаки гиперкоагуляции

- Исследование кариотипа:

+выявление носительства хромосомных аномалий, в том числе унаследованные тромбофилии(фактора V Лейдена, фактора II -протромбин и протеин S).

- Обследование на сахарный диабет и патологию щитовидной железы;

Определение уровня прогестерона:

уровень прогестерона ниже 25 нмоль/л - является предиктором нежизнеспособности беременности.

Уровень выше 25 нмоль/л – указывает на жизнеспособность беременности. Уровень выше 60 нмоль/л – свидетельствует о нормальном течении беременности. [5]

- обследование на ВУИ

в случаях, когда есть подозрение на наличие инфекции или сведения о наличии инфекции в прошлом или проведения ее лечения

Инструментальные исследования:

При привычном невынашивании, угрожающем выкидыше [1,8,9]:

- выявление врожденных/приобретенных анатомических нарушений строения репродуктивных органов;

- укорочение шейки матки до 25мм и менее по результатам трансвагинальной

цервикометрии в сроке 17 - 24 недели. Длина шейки матки четко коррелирует с риском преждевременных родов и является прогностическим признаком преждевременных родов. Трансвагинальное ультразвуковое измерение длины шейки матки - необходимый стандарт в группах риска по недонашиванию.

К группам риска по преждевременным родам относятся [19, 20, 21]:

- женщины с преждевременными родами в анамнезе при отсутствии симптомов;
- женщины с укорочением шейки матки <25 мм по данным трансвагинального УЗИ в средних сроках при одноплодной беременности при отсутствии бессимптомов;
- женщины с угрозой преждевременных родов во время данной беременности;
- женщины, потерявших 2 и более беременности на любых сроках;
- женщины с кровотечениями на ранних сроках беременности с образованием ретрохориальных и ретроплацентарных гематом.

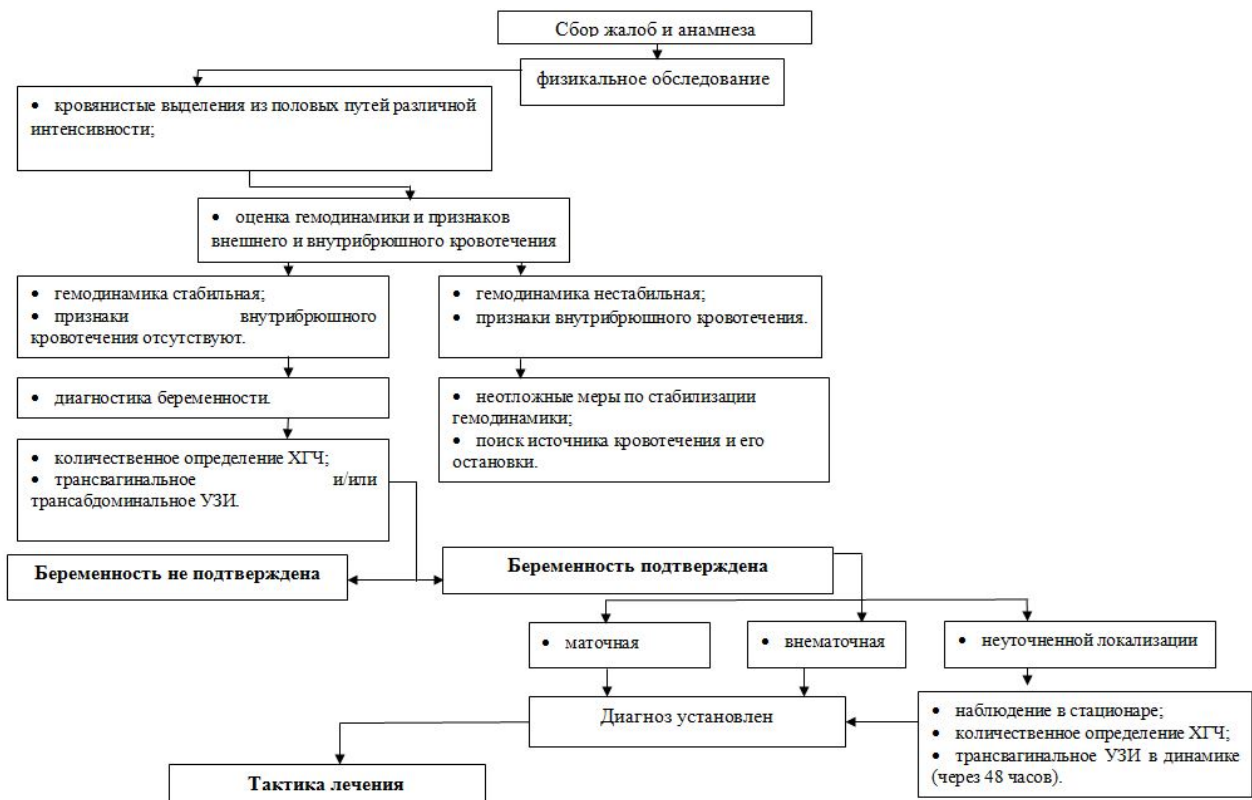
- гистероскопия ;
- гистеросальпингография ;
- УЗИ в 1й фазе цикла: субмукозная миома. внутриматочные синехии;
- МРТ - органов малого таза.

Лечение

- гистерорезектоскопия (внутриматочные синехии, субмукозная миома матки, перегородка)

Диагностический алгоритм [14]:

Схема – 1. Алгоритм диагностики невынашивания беременности



NB! Следует тщательно следить за показателями гемодинамики до подтверждения маточной беременности.

NB! Исключение патологических состояний, для которых характерны кровянистые выделения из половых путей и боль в нижних отделах живота, согласно действующих протоколов:

- гиперплазия эндометрия;
- доброкачественные и предраковые процессы шейки матки;
- лейомиома матки;
- дисфункциональные маточные кровотечения у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста.

ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

Тактика лечения[16]:

- спазмолитическая терапия
- кровоостанавливающая терапия – гемостатики.
- препараты прогестерона (при угрожающем аборте) – при задержке менструации до 20 дней (беременность до 5 недель) и стабильной гемодинамике.

Терапия прогестагенами обеспечивает лучший результат, чем плацебо или отсутствие терапии для лечения угрозы прерывания беременности и отсутствия данных о возрастании частоты гестационной гипертензии или послеродовых кровотечений как неблагоприятных эффектов для матери, а также повышенной частоты врожденных аномалий у новорожденных (УД-В).

- удаление плодного яйца при аборте в ходу, неполном аборте, неразвивающейся беременности путем мануальной вакуум-аспирации с использованием шприца МВА(смотрите клинический протокол «Медицинский аборт»). При неразвивающейся беременности рекомендуется использование медикаментозного аборта.

Немедикаментозное лечение:нет.

Медикаментозное лечение(в зависимости от степени тяжести заболевания):

- препараты прогестерона

Препараты прогестерона:

- микронизированный прогестерон (вагинальные капсулы);
- синтетические производные прогестерона (перорально).

Показания для применения прогестерона:

- 1.Лечение угрожающего аборта
- 2.Наличие в анамнезе двух и более спонтанных выкидышей в первом триместре (привычный выкидыш)
3. Доведенная до беременности недостаточность лютеиновой фазы
- 4.Первичное и вторичное бесплодие, связанное с недостаточностью лютеиновой фазы
5. Беременность, наступившая в результате вспомогательных репродуктивных технологий

При установлении антифосфолипидного синдрома (УД-В) [1,2,5]:

- ацетилсалициловая кислота 75 мг/сутки** – прием ацетилсалициловой кислоты начинают, как только тест на беременность становится положительным и продолжают до родов (УД-В, 2);

- При применении гепарина проводят контроль уровня тромбоцитов еженедельно в течение первых трех недель, затем каждые 4 - 6 недель.

Если при предыдущих беременностях имели место тромбозы, терапия может быть продолжена до родов и в послеродовом периоде (см. КП: «Тромбоэмболические осложнения в акушерстве»)

Другие виды лечения:
Наложении пессарий

Показания:

- выявление короткой шейки матки.

NB! Выявление и лечение бактериального вагиноза на ранних сроках беременности уменьшает риск самопроизвольных абортов и преждевременных родов

Показания для консультации специалистов:

- консультация гематолога – при выявлении антифосфолипидного синдрома и отклонений в гемостазиограмме;
- консультация терапевта – при наличии соматической патологии;
- консультация инфекциониста – при признаках TORCH инфекции.

Профилактические мероприятия:

- женщин с преждевременными родами в анамнезе и/или укорочением шейки матки следует выделять в группу высокого риска по невынашиванию для своевременного назначения вагинального прогестерона: при наличии преждевременных родов в анамнезе с ранних сроков беременности, при укорочении шейки матки – с момента установления
- применение прогестерона для поддержки лютеиновой фазы после применения ВРТ. Способ введения прогестерона не имеет значения (необходимо следовать инструкции к препаратам)

Индикаторы эффективности лечения:

- дальнейшее пролонгирование беременности;
- отсутствие осложнений после эвакуации плодного яйца.

Показания для плановой госпитализации:

- истмико-цервикальная недостаточность - для хирургической коррекции.

Показания для экстренной госпитализации:

- аборт в ходу;
- неполный самопроизвольный аборт;
- несостоявшийся аборт;
- неразвивающаяся беременность