

Ведение беременных с риском СЗРП

д.мед.н. Чайка В.К., д.мед.н. Говоруха И.Т., Шаров К.В., к.б.н. Зоркова Е.В.

cb portraits ©



Актуальность

В структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности удельный вес СЗРП составляет 40% (Priante E. et al., 2019; Аджибеков С. А., 2018; Стрижаков А. Н. и соавт., 2018).

Разработка индивидуальной тактики ведения беременности, решение вопроса о своевременном родоразрешении, является первостепенной задачей, позволяющей снизить перинатальную заболеваемость и смертность при СЗРП (Железова М.Е., 2019, McCowan L.M. et al., 2018).



На основании проспективного изучения течения беременности и родов у 78 пациенток с высоким риском развития СЗРП разработан комплекс прогностических и лечебно-профилактических мероприятий для снижения частоты акушерских и перинатальных осложнений у беременных с риском развития СЗРП.



Оценка эффективности комплекса проведена на основании анализа течения беременности и родов 48 пациенток с риском СЗРП, обследованных и родоразрешенных в соответствии с предложенным комплексом, и 47 беременных с риском СЗРП, обследованных и родоразрешенных в соответствии с Приказом МЗ ДНР № 82 от 23.01.2019 г.



Формирование групп риска

В сроке беременности 7-8 недель проводится выявление беременных с высоким риском развития СЗРП по разработанной балльной таблице.

Беременным группы риска назначается: сбалансированная диета, санация очагов хронической инфекции, отказ от вредных привычек, витаминно-минеральные комплексы с полиненасыщенными жирными кислотами.



11 -13 недель гестации

Проводят комбинированный пренатальный скрининг I триместра и доплерографию в маточных артериях.

При выявлении β -ХГЧ $> 2,61$ МоМ, РАРР-А $< 0,5$ МоМ в сочетании с выявленными нарушениями в маточных артериях рекомендуют венотоники (диосмин 600 мг в сутки) в течение 1 месяца, микронизированный прогестерон (вагинально по 100 мкг 2 раз в день).

Если показатели биохимических маркеров в референсных пределах, но у беременной в анамнезе диагностирована ПЭ или СЗРП, также назначают венотоники и микронизированный прогестерон.



14 – 17 недель

Определяют ангиогенный коэффициент ($Ka = sFlt-1/(PlGF \times 10)$).

Если $Ka < 50$ – дополнительная терапия не назначается.

$Ka > 50$ – дополнительно назначаются антиагреганты (под контролем коагулограммы и агрегатограммы, по схеме).

$Ka < 50$, но ПЭ и СЗРП в анамнезе – антиагреганты (при наличии нарушений в агрегатограмме, по схеме).



18-21 неделя

Проводят комбинированный пренатальный скрининг II триместра, ведение беременности осуществляется по протоколу, и продолжают профилактические мероприятия в соответствии с выявленными ранее изменениями по разработанной схеме: диосмин, микронизированный прогестерон, антиагреганты.



С 25 недель

Назначают УЗИ (фетометрия плода, плацентометрия, оценка состояния околоплодных вод), доплерометрию (МППК – маточно-плацентарно-плодовый кровоток, ЦПО – церебро-плацентарное отношение).

При выявлении нарушений МППК (Iб и более) проводят профилактику синдрома дыхательных расстройств плода (по схеме), метаболическую терапию, продолжают ранее назначенную терапию по разработанной схеме.



С 28 недель

Выполняется УЗИ (фетометрия, плацентометрия, оценка состояния околоплодных вод), доплерометрия МППК с расчетом ЦПО, КТГ с 31 недели.

При нарушениях МППК (Iб и более): профилактика синдрома дыхательных расстройств плода (по схеме); метаболическая терапия; продолжение ранее назначенной терапии по разработанной схеме.



Акушерская тактика

Акушерская тактика зависит от данных обследования.

При ЦПО $\geq 1,08$ выполнять доплерографию 1 раз в 14 дней с расчётом ЦПО, КТГ 1 раз в неделю.

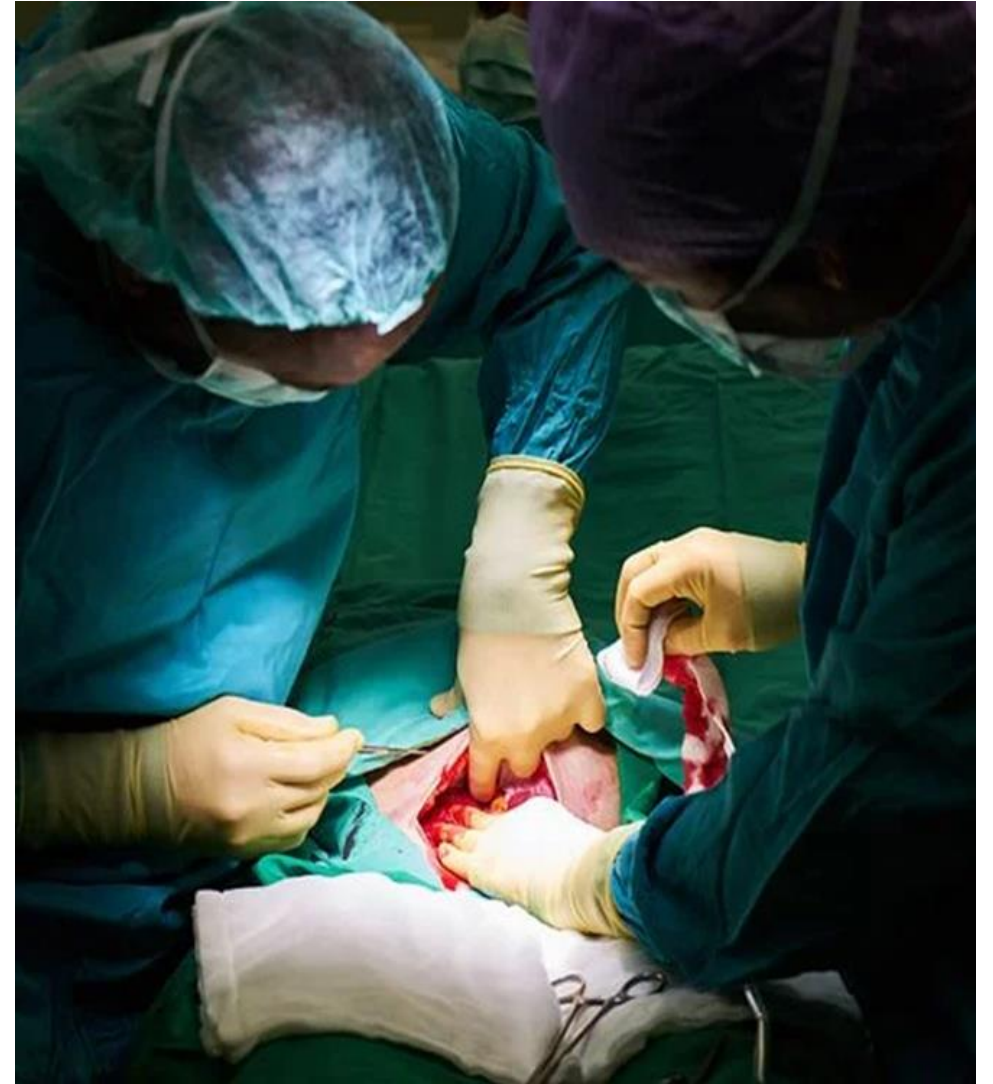
При ухудшении показателей МППК, ЦПО, КТГ (индивидуально в зависимости от состояния внутриутробного плода) – решается вопрос о пролонгации беременности либо родоразрешении.



Акушерская тактика

Если ЦПО находится в пределах от 1,05 до 1,08 проводить доплерографию 1 раз в 7 дней с расчётом ЦПО, КТГ 1 раз в 7 дней.

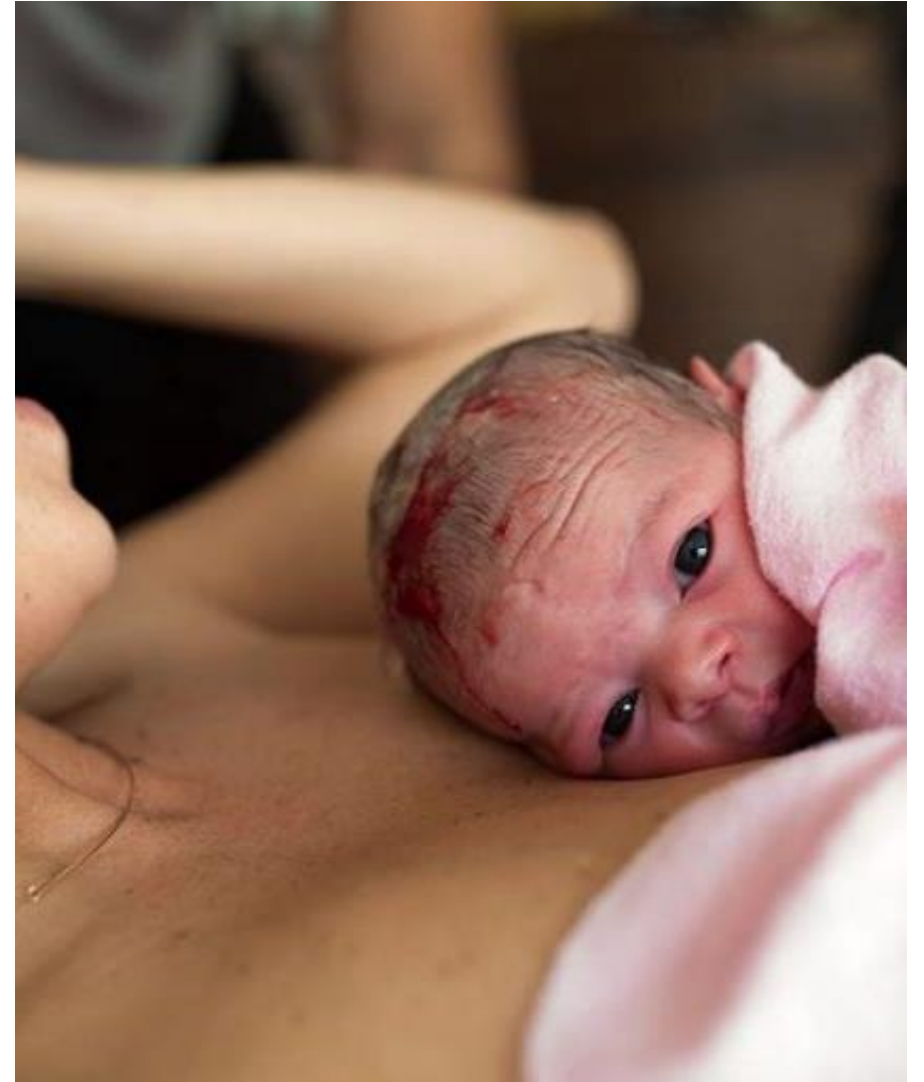
На основании показателей МППК, ЦПО, КТГ решали вопрос о родоразрешении или пролонгации беременности.



Акушерская тактика

При ЦПО в пределах от 1,00 до 1,05 выполняли доплерографию 1 раз в 3 дня с расчётом ЦПО, КТГ 1 раз в 3 дня.

На основании показателей МППК, ЦПО, КТГ в динамике решали вопрос о родоразрешении или пролонгации беременности.

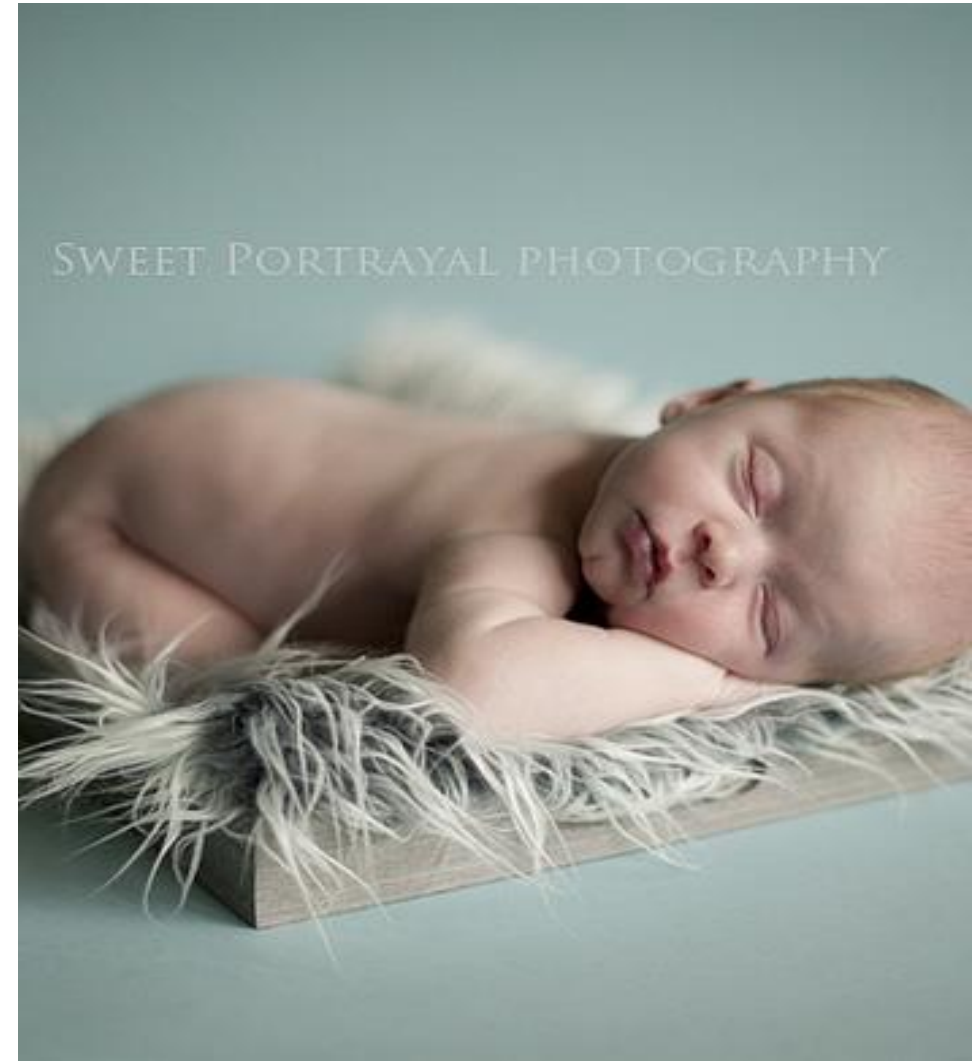


Акушерская тактика

При ЦПО $<1,00$ – доплерометрия ежедневно с расчётом ЦПО, КТГ проводили ежедневно. С учетом показателей МППК, ЦПО, КТГ – решение вопроса о родоразрешении или пролонгации беременности.



Разработанный комплекс мероприятий по прогнозированию, профилактике и акушерской тактике у беременных с риском развития СЗРП позволил снизить частоту преждевременных родов у беременных с риском СЗРП в 2,1 раза, КС в 2 раза, патологических родов в 2,1 раза, частоту гипотрофии плода в 1,8 раза, признаков внутриутробной инфекции в 3 раза; способствовал уменьшению перинатальной смертности при развитии СЗРП с 64 ‰ (2016 г) до 57,4 ‰ (2020 г).





СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ