

# Возможности лечения угрозы прерывания беременности в амбулаторных условиях

**В.В. Подольский, Вл.В. Подольский, О.П. Святая**

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

Определены условия и методы обследования женщин с угрозой прерывания беременности, позволяющие проводить токолитическую терапию гексопреналином (Гинипрал) в условиях дневного стационара. Четкий учет диагностических критериев позволяет допустить возможность амбулаторного проведения токолиза.

**Ключевые слова:** угроза прерывания беременности, токолитическая терапия, дневной стационар, диагностические критерии, амбулаторное проведение токолиза.

Невынашивание беременности – одна из наиболее важных проблем современного акушерства [1, 2]. Эта проблема, помимо медицинского, имеет значительный социальный аспект, поскольку влияет на уровень рождаемости, показатели перинатальной заболеваемости и смертности [3].

Известно, что существует много факторов, влияющих на патогенез этого грозного осложнения беременности. Следует отметить, что один фактор или сочетание группы факторов риска приводят к развитию угрозы прерывания беременности часто с ранних сроков. Современные взгляды на значимость этих факторов риска, по мнению большинства исследователей, включая исследования, проведенные на принципах доказательной медицины, убеждают нас в том, что развивающаяся в ранние сроки угроза прерывания беременности возникает в большинстве случаев на фоне генетически обусловленных причин. Этим объясняется и признанная во многих странах мира тактика, направленная на неприменение сохраняющей терапии в ранние сроки беременности, в случае выявления генетических причин. Однако желание женщины сохранить беременность и родить ребенка в этих случаях не всегда совпадает с мнением врачей, поэтому вопросы проведения сохраняющей терапии имеют не только медицинские, но и биоэтические, а также социальные аспекты.

Большинство ученых [2–5], которые занимаются проблемами угрозы прерывания беременности и невынашивания, в своих аналитических работах отмечают, что даже кратковременный эпизод угрозы прерывания беременности в течение гестационного процесса может в дальнейшем привести к различным другим осложнениям беременности и родов. В связи с этим значительную актуальность приобретают вопросы прегравидарной подготовки женщин к планируемой беременности, а у женщин с риском развития невынашивания беременности такая подготовка должна быть тщательной, с выяснением возможных факторов риска и минимизацией их влияния.

Поскольку даже серьезная прегравидарная подготовка не всегда может полностью устранить существующие факторы риска, наблюдение пациенток с угрозой прерывания беременности и риском невынашивания должно осуществляться крайне тщательно и внимательно с адекватным мониторингом известных причин возникновения осложнений [4, 6].

Известно, что в патогенезе угрозы прерывания беременности стрессорные психоэмоциональные нагрузки имеют важное значение, поэтому определение психоэмоционально-

го состояния таких беременных и коррекция выявленных изменений может играть положительную роль в комплексной терапии [7].

Не менее важным является и определение уровня половых стероидных гормонов, среди которых постоянного динамического контроля требует в первую очередь уровень прогестерона.

Среди других показателей, характеризующих выраженность угрозы прерывания беременности, важным является определение и контроль тонуса миометрия.

Не вызывает сомнения, что при выраженных основных симптомах угрозы прерывания беременности, особенно у женщин с отягощенным акушерским анамнезом (угроза прерывания беременности при предыдущих беременностях, эпизоды самопроизвольного прерывания беременности в ранние и поздние сроки, искусственные аборты и предыдущие преждевременные роды), указывающим на возможный риск невынашивания, при настоящей беременности врач акушер-гинеколог или семейный врач должен срочно решить вопрос о госпитализации такой беременной.

Процесс лечения угрозы прерывания беременности часто требует длительного пребывания беременной в стационаре. Поэтому решение вопроса о возможности продолжения лечебных мероприятий в условиях дневного стационара или изначального лечения угрозы прерывания беременности в амбулаторных условиях заслуживает внимания. На сегодняшний день не решены вопросы об объеме гормональной и токолитической терапии в комплексном лечении угрозы прерывания беременности в амбулаторных условиях.

Современный арсенал гормональных и токолитических препаратов дает возможность врачам осуществить выбор именно тех лекарственных средств, которые необходимы для лечения угрозы прерывания беременности, с учетом объективных данных клиники выраженности симптомов данного осложнения беременности и в первую очередь восполнения уровня прогестерона и осуществления адекватного токолиза.

В течение последних 20 лет для проведения токолиза используют бета-миметики. Эти препараты для лечения угрозы прерывания беременности достаточно широко применяются во всем мире. Действуя как бета-адренергические агонисты, они активируют аденилат циклазу для формирования циклического аденозин-3', 5'-монофосфата (цАМФ). Повышение уровней цАМФ снижает активность и фосфорилирование киназы легких цепей миозина и снижает концентрацию интрацитоплазматического кальция путем повышения скорости депонирования кальция эндоплазматическим ретикуломом, что и позволяет создать эффект расслабления мышечной стенки беременной матки.

Единственным лицензионным токолитиком, зарегистрированным в нашей стране, является высокоселективный бета-2-адреномиметик гексопреналин (Гинипрал), который обладает выраженным влиянием на мышцы матки.

**Цель исследования:** определение возможности амбулаторного лечения угрозы прерывания беременности.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Для определения показателей, характеризующих степень выраженности угрозы прерывания беременности, проведено клиническое обследование 40 пациенток с угрозой прерывания беременности. Контроль гормонального баланса осуществляли с помощью кольпоцитологических исследований. Определение выраженности тонуса миометрия и состояния плода проводили с помощью обсчета показателей биофизического профиля плода (БПП) на ультразвуковом аппарате Мтотау БС.

Уровень психоэмоционального стресса у обследованных беременных определяли по шкале Л. Ридера.

Для коррекции прогестероновой недостаточности в зависимости от показателей кольпоцитогамм использовали препараты как натурального инъекционного прогестерона (1 и 2,5%), так и таблетированные синтетические аналоги.

Психоэмоциональный стресс корректировали с использованием методов психологической разгрузки (аутотренинга и суггестивной психотерапии), которые осуществлял специалист-психолог.

Маточный токолиз проводили гексопреналином (Гинипрал).

Этот препарат использовали в виде внутривенной инфузии в дозе 10 мкг (2 мл – 1 ампула) на 500,0 мл изотонического раствора натрия хлорида со скоростью введения 5–10 капель в 1 мин.

Перед назначением препарата в амбулаторных условиях всем беременным проводили исследование показателей сердечной деятельности (с помощью ЭКГ) и консультации терапевта.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Все обследованные беременные были молодого детородного возраста – до 27 лет, среди пациенток с угрозой прерывания беременности первобеременных было 12 (30,0%), повторнобеременных – 28 (70,0%); первородящих – 24 беременных (60,0%), повторнородящих – 16 (40,0%). Изучение данных акушерского анамнеза показало, что у обследованных с угрозой прерывания беременности ранее были: артифициальные аборт (9–22,5%), самопроизвольные аборт (14–35,0%) и преждевременные роды (4–10,0%). Предыдущие беременности в 20% случаев сопровождалась угрозой прерывания беременности.

При настоящей беременности у обследованных женщин угроза прерывания беременности в сроке до 12 нед встречалась у 52,5%, а ранний гестоз – у 17,5%.

До проведения исследования в стационаре лечились 27 женщины с угрозой прерывания беременности (среднее пребывание на койке этих беременных составило 28,3 сут), пос-

ле они продолжили лечение в условиях дневного стационара, а 13 пациенток с угрозой прерывания беременности были сразу направлены на лечение в дневной стационар.

При изучении психоэмоционального стресса у женщин с угрозой прерывания беременности установлено наличие стрессорной нагрузки различной степени (рисунок).

При этом диагностическими критериями отбора женщин, которые могут продолжить лечение угрозы прерывания беременности в условиях дневного стационара, должны быть низкие и средней степени показатели психоэмоционального стресса (определенного, например, по шкале Л. Ридера), и только некоторые пациентки с угрозой прерывания беременности с психоэмоциональным стрессом высокого уровня, но при наличии других удовлетворительных показателей могут лечиться в амбулаторных условиях, получая психологическую разгрузку и психотерапию, проводимую квалифицированным психологом.

Критерием отбора для лечения в амбулаторных условиях женщин с угрозой прерывания беременности должны быть те беременные, у которых по результатам кольпоцитологических исследований определялся умеренный уровень прогестероновой недостаточности и слабовыраженная прогестероновая недостаточность.

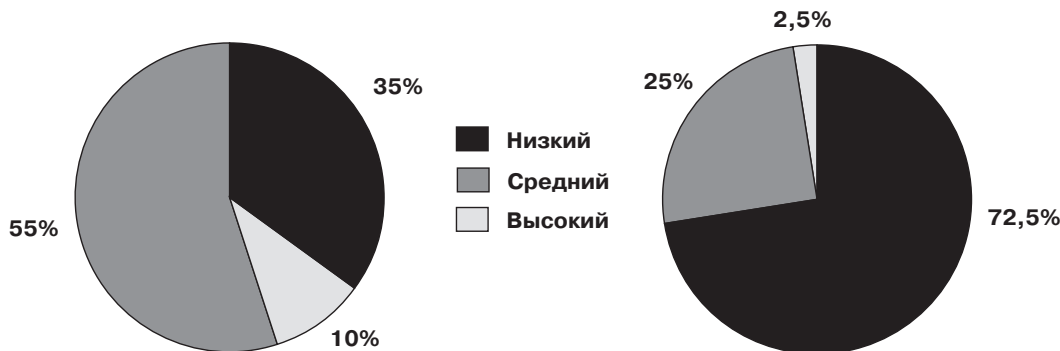
Известно, что при угрозе прерывания беременности при исследовании мазков отмечается уменьшение числа ладьевидных клеток и увеличение поверхностных, что обуславливает рост кариопикнотического индекса. Изменение этого индекса зависит от степени снижения эстрогенов и прогестерона. Появление в мазке признаков цитоллиза следует также расценивать как проявление угрозы прерывания беременности. На момент амбулаторного лечения у обследованных нами пациенток с угрозой прерывания беременности умеренная прогестероновая недостаточность определялась у 77,5%, а слабовыраженная прогестероновая недостаточность была у 22,5%.

Следует отметить, что периодичность контроля показателей кольпоцитогаммы при лечении пациенток с угрозой прерывания беременности в амбулаторных условиях должна быть не реже одного раза в неделю.

Другими критериями, позволяющими назначить лечение угрозы прерывания беременности в условиях дневного стационара, являются показатели БПП и тонуса матки (таблица)

Для определения возможности проведения или продолжения после стационарного лечения токолитической терапии важным является определение показателей БПП, которые должны быть нормальными или удовлетворительными, и только в некоторых случаях не ниже оценки 7 баллов.

В группе беременных, отобранных нами для лечения в условиях дневного стационара, нормальные показатели БПП были у 20,0% беременных, а удовлетворительные – у 75,0%.



Уровень психоэмоционального стресса у женщин с угрозой прерывания беременности в динамике лечения в условиях дневного стационара

Оценка БПП и тонуса матки у пациенток с угрозой прерывания беременности до и после лечения в условиях дневного стационара

Группа беременных	До лечения												После лечения											
	Оценка БПП в баллах						Состояние тонуса матки						Оценка БПП в баллах				Состояние тонуса матки							
	10-12		8-9		7		нормотонус		умеренный тонус		средней степени выраженности тонус		10-12		8-9		7		нормотонус		умеренный тонус		средней степени выраженности тонус	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Беременные с угрозой прерывания беременности, n=40	8	20,0	30	75,0	2	5,0	4	10,0	31	77,5	5	12,5	23	57,5	17	42,5	-	-	37	92,5	3	7,5	-	-

Одним из наиболее важных критериев возможности проведения токолитической терапии в условиях дневного стационара является показатель состояния тонуса матки.

Результаты исследований свидетельствуют, что основным критерием возможности проведения или продолжения после стационарного лечения токолитической терапии в амбулаторных условиях может быть наличие умеренного тонуса миометрия (у обследованных беременных 77,5%). В редких случаях (5 беременных) при других благоприятных показателях токолиз в амбулаторных условиях (дневной стационар) может быть проведен и при средней степени выраженности тонуса матки у беременных с угрозой прерывания беременности.

Нормализация показателей психоэмоционального состояния женщин с угрозой прерывания беременности (см. рисунок), гормонального гомеостаза, по данным кольпоцитогам, а также высокая эффективность токолитической терапии (таблица) препаратом Гинипрал позволила справиться с симптомами угрозы прерывания беременности в условиях дневного стационара за 10–14-дневный курс лечения.

**ВЫВОДЫ**

1. Лечение угрозы прерывания беременности в условиях дневного стационара следует проводить при тщательном контроле беременных.
2. При определении возможности лечения в условиях дневного стационара женщин с угрозой прерывания беременности должны быть учтены критерии, характеризующие

психоэмоциональное состояние беременных, гормональный баланс, состояние плода и тонус миометрия.

3. При соблюдении условий допустимости лечения пациенток с угрозой прерывания беременности в условиях дневного стационара возможно проведение токолитической терапии с использованием препарата Гинипрал, о чем свидетельствуют результаты проведенных нами исследований.

**Можливості лікування загрози переривання вагітності в амбулаторних умовах**

**В.В. Подольський, Вл.В. Подольський, О.П. Свята**

Визначено умови і методи обстеження жінок із загрозою переривання вагітності, що дозволяють проводити токолітичну терапію гексопреналіном (Гініпрал) в умовах денного стаціонару. Чіткий облік діагностичних критеріїв дозволяє припустити можливість амбулаторного проведення токолізу.

**Ключові слова:** загроза переривання вагітності, токолітична терапія, денний стаціонар, діагностичні критерії, амбулаторне проведення токолізу.

**Advantages in outpatient treatment of miscarriage**

**V.L. Podolskyi, Vl. V. Podolskyi, O. Svyataya**

In study were found conditions and methods of outpatient tocolysis by hexoprenaline (Ginipral). Gorpect using of diagnostic criteria gives an opportunity. Of outpatient treatment of miscarriage.

**Key words:** pregnant women with miscarriage, tocolysis, outpatient unit, diagnostic criteria, outpatient tocolysis.

**Сведения об авторах**

**Подольский Василий Васильевич** – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8, тел.: (044) 484-40-64

**Подольский Владимир Васильевич** – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

**Святая Ольга Павловна** – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Подольский В.В., Писарева С.П., Дронова В.Л., Подольский Вл.В. Аналіз медико-соціального впливу впровадження сучасних медичних технологій на покращання репродуктивного здоров'я жінок з невиношуванням вагітності // Здоровье женщины. – № 9 (65). – 2011. – С. 100–102.
2. Подольский В.В., Писарева С.П., Воробйова І.І. Невиношування вагітності. Роздуми про вирішення проблеми // Здоровье женщины. – 2009. – № 2 (38). – С. 97–102
3. Вдовиченко Ю.П., Чермак І.І. Невиношування беременности у женщин позднего репродуктивного возраста с бесплодием в анамнезе // Здоровье женщины. – 2011. – № 2 (58). – С. 250–253.
4. Запорожан В.М., Подольский Вл.В., Хомінська З.Б. Гормональні характеристики менструальної функції у жінок фертильного віку з ХЗССО // Журнал Національної академії медичних наук України. – 2012. – Т. 18, № 4. – С. 475–484.
5. Венцківський Б.М., Жабіцька Л.А. Особливості патогенезу невиношування вагітності в терміні 22–28 тижнів // Вісник наукових досліджень. – Тернопіль, 2006. – № 2. – С. 41–44.
6. Подольський Вл.В. Прегравидарна підготовка жінок з хронічними запальними захворюваннями статевих органів, профілактика і прогнозування акушерських і перинатальних ускладнень у них во время беременности – залог безопасного материнства // Здоровье женщины. – 2012. – № 8 (74). – С. 91–94.
7. Подольський В.В., Воробйова І.І., Ткаченко В.Б., Товкач С.М., Живецька-Денисова А.А., Рудакова Н.В., Писарева С.П. Підвищення стресостійкості з урахуванням стану нейроендокринної адаптації на етапі прегравидарної підготовки жінок із невиношуванням вагітності // Інформаційний лист № 108. – 2011. – К., вип. 12 з проблем «Акушерство та гінекологія».

Статья поступила в редакцию 04.10.2013