

Тактика ведения пациенток с угрозой прерывания беременности раннего срока в условиях дневного стационара

О. И. Лосева, ассистент
Т. И. Прохорович, к.м.н., доцент
С. Н. Гайдуков, д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Tactics of management of patients with threat of early pregnancy termination in day hospital

O. I. Loseva, T. A. Prokhorovich, S. N. Gaidukov
Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

Резюме

В настоящее время ранний срок беременности играет важную роль. Две трети выкидышей приходятся на начало беременности. Одной из причин самопроизвольных выкидышей является гормональная дисфункция, а именно недостаточность прогестерона. В связи с этим мы проследили течение беременности первого триместра у женщин с признаками угрожающего выкидыша и выявили, что эффективность применения интравагинальных препаратов микронизированного прогестерона (Праджисан) в группе женщин, находящихся на лечении в условиях дневного стационара, выше по сравнению с пациентками, находящимися на стационарном лечении и получающими инъекции 1-процентного масляного раствора прогестерона.

Ключевые слова: угрожающий аборт, прогестерон, ретрохориальная гематома.

Summary

At present, early pregnancy plays an important role. Two-thirds of miscarriages occur at the beginning of pregnancy. One of the causes of spontaneous miscarriages is hormonal dysfunction, namely progesterone deficiency. In this regard, we followed the course of pregnancy first trimester in women with signs of threatened miscarriage and revealed that the efficacy of tableted drugs progesterone (antiseptic) in the group of women receiving treatment in the day hospital condition is higher compared to female patients receiving inpatient treatment and injection of 1% oil solution of progesterone.

Key words: threatening abortion, progesterone, retrochorial hematoma.

Введение

Беременность — это физиологическое состояние женщины, которое не является заболеванием. Нередко течение беременности осложняется сопутствующими соматическими и гинекологическими заболеваниями. Угрожающий выкидыш — одно из часто встречающихся осложнений беременности. Частота данной патологии в первом триместре очень велика и снижается с увеличением срока гестации. В настоящее время благодаря применению современных медицинских технологий выкидыш крайне редко угрожает жизни женщины и тяжелые последствия после него также невелики. Многие авторы считают, что угрожающий и (или) свершившийся выкидыш негативно влияет на состояние молодой женщины. При этом отрицательное влияние распространяется не только на репродуктивную систему, но и на психоэмоциональный

фон [4, 5]. К предрасполагающим факторам риска возникновения угрожающего аборта относят поздний репродуктивный возраст, наличие тяжелой соматической патологии, отягощенный гинекологический анамнез, а также злоупотребление алкоголем и курение. Обособленно в группе предрасполагающих факторов можно выделить состояние гормональной системы женщины. Нередко женщины с невынашивания беременности имеют недостаточность одной из фаз менструального цикла. Прогестерон играет немаловажную роль в развитии беременности с самых ранних ее этапов. Также его роль крайне велика в подготовке организма женщины к наступлению беременности. Этот гормон подготавливает эндометрий к имплантации, снижает иммунный ответ организма матери на наполовину чужеродный плод, снижает сократительную функ-

цию матки. Выработка прогестерона происходит в желтом теле яичника, и при дисфункции последнего отмечается недостаточность прогестерона. Данная патология может оказывать свое влияние как в прекоцепционном периоде, так и в сроки беременности до 7–9 недель, когда плацента полностью еще не переняла на себя функцию продукции прогестерона. Поэтому назначение прогестерона в первые триместры беременности у пациенток с угрозой прерывания беременности или отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом играет особенно важную роль. Данное исследование оценивает существующие методы терапии угрозы потери беременности на ранних сроках.

Цель исследования: дать сравнительную характеристику результатам терапии угрожающего выки-



Счастье быть женщиной



Регистрационное удостоверение № ЛП-000698

Праджисан
прогестерон



**РЕАЛИЗУЕТ ВСЕ СВОЙСТВА
ЭНДОГЕННОГО ПРОГЕСТЕРОНА
ОТ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ
ДО 34 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ¹⁻⁸**



Неизменный состав с момента регистрации¹

1. Инструкция по применению препарата для медицинского применения Праджисан от 25.10.2016 www.girls.rosminzdrav.ru 2. При наличии показаний согласно инструкции по медицинскому применению. 3. Бруно Де Линьер Натуральный прогестерон и его особенности Российский Вестник Акушера гинеколога №3, 2003. 4. Nillius and Johansson, 1971, Norman et al, 1991, Archer et al, 1995, Artini et al., 1995). 5. Маклецова С.А., Курочкина И.О., Катаева О.А. «Роль ПИБФ и цитокинов в патогенезе преждевременных родов// Status Praesens, - M., 2014, № 7 с. 57-61. 6. Jiang et al., 1992 7. Rylance PB, Brincat M, Lafferty K, deTrafford JC, Brincat S, Parsons V, et al. Natural progesterone and antihypertensive action. Br Med J 1985; 290: 13-14; Kind FA, Ciaccio LA, Benagiano G. Increasing oral bioavailability of progesterone by formulation. J Steroid Biochem 1978; 9: 83-84.8; Maxson WS, Hargrove JT Bioavailability of oral micronized progesterone. Fertil Steril 1985. 8. Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Побединская О.С., Алиева Э.А. «Контраверсии споткнувшейся беременности», «Status Praesens» 2014, № 1, стр. 25-31.

Представительство компании с ограниченной ответственностью «Сан Фармасьютикал Индастриз Лимитед» (Индия)
Адрес: 117420, г. Москва, Проспект Мира, 119, строение 537/2.
Тел.: +7 (495) 234-51-70, факс: +7 (495) 234-56-19

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ. БОЛЕЕ ПОДРОБНУЮ ИНФОРМАЦИЮ СМОТРИТЕ В ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ.

Таблица 1
Динамика объема ретрохориальной гематомы до терапии через семь дней

Показатели	Объем гематомы до терапии, мм ³	Объем гематомы через 7 дней после начала терапии, мм ³
1-я группа	270	96
2-я группа	230	менее 20

Таблица 2
Срок купирования симптомов угрожающего аборта в обследуемых группах

Клинические симптомы	1-я группа	2-я группа
Остановка кровянистых выделений из половых путей, дней	5–7	3–4
Купирование болевого симптома внизу живота, дней	7	5

дыша у женщин на ранних сроках беременности, получавших препараты прогестерона на стационарном лечении, и в условиях дневного стационара.

Материалы и методы

Нами проведен анализ анамнеза и течения беременности в первом триместре у 67 женщин. Все беременные находились на первом триместре беременности и имели признаки угрожающего аборта, а именно тянущие боли внизу живота, скудные кровянистые выделения из половых путей. Угроза выкидыша подтверждалась по данным ультразвукового исследования — наличие ретрохориальной гематомы разной локализации. Средний возраст пациенток составил 32 года. Обследуемые пациентки были разделены на две группы. Первая группа пациенток, состоящая из 33 пациенток, находилась на стационарном лечении и ежедневно получала внутримышечные инъекции 1,0 мл 1-процентного масляного раствора прогестерона. Вторую группу составили 34 пациентки, которые находились на амбулаторном наблюдении и принимали препарат

Праджисан по схеме: одна капсула (200 мг) два раза в день интравагинально. Отягощенный акушерский анамнез имели 43 (64,2%) пациентки, заболевания щитовидной железы — 13 (19,4%), заболевания выделительной системы — 10 (14,9%) пациенток.

Результаты

В первой группе пациенток, имеющих самопроизвольные выкидыши в анамнезе, было 13 (39,4%); пациенток, у которых беременность наступила с помощью ЭКО, — 9 (27,3%). Средний срок беременности в данной группе составлял 7 недель и 5 дней. Средний объем ретрохориальной гематомы по данным ультразвукового исследования составил 270 мм³ (табл. 1). Во второй группе самопроизвольные выкидыши в анамнезе имели 15 (44,1%) пациенток, беременность наступила с помощью ЭКО у 12 (35,3%). Средний срок беременности во второй группе составил 8 недель и 3 дня. Средний объем гематомы у пациенток второй группы составил 230 мм³. Самой распространенной локализацией гематомы у пациенток являлась область внутреннего зева.

В табл. 2 представлены сроки купирования симптомов угрожающего аборта. В первой группе отмечалось прекращение кровянистых выделений из половых путей в течение 5–7, во второй группе — в течение 3–4 дней. Тянущие боли внизу живота сохранялись в первой группе до семи, во второй группе — до пяти дней.

В симптоматической терапии нуждались 11 (16,4%) обследованных пациенток. 8 (24,2%) пациенток из первой группы нуждались в повторной госпитализации в течение 6–8 недель после выписки из стационара по поводу угрожающего выкидыша, а из второй — 3 (8,8%) пациентки.

Выводы

Таким образом, препараты прогестерона являются эффективным лечением угрозы выкидыша в первом триместре беременности. Назначение интравагинальных форм прогестерона на этапе амбулаторного лечения более эффективно по сравнению с 1-процентным масляным раствором прогестерона внутримышечно и снижает риск повторной госпитализации по поводу угрозы выкидыша. Интравагинальный прием препарата убирает травматический фактор внутримышечных инъекций и неблагоприятных последствий после них.

Список литературы

1. Hayfaa A. Progestogen for treating threatened miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12) 2004.
2. Orhan Bukulmez, MD. Luteal phase defect: Myth or reality. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 31 (4): 727–44.
3. Rosenthal M. Sara. *The Second Trimester. The Gynecological Sourcebook. WebMD* (1999).
4. Wilcox A. L. Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: Prospective study from general practice. *BMJ*. 1997 (7099): 32–4.
5. Wilcox A. L. et al. Risk Factors for Spontaneous Abortion in Early Symptomatic First-Trimester Pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*. 2005 (5, Part 1): 993–9.



28 ноября 2018 г.

XXII Научно-практическая конференция «Акушерство и гинекология: актуальные и дискуссионные вопросы»

Место проведения: Москва, ул. Новый Арбат, д. 36, здание Правительства Москвы.