**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**Харківський національний медичний університет**

**«НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ»**

**Методичні вказівки з дисципліни «Медична генетика» для підготовки лікарів – інтернів, студентів 5 курсу, та лікарів курсантів циклів післядипломної освіти.**

**Затверджено**

**Вченою радою ХНМУ**

**Протокол № від 25.10.2018**

**Харків**

**ХНМУ**

**2018**

Невиношування вагітності: метод. Вказ. з дисципліни «Медична генетика» для підготовки лікарів – інтернів, студентів 5 курсу, та лікарів курсантів циклів післядипломної освіти / упор. О.Я. Гречаніна, Ю.Б. Гречаніна, С.В. Білецька та ін. – Харків: ХНМУ, 2018. – 19 с.

Упорядники О.Я. Гречаніна,

Ю.Б. Гречаніна,

С.В. Білецька

Л.В. Молодан,

О.П. Здибська,

О.В. Бугайова,

О.А. Єфремова,

Т.А. Майборода,

Т.Б. Пилипенко.

**І. Паспортна частина**

* 1. **Невиношування вагітності**

**1.2 Шифр МКХ-10:**

О02.1 Викидень.

О03 Мимовільний аборт.

О03.4 Неповний аборт без ускладнень.

O03.5 Повний або неуточнений аборт, який ускладнився інфекцією статевих шляхів і тазових органів.

O03.9 Повний або неуточнений аборт без ускладнень.

О20 Кровотеча в ранні терміни вагітності.

О20.0 Загрозливий аборт.

О20.8 Інші кровотечі в ранні терміни вагітності.

О20.9 Кровотечі в ранні терміни вагітності неуточнені.

N96 Звичний викидень.

**1.3 Для кого призначений протокол (потенційні користувачі)**

Лікарі та медсестри ХМСМГЦ-ЦР(О)З

**1.4 Ціль протоколу:**

Виявлення та реабілітація сімей з невиношуванням вагітності.

**1.4 Дата складання: січень 2017р.**

**1.5 Дата перегляду:**

**1.6 Наказ ХМСМГЦ-ЦР(О)З по розробці локальних протоколів:**

**1.7 Состав робочої групи по розробці локального протоколу «Невинашування вагітності»**

|  |  |
| --- | --- |
| П.І.Б. | Посада |
| Гречаніна Олена Яківна | Генеральний директор ХМСМГЦ-ЦР(О)З, чл.-кор. НАМНУ, д.мед.н., професор |
| Гречаніна Юлія Борисівна | Заведуюча кафедрой медичної генетики ХНМУ, д.мед.н., професор |
| Майборода Тетяна Анатоліївна | Зав. відділенням ультразвукової діагностики |
| Пилипенко Тетяна Борисівна | Лікар УЗД |

**1.8 Медико-технологічна документація галузевого рівня, на основі якої розроблений локальний протокол:**

- Наказ МОЗ України № 751 від 28.09.2012 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров’я України»;

- Наказ МОЗ України № 641/84 від 31.12.2003 «Об усовершенствовании медико-генетической помощи в Украине»;

Перелік скорочень:

|  |  |
| --- | --- |
| ХМСМГЦ-ЦР(О)З | Харківський міжобласний спеціалізований медико-генетичний центр – центр рідкісних (орфанних) захворювань |
| ЛПМД | Локальний протокол медичної допомоги |
| ОМГЦ | Обласний медико-генетичний центр |
| ММГК | Міжрайонний медико-генетичний кабінет/консультація |
| АГ | Артеріальна гіпертонія |
| АФС | Антифосфоліпідний синдром |
| АчТЧ | Активований частковий тромбопластиновий час |
| ЛЗП | Лікар загальної практики |
| ІЦН | Істміко-цервікальна недостатність |
| КТР | Куприка-тім'яної розмір |
| МВА | Мануальна вакуумна аспірація |
| МКХ | Міжнародна класифікація хвороб |
| МНВ | Міжнародне нормалізоване відношення |
| ЗАК | Загальний аналіз крові |
| ОМТ | Органів малого таза |
| УД | Рівень доказовості |
| УЗД | Ультразвукове дослідження |
| ХГЧ | Хоріонічний гонадотропін людини |
| ТОRCH | (Toxoplasmosis) токсоплазмоз, (rubella) краснуха, (cytomegalovirus)цитомегаловірусна інфекція, (herpes) герпес |
| МРТ | Магнітно-резонансна томографія |
| КТ | Комп'ютерна томографія |

**1.8 Коротка епідеміологічна інформація по району обслуговування.**

Невиношування вагітності - мимовільне переривання вагітності в терміни від зачаття до 37 тижнів, вважаючи з першого дня останніх менструації. Переривання вагітності в терміни від зачаття до 22 тижнів називають мимовільним абортом (викиднем). Переривання вагітності в терміни від 28 тижнів - 37 тижнів називають передчасними пологами. Частота мимовільних викиднів становить від 15-20% від всіх бажаних вагітностей. Вважають що в статистику не входить велика кількість дуже ранніх і субклінічних протікаючи викиднів. Багато дослідників вважають що мимовільний викидень І триместру є інструментом природного відбору; так при дослідженні абортусов знаходять 60-80% ембріонів з хромосомними аномаліями.

Частота звичного невиношування в популяції становить 2% від числа вагітностей.

У структурі невиношування частота звичного викидня від 5 до 20%.

Встановлено, що ризик втрати вагітності після першого викидня становить 13-17%, після двох попередніх мимовільних переривань ризик втрати бажаної вагітності складає 36-38%. Встановлено вплив віку матері на ризик ранніх мимовільних викиднів. Так, у віковій групі 20-29 років ризик спонтанного викидня становить 10%, тоді як в 45 років і старше - 50%.

**1.9 Матеріально-технічне оснащення:**

Ваги медичні, ростомір, сантиметр відповідно до Табелю оснащення, УЗ-апарат.

Лікарські препарати – не застосовуються.

Дезінфікуючі засоби – Бланідас 300, Клінідез, Аеродезін, Лізоформін спеціаль, Бланідас софт, АХД.

**ІІ. Загальна частина**

**2.1** **Медичні послуги, що надаються**

Центр є унікальним функціональним об’єднанням: Харківський міжобласний спеціалізований медико-генетичний центр – центр рідкісних (орфаних) захворювань, Український інститут клінічної генетики, кафедра медичної генетики Харківського національного медичного університету, асоціації спеціалістів та сімей, які мають спадкову патологію:

* Українська асоціація лікарів ультразвукової діагностики в перінатології, генетиці та гінекології;
* Асоціація лікарів–генетиків та сімей, які мають дітей з фенілкетонурією;
* Харківський благодійний фонд «Муковісцидоз» (асоціація батьків дітей–інвалідів, хворих на муковісцидоз);
* Фонд «Майбутнім поколінням»;
* Асоціація сімей, які мають дітей з хромосомними особливостями.

Основні завдання ХМСМГЦ-ЦР(О)З:

* організація надання спеціалізованої за напрямками медико-генетичної допомоги;
* проведення трирівневої профілактики вродженої та спадкової патології;
* впровадження сучасних засобів профілактики, діагностики та лікування вродженої та спадкової патології за напрямками;
* аналіз причин перинатальної та дитячої смертності від хвороб відповідно до напрямку спеціалізації та розробку профілактичних заходів (генетичний моніторинг);
* статистична звітність із узагальненими регіональними показниками за встановленими зразками, систематичний аналіз діяльності;
* забезпечення наступності у роботі із закладами охорони здоров'я у питаннях профілактики, діагностики та лікування вродженої і спадкової патології за напрямками;
* розробка питань щодо соціальної реабілітації хворих за напрямками;
* забезпечення зворотного зв'язку з ОМГЦ та ММГК з питань своєчасного виявлення, якості диспансерного спостереження та лікування хворих з вродженою та спадковою патологією за напрямками;
* визначення стратегії і розробка комплексу заходів щодо функціювання та подальшого розвитку визначеного напрямку медичної генетики на основі сучасних досягнень медичної науки і практики;
* надання консультативної допомоги, науково-практичної та організаційно-методичної підтримки закладам медико-генетичної служби різних рівнів;
* розробка базової нормативної документації за визначеним напрямком: сучасні стандарти якості проведення клінічних та лабораторних генетичних обстежень, критерії оцінки патології;
* здійснення контролю якості проведення клінічних та лабораторних генетичних обстежень за напрямками діяльності;
* надання пропозицій органам охорони здоров'я щодо удосконалення відповідного напрямку діяльності медико-генетичної служби;
* підвищення кваліфікації співробітників закладів охорони здоров'я різних рівнів за напрямками спеціалізації центру.

 При проведенні медико-генетичного консультування лікар-генетик дотримується правил біоетики і деонтології. Відповідно до чинного законодавства інформація про спадковий характер захворювання у пробанда чи у родині є конфіденційною і надається особі, яка консультувалась. Медичними спеціалістами забезпечується право пацієнта щодо необхідності інформування інших членів родини про виявлену патологію.

 У випадку, коли пробандом виступає людина зі зниженим розумовим розвитком, результати генетичних досліджень у вигляді висновку видаються батькам або особам, що їх замінюють, відповідно до чинного законодавства.

**Порядок роботи:**

1. Для консультації в ХМСМГЦ-ЦР(О)З направляються пацієнти з невиношуванням вагітності.
2. Обстеження проводиться після збору скарг, анамнезу хвороби та життя, побудови родоводу і проведення клініко-генеалогічного анализу, опису фенотипу лікарем-генетиком та проведення синдромологічного анализу, оформлення генетичної карти.
3. Тривалість первинної консультації сім'ї становить 1,5 години.
4. Нормативна документація оформлюється згідно вимогам наказів МОЗ України.

**Лікар-генетик ХМСМГЦ-ЦР(О)З:**

Гречаніна О.Я. – генеральний директор ХМСМГЦ-ЦР(О)З, чл.-кор. НАМНУ, д.мед.н., професор, лікар-генетик вищої категорії

Гречаніна Ю.Б. – зав. отд. онкогенетичної консультації, д.мед.н., професор, лікар-генетик вищої категорії

Молодан Л.В. – директор ХМСМГЦ-ЦР(О)З, к.мед.н., доцент, лікар-генетик вищої категорії

Здибська О.П. – завідувач метаболічним центром, к.мед.н., доцент, лікар-генетик вищої категорії

Бугайова О.В. – завідувач центром сполучної тканини, к.мед.н., доцент, лікар-генетик вищої категорії

Гуленко І.І. – завідувач відділення генетичного моніторингу, лікар-генетик вищої категорії

Білецькая С.В. – зам. директора ХМСМГЦ-ЦР(О)З з медичної частини, лікар-генетик другої категорії

Красов А.В. – заступник директора ХМСМГЦ-ЦР(О)З з організаційно-методичної роботи, лікар-генетик

Адамян Л. М. – лікар-генетик

Вернігор О.Ю. – лікар-генетик

Гринюк А.В. – лікар-генетик першої категорії

Грінченко Ю.Н. – лікар-генетик

Євстигнєєва О.В. – лікар-генетик

Єлісєєв В.М. – лікар-генетик

Єлькова О.А. – лікар-генетик

Забєліна О.А. – лікар-генетик

Максютіна І.А. – лікар-генетик

Нагієва К.Ф. – лікар-генетик

Хміль О.Б. – лікар-генетик

Яновська Г.О. – лікар-генетик першої категорії

* має діючий локальний протокол
* отримує інформаційну згоду пацієнта на проведення медико-генетичного консультування та обстеження
* проводить кваліфіковане медико-генетичне консультування
* проводить ефективне консультування по результатам проведенного обстеження, надає інформацію пацієнту про стан його здоров’я з рекомендаціями щодо немедикаментозного і медикаментозного лікування, тактики поведінки при раптовому погіршенні перебігу захворювання в усній формі та у вигляді заключення
* веде список пацієнтів з невиношуванням вагітності для проведення диспансерного нагляду; список включає наступну інформацію: ПІБ, дату народження (у форматі дд.мм.рррр), адресу реєстрації та проживання, контактний телефон, діагноз відповідно до останнього формулювання, примітки (додаткова інформація)

**Медична сестра ХМСМГЦ-ЦР(О)З:**

* запрошує сім'ю до кабінету для проведення медико-генетичного консультування
* обробляє поверхні, кушетку дезінфікуючим засобом
* виписує направлення на проведення медико-генетичного консультування відповідно до вказівок лікаря-генетика
* заповнює статистичний талон на кожного пацієнта
* викликає на огляд пацієнтів з диспансерної групи за вказівкою лікаря

**2.2 Діагностика:**

Лікар-генетик:

* збирає скарги, анамнез;
* проводить клініко-генеалогічний аналіз;
* проводить оцінку фенотипу;
* проводить синдромологічний аналіз;
* направляє на лабораторні обстеження, проводить оцінку (інтерпретацію) лабораторних обстежень;
* направляє на інструментальні методи обстеження, проводить оцінку (інтерпретацію) даних;
* проводить диференційну діагностику;
* виставляє діагноз.

Медична сестра:

• виписує направлення на обстеження відповідно до призначень лікаря;

• щодня о 9.00 годині забирає результати аналізів;

• щодня інформує лікаря про зміни (якщо вони є) в роботі ключових пунктів надання медичної допомоги.

**Місце проведення обстежень:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Види обстеження | Місце проведення | Примітки |
| Прийом лікаря-генетика | Каб. № 1,5,6,7,8,10,16,19,39,46 |  |
| Збір крові | Каб. № 13 |  |
| Прийом ранкової та добової сечі | Каб. № 21 |  |
| Ультразвукове дослідження внутрішніх органів, щитоподібної залози, органів малого тазу, молочних залоз | Каб. № 14 |  |
| Урінолізіс | Каб. № 21 |  |
| Дослідження добової сечі (кальцій, фосфор, оксипролін, ГАГ, сечовина, сечова кислота) | Каб. № 21 |  |
| Біохімічний профіль крові (ЛФ, загальний холестерин, триглицериди, глюкоза, АСТ, АЛТ, сечовина, сечова кислота, креатинін, залізо, КФК, ЛДГ, ГГТ, загальний білок, альбумін, загальний білірубін, кальцій, фосфор) | Каб. № 47 |  |
| Дослідження поліморфних варіантів генів ферментів фолатно-метіонінового циклу (MTHFR C677T, MTRR A66G, MTR A2756G), гену VDR Bsml  | Каб. № 20 |  |
| Цитогенетичне дослідження | Каб. № 43,44,45 |  |
| Пілокарпінова проба | Каб. № 21 |  |
| Гормони щитоподібної залози (Т4, ТТГ), статеві гормони | Каб. № 31 |  |
| Гомоцистеїн, вітаміни крові (фолієва кислота, В1, В2, В6, В12, 25-ОН-D), мікроелементи (магній, цинк, селен, мідь), важкі метали (кадмій, ртуть, свинець), антитіла до казеїну, гліадину, ПЛР на лактазну недостатність, копрограма, аналіз калу на дисбактеріоз, дофамін, серотонін, норадреналін, адреналін крові, інсектологічне дослідження | Комерційні лабораторії |  |
| МРТ, КТ | Діагностичні центри |  |

**2.3 Лікування**

 Мета лікування пацієнта з невиношуванням вагітності — попередження викидня або народження глибоко недоношеної дитини.

Лікар-генетик:

* роз’яснює пацієнту причини невиношування вагітності;
* дає рекомендації;

*Діагностичні критерії:*

Скарги і анамнез:

 затримка менструації;

 поява больового синдрому внизу живота різної інтенсивності;

 кров'янисті виділення зі статевих шляхів різної інтенсивності.

При загрозливому аборті:

 болі різної інтенсивності внизу живота;

 помірні кров'янисті виділення зі статевих шляхів.

При аборті в ходу:

 тривалий біль в нижніх відділах живота з посиленням в динаміці до

інтенсивної, що має переймоподібний характер;

 рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів.

При неповному / повному аборті:

 тягне біль в нижніх відділах живота, з посиленням в динаміці до

інтенсивної, може мати переймоподібний характер, періодично зменшуватися;

 рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів.

При нерозвиваючій вагітності:

 зникнення суб'єктивних ознак вагітності, іноді кров'янисті виділення зі статевих шляхів.

При звичному невиношуванні: переривання трьох і більше вагітностей в терміні до 22 тижнів.

анамнез:

 можуть бути мимовільні викидні;

 порушення менструальної функції;

 відсутність вагітності протягом більше 1 року (безпліддя);

При неповному / повному аборті:

 експульсія плодового яйця.

При звичному невиношуванні:

 три і більше епізоду переривання вагітності.

При істміко-цервікальної недостатності:

 раптовий розрив плодових оболонок з подальшими щодо безболісними переймами;

 випадки самовільного безболісного розкриття шийки матки до 4-6 см при попередніх вагітностях;

 наявність хірургічних втручань на шийці матки, розривів шийки матки другого / третього ступенів в минулих пологах;

 інструментальна дилатація шийки матки під час штучного переривання вагітностей.

Фізикальне обстеження:

 АТ, пульс (при загрозливому аборті гемодинаміка стабільна, при аборті в ходу / повному / неповному аборті може спостерігатися зниження артеріального тиску і почастішання пульсу).

Огляд на дзеркалах:

 при загрозливому аборті й вагітності можуть бути мізерні або помірні кров'янисті виділення.

 при аборті в ходу / повному / неповному аборті зовнішній зів відкритий, кров'янисті виділення у великій кількості, частини плодового яйця в цервікальному каналі, підтікання навколоплідних вод (може бути відсутнім в ранні терміни вагітності).

 при звичному невиношуванні вроджені / придбані анатомічні дефекти ектоцервікса, пролабірування плодового міхура з зовнішнього вічка шийки матки.

Бімануального вагінальне дослідження:

 при загрозливому аборті: відсутні структурні зміни шийки матки, матка легко збудлива, її тонус підвищений, розміри матки відповідають терміну вагітності;

 при аборті в ходу: визначається ступінь розкриття цервікального каналу;

 при повному / неповному аборті: матка м'якої консистенції, розміри менше терміну гестації, різна ступінь розкриття шийки матки;

 при вагітності: розміри матки менше терміну гестації, цервікальний канал закритий;

 при звичному невиношуванні: можливо скорочення шийки матки менш 25мм / дилатація цервикального каналу більше 1 см при відсутності маткових скорочень.

**2.4 Диспансерний нагляд**

Диспансерний нагляд проводиться за всіма пацієнтами з невиношуванням вагітності.

Лікар-генетик:

- здійснює регулярне лікарське спостереження:

- призначає планові візити пацієнта до лікаря;

- контроль виконання пацієнтом отриманих рекомендацій проводить з інтервалом у 2 – 4 тижні;

- контролює виконання рекомендацій, мотивує та корегує рекомендації та призначення;

Медична сестра:

* відповідно до призначень лікаря запрошує пацієнтів на прийом; запрошує за три доби до рекомендованого огляду;
* виписує направлення на обстеження відповідно до призначень лікаря.

**ІІІ. Етапи діагностики та ведення:**

**3.1 Алгоритм діагностики невиношування вагітності**



3.2 **Схема медикаментозного лікування**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стадіярозвитку | Визначення концентраціїХГЧ в крові | Обстеження на АФС(наявністьволчаночногоантикоагулянту,антифосфоліпідних іантікардіоліпіднихантитіл) | Гемостазіограмма | Дослідженнякаріотипа | Обстеженняна цукровийдіабет іпатологіющитовидноїзалози | Визначення рівняпрогестерона | Обстеженняна ТОRCHінфекцію |
| Загрозливий аборт | + Рівеньвідповідаєтермінугестації | - | - | - | - | - | - |
| Аборт в ходу | - | - | - | - | - | - | - |
| Повний/неповний аборт | - | - | - | - | - | - | - |
| Нерозвиваючавагітність | + рівеньнижче термінугестації абодіагностичний і незначнийприрістрівня | - | +визначенняМНО,АЧТЧ,фибрино гена при загибелі ембріона більш4 тижнів | - | - | - | - |
| Звичненевинашуваня,загрозливий викидень |  | + Наявність двохпозитивнихтитрів волчаночного антикоагулянту абоантикардіоліпінових антитілімуноглобуліну Gі / або М на рівнісередніх або високимтитром (більше 40 г / лабо мл / л або вище 99процентиль) напротягом 12 тижнів(З проміжком 4-6тижнів). | +Визначення АчТЧ,антітромбін 3, Д-дімер,агрегаціїтромбоцитів, МНО,протромбіновий час -ознакагіперкоагуляції | + виявленняносійствахромосомних аномалій,в тому числі успадкованихтромбофілійта (фактора V Лейдена,фактора II -протромбін і протеїн S) | + | +рівеньпрогестерона нижче 25ннмоль /л — є предиктором життєздатністювагітності.рівеньвище 25ннмоль /л - вказуєнажиттєздатністьвагітності. рівеньвище 60ннмоль / л - свідчить пронормальнийперебіг вагітності. | + У випадках,коли єпідозра нанаявністьінфекції або відомості пронаявностіінфекції вминулого абопроведення їїлікування |

Тактика лікування:

 спазмолітичну терапія - немає доказів ефективного та безпечного

застосування з метою попередження переривання вагітності (УД - В).

 седативна терапія - немає доказів ефективного та безпечного

застосування з метою попередження переривання вагітності (УД - В).

 кровоспинна терапія - гемостатікі. Доказової бази їх ефективності при загрозливому аборті немає, не визначена категорія FDA безпеки при вагітності.

 препарати прогестерону (при загрозливому аборті) - при затримці

менструації до 20 днів (вагітність до 5 тижнів) і стабільній гемодинаміці.

Терапія прогестагенамі забезпечує кращий результат, ніж плацебо або

відсутність терапії для лікування загрози переривання вагітності і відсутності

даних про зростання частоти гестаційної гіпертензії або післяпологових

кровотеч як несприятливих ефектів для матері, а також підвищеної

частоти вроджених аномалій у новонароджених (УД-В).

 видалення плідного яйця при аборті в ходу, неповному аборті, що не розвивається вагітності шляхом мануальної вакуум-аспірації з використанням шприца МВА (дивіться клінічний протокол «Медичний аборт»). При вагітності, що не рекомендується використання медикаментозного аборту.

NB! Пацієнтка обов'язково має бути поінформована про результати обстеження, прогнозі даної вагітності і можливі ускладнення, пов'язаних з використанням лікарських засобів.

NB! Обов'язковою є отримання письмової згоди на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

NB! При наявності клінічних ознак загрозливого аборту в терміні вагітності менше 8 тижнів і несприятливих ознак прогресування вагітності проведення терапії, спрямованої на збереження вагітності не рекомендується.

NB! Якщо пацієнтка наполягає на проведенні терапії, спрямованої на збереження вагітності, вона повинна бути відповідним чином проінформована про високу питому вагу хромосомних аномалій в даному

терміні вагітності, які є найбільш вірогідною причиною загрози її

переривання і низьку ефективність будь-якої терапії.

Немедикаментозне лікування: немає.

Медикаментозне лікування (в залежності від ступеня тяжкості захворювання):

 препарати прогестерону (УД - В):

Препарати прогестерону:

 розчин прогестерону (внутрішньом'язово або вагінально);

 мікронізований (вагінальні капсули);

 синтетичні похідні прогестерону (перорально).

При встановленні антифосфоліпідного синдрому (УД-В):

 ацетилсаліцилова кислота 75 мг / добу - прийом ацетилсаліцилової кислоти починають, як тільки тест на вагітність стає позитивним і продовжують до пологів (УД-В, 2);

 гепарин 5 000 ОД - підшкірно кожні 12 год / низькомолекулярний гепарин в середньої профілактичній дозі.

NB! Застосування гепарину починають, як тільки за допомогою УЗД зареєстрована серцева діяльність ембріона. Застосування гепарину припиняють в 34 тижні вагітності (УД-В, 2). При застосуванні гепарину проводять контроль рівня тромбоцитів щотижня протягом перших трьох тижнів, потім кожні 4 - 6 тижнів.

Якщо при попередніх вагітностях мали місце тромбози, терапія може бути

продовжена до пологів і в післяпологовому періоді (див. КП: «Тромбоемболічні ускладнення в акушерстві »пр. 7 від 27 серпня 2015 року, лікувальна тактика на етапі розродження).

Перелік основних лікарських засобів:

 прогестерон, розчин для ін'єкцій 1%, 2,5% по 1 мл; гель - 8%, 90 мг

 мікронізований, капсули100-200 мг,

 дидрогестерон, таблетки 10 мг,

Перелік додаткових лікарських засобів:

 ацетилсаліцилова кіслота50-75-100 мг, таблетки;

 гепарин 5000ЕД

 надропарин кальцію 2850 - 9500 МО анти-Ха

Інструментальні дослідження:

Ультразвукове дослідження:

При загрозливому аборті:

 сердцебиття плода визначається;

 наявність локального потовщення міометрію у вигляді валика, що випинається в порожнину матки (за відсутності клінічних проявів не має самостійного значення);

 деформація контурів плідного яйця, його вдавлення за рахунок гіпертонусу

матки (за відсутності клінічних проявів не має самостійного значення);

 наявність ділянок відшарування хоріону чи плаценти (гематома);

 саморедукція одногоз декількох ембріонів.

При аборті в ходу:

 повне / майже повне відшарування плодового яйця.

При неповному аборті:

 порожнина матки розширена > 15 мм, шийка матки розкрита, плідне яйце / плід не візуалізується, можуть визуалізуватися тканини неоднорідної ехоструктури.

При повному аборті:

 порожнину матки <15 мм, цервікальний канал закритий, іноді не повністю,

плодове яйце / плід не візуалізується, залишки продукту запліднення в порожнині матки не візуалізуються.

При вагітності, що не розвивається:

Діагностичні критерії:

 КТР плода 7 мм і більше, серцебиття немає;

 середній діаметр плодового яйця 25 мм і більше, ембріона немає;

 відсутність ембріона з серцебиттям через 2 тижні після того як УЗД показало плодове яйце без жовточного мішка;

 відсутність ембріона з серцебиттям через 11 діб після того як УЗД показало плодове яйце з жовтковим мішком.

Якщо плодовий мішок 25 мм і більше, ембріон відсутній і / або його серцебиття не зафіксовано і КТР 7 мм і вище, то у пацієнтки однозначно, зі 100% ймовірністю, не розвивається вагітність.

Прогностичні критерії вагітності при трансвагінальному УЗД: - КТР плода менше 7 мм, серцебиття немає, - середній діаметр плодового мішка 16-24 мм, ембріона немає, - відсутність ембріона з серцебиттям через 7-13 днів

після того, як УЗД показало плодовий мішок без жовточного мішка, - відсутність ембріона з серцебиттям через 7-10 днів після того, як УЗД показало плідне яйце з жовточним мішком, - відсутність ембріона через 6 тижнів від початку останньої менструації, - жовтковий мішок більше 7 мм, - маленький плодовий мішок щодо розміру ембріона (різниця між середнім діаметром плодового мішка і КТР плода менше 5 мм).

При повторних УЗД завмерла вагітність діагностують, якщо:

 ембріона і серцебиття немає як при першому УЗД, так і при повторному через 7 діб;

 порожнє плідне яйце розміром 12 мм і більше / плодове яйце з жовтковим

мішком, ті ж результати через 14 днів.

NB! Відсутність серцебиття плода - не єдиний і не обов'язкова ознака вагітності: при малому терміні вагітності серцебиття плода ще не спостерігають.

При звичному невиношуванні, загрозливому викиденю:

 виявлення вроджених / придбаних анатомічних порушень будови

репродуктивних органів;

 вкорочення шийки матки до 25мм і менш за результатами трансвагинальной цервікометріі в терміні 17 - 24 тижні. Довжина шийки матки чітко корелює з ризиком передчасних пологів і є прогностичним ознакою передчасних пологів. Трансвагинальное ультразвукове вимірювання довжини шийки матки - необхідний стандарт в групах ризику по недонашуванню.

До груп ризику по передчасним пологам відносяться:

 жінки з передчасними пологами в анамнезі при відсутності симптомів;

 жінки з укороченням шийки матки <25 мм за даними трансвагинального

УЗД в середніх термінах при одноплодной беременностіпрі відсутності

бессімптомен;

 жінки із загрозою передчасних пологів під час даної вагітності;

 жінки, які втратили 2 і більше вагітності на будь-яких термінах;

 жінки з кровотечами на ранніх термінах вагітності з утворенням

ретрохоріальних і ретроплацентарних гематом.

Алгоритм дій при невідкладних ситуаціях:

 вивчення скарг, даних анамнезу;

 огляд пацієнтки;

 оцінка гемодинаміки і зовнішнього кровотечі.

Інші види лікування:

Накладення пессарий (проте на сьогоднішній день немає достовірних даних про їх ефективність).

показання:

 виявлення короткої шийки матки.

NB! Виявлення та лікування бактеріального вагінозу на ранніх термінах

вагітності зменшує ризик самовільних абортів і передчасних

пологів (УД-А).

Показання для консультації фахівців:

 консультація гематолога- при виявленні антифосфоліпідного синдрому та

відхилень в гемостазиограмме;

 консультація терапевта - при наявності соматичної патології;

 консультаціяінфекціоніста - при ознаках ТОRCH інфекції.

Профілактичні заходи:

  жінок з передчасними пологами в анамнезі і / або укороченням шийки

матки слід виділяти в групу високого ризику з невиношування для

своєчасного призначення вагінального прогестерону: при наявності

передчасних пологів в анамнезі з ранніх строків вагітності, при вкороченні

шийки матки - з моменту встановлення.

  застосування прогестерону для підтримки лютеїнової фази після застосування ДРТ. Спосіб введення прогестерону не має значення (необхідно слідувати інструкції до препаратів).

Моніторинг стану пацієнта: після встановлення діагнозу і до початку лікування необхідно визначення життєздатності ембріона / плода та

подальшого прогнозу вагітності.

Для цього використовують критерії сприятливого чи несприятливого прогнозу даної вагітності.

Показання для госпіталізації з вказанням типу госпіталізації:

Показання для планової госпіталізації:

 істміко-цервікальна недостатність - для хірургічної корекції.

Показання для екстреної госпіталізації:

 аборт в ходу;

 неповний викидень;

 не відбувся аборт;

 не розвивається вагітність.

**3.3 Диспансерне спостереження.**

Диспансерний нагляд проводиться за всіма пацієнтами з невиношуванням вагітності.

Навчальне видання

**«НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ»**

**Методичні вказівки з дисципліни «Медична генетика» для підготовки лікарів – інтернів, студентів 5 курсу, та лікарів курсантів циклів післядипломної освіти.**

Упорядники Гречаніна Олена Яківна

Гречаніна Юлія Борисівна

Білєцька Світлана Вікторівна

Молодан Людмила Володимирівна,

Здибська Олена Пертрівна,

Бугайова Олена Влеріївна,

Єфремова Олеся Адамівна,

Майборода Тетяна Анатоліївна

Пилипенко Тетяна Борисівна.

Відповідальний за випуск О.Я. Гречаніна

Редактор

Коректор

Комп'ютерний набір

Комп'ютерна верстка