

Ведение беременности высокого риска. Комплексный подход к профилактике и лечению осложнений

Проблема беременности, при которой повышен риск заболевания или смерти матери, плода либо новорожденного до, во время или после родов, остается актуальной в современном акушерстве. Оптимальному ведению беременных высокого риска с использованием комплексного подхода к профилактике и лечению осложнений был посвящен доклад акушера-гинеколога перинатального центра Городской клинической больницы № 31 ДЗМ, доцента кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, к.м.н. Лелы Сергеевны ДЖОХАДЗЕ.

С беременностью высокого риска ассоциируются женщины:

- ✓ в возрасте 35 лет и старше и совсем юные;
- ✓ неоднократно рожавшие;
- ✓ с коротким/длинным интергестическим периодом;
- ✓ отягощенным репродуктивным анамнезом (бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии) или отягощенным акушерским анамнезом;
- ✓ соматическими заболеваниями;
- ✓ многоплодием;
- ✓ осложненным течением беременности;
- ✓ низким социально-экономическим статусом/одинокие;
- ✓ вредными привычками;
- ✓ необследованные и/или не состоящие на учете;
- ✓ не прошедшие прегравидарную подготовку.

По мнению Л.С. Джохадзе, значение прегравидарной подготовки в достижении благополучного исхода беременности переоценить сложно. Важно, чтобы подготовка была персонифицированной. Стандарт, или прегравидарный минимум, включает рекомендации по ведению здорового образа жизни (отказ от вредных привычек и потребления сырого мяса, морепродуктов, непастеризованного молока, сбалансированное

питание, избегание контакта со слюной маленьких детей, сохранение физической активности), вакцинацию от управляемых инфекций (краснуха, ветряная оспа, корь, АДС-М, гепатит В, грипп), нутритивную поддержку, коррекцию дефицита железа (контроль уровня сывороточного ферритина – 70–80 мкг/л).

При назначении нутритивной поддержки следует придерживаться клинических рекомендаций. Так, в отечественных клинических рекомендациях «Нормальная беременность» (2023) содержится раздел, посвященный прегравидарной подготовке. В нем сказано, что беременным из группы низкого риска авитаминоза не рекомендовано рутинно назначать поливитамины. Кроме того, беременным не следует назначать высокие дозы витамина D. Согласно руководству Эндокринологического общества, опубликованному в августе 2024 г. в Журнале клинической эндокринологии и метаболизма (Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism), эмпирический прием витамина D в низкой дозе 600 МЕ рекомендуется беременным в целях снижения риска развития преэклампсии, внутриутробной смертности, преждевременных родов и неонатальной смертности. Указанная

в российских клинических рекомендациях (2023) доза витамина D составляет 500–1000 МЕ.

Корректировка нутритивного статуса женщины актуальна на этапе планирования беременности, во время беременности и в послеродовом периоде. Всем женщинам необходимо восполнить дефицит фолатов и калия йодида. Нередко возникает потребность в витамине D, омега-3 полиненасыщенных жирных кислотах (ПНЖК) (докозагексаеновая кислота) и др.

Сбалансированный базовый комплекс необходимых элементов Витажиналь® Мама и малыш разработан по принципу «больше нужного, ничего лишнего» в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. В его состав входят легкоусвояемая комбинация фолатов в виде фолиевой кислоты 200 мг и L-метилфолат 200 мг, рекомендованная доза витамина D₃ 600 МЕ, йод 150 мг, омега-3 ПНЖК 200 мг, витамин E 12 мг. Эксперт подчеркнула, что комплекс Витажиналь® Мама и малыш содержит высокоактивную форму омега-3 ПНЖК в виде докозагексаеновой кислоты (ДГК) 200 мг высокого качества.

По оценкам, две-три еженедельные порции рыбы с высоким содержанием докозагексаеновой



Научно-практическая конференция «Академия инновационной и персонализированной медицины в акушерстве и гинекологии»

кислоты и низким содержанием рутути является оптимальным для получения ДГК¹. Именно поэтому беременным не рекомендовано рутинно назначать омега-3 ПНЖК, включая другие эфиры и кислоты. Согласно клиническим рекомендациям (2023), прием омега-3-триглицеридов, в том числе иных эфиров и кислот, показан беременным группам риска преждевременных родов (ПР) и задержки роста плода (ЗРП). Однако большинство беременных не имеют возможности потреблять рыбу несколько раз в неделю с достаточным содержанием ДГК. Им предлагается принимать добавки или обогащенные продукты для достижения потребления ДГК 200–300 мг/сут^{2–4}. В международных (Всемирная организация здравоохранения, WARM, EFSA) и российских рекомендациях Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) предусмотрен прием ДГК 200–300 мг/сут начиная с этапа подготовки к беременности. Установлено, что потребление ДГК снижает риск первичного бесплодия независимо от возраста, уменьшает частоту ПР до 34 и 37 недель, аллергии и atopических заболеваний у потомства, благоприятно влияет на развитие нервной системы плода и снижает риск преэклампсии и ЗРП^{5–8}.

Таким образом, Витажиналь® Мама и малыш – базовый комплекс микронутриентов содержит незаменимую ДГК в рекомендуемой дозе 200 мг, которая играет важную роль в процессе подготовки к зачатию и беременности. Безусловно, прегравидарная подготовка в сочетании с мероприятиями, проводимыми во время беременности, способствует увеличению частоты живорождения. Значение также имеет комбинированный скрининг первого триместра беременности (11–13 + 6 недель). Цели проведения скрининга предусматривают не только определение срока беременности, выявление пороков и аномалий развития плода и оценку риска хромосомных аномалий у плода, но и анализ риска развития преэклампсии, ЗРП и ПР. Высокий риск ПР по первому скринингу можно определить с помощью анамнеза или длины шейки матки пациентки. Например, ПР двойней в анамнезе связаны с повышенным риском повторных ПР при последующей одноплодной беременности⁹. Высокий риск ПР также имеют пациентки с поздним выкидышем или ПР (до 34 недель) в анамнезе, поэтому им необходимо проводить цервикометрию в динамике с 16-й по 24-ю неделю беременности с шагом 7–14 дней.

Пациенткам с одноплодной беременностью и спонтанным выкидышем или ПР на сроке 14–27 недель в анамнезе длину шейки матки определяют на сроке 14 недель, а пациенткам с одноплодной беременностью и спонтанным выкидышем/ПР на 28–36-й неделе в анамнезе – на 16-й неделе беременности. При длине шейки матки ≥ 30 мм этот параметр оценивают каждые две недели до 24 недель, при длине шейки матки 26–29 мм – также до 24 недель. При длине шейки матки ≤ 25 мм пациенткам назначают профилактический серкляж в комбинации с терапией прогестероном. У пациенток с одноплодной беременностью без отягощенного анамнеза длину шейки матки оценивают в 20 недель однократно. Беременным с длиной шейки матки > 25 мм показано рутинное наблюдение, пациенткам с длиной шейки матки ≤ 25 мм назначается терапия прогестероном. Следует учитывать, что анатомически короткая шейка матки, как и наличие операции на шейке матки или множественное расширение цервикального канала в анамнезе, а также кесарево сечение на полном открытии/травма шейки матки в родах, – фактор риска ПР. Не случайно пациенткам с анатомически короткой шейкой матки проводят цервикометрию в динамике

¹ Koletzko B., Cetin I., Brenna J.T. Dietary fat intakes for pregnant and lactating women. *Br. J. Nutr.* 2007; 98 (5): 873–877.

² Koletzko B., Bauer C.P., Bung P., et al. German national consensus recommendations on nutrition and lifestyle in pregnancy by the 'Healthy Start – Young Family Network'. *Ann. Nutr. Metab.* 2013; 63 (4): 311–322.

³ Zhang Z., Fulgoni V.L., Kris-Etherton P.M., Mitmesser S.H. Dietary intakes of EPA and DHA omega-3 fatty acids among US childbearing-age and pregnant women: an analysis of NHANES 2001–2014. *Nutrients.* 2018; 10 (4): 416.

⁴ Cetin I., Carlson S.E., Burden C., et al. Omega-3 fatty acid supply in pregnancy for risk reduction of preterm and early preterm birth. *Am. J. Obstet. Gynecol. MFM.* 2024; 6 (2): 101251.

⁵ Vahdaninia M., Mackenzie H., Dean T., Helps S. ω -3 LCPUFA supplementation during pregnancy and risk of allergic outcomes or sensitization in offspring: A systematic review and meta-analysis. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2019; 122 (3): 302–313.e2.

⁶ Bisgaard H., Stokholm J., Chawes B.L., et al. Fish oil-derived fatty acids in pregnancy and wheeze and asthma in offspring. *N. Engl. J. Med.* 2016; 375 (26): 2530–2539.

⁷ Serra R., Peñailillo R., Monteiro L.J., et al. Supplementation of omega 3 during pregnancy and the risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients.* 2021; 13 (5): 1704.

⁸ Zhao R., Gao Q., Wang S., et al. The effect of maternal seafood consumption on perinatal outcomes: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Crit. Rev. Food Sci. Nutr.* 2021; 61 (21): 3504–3517.

⁹ Schaaf J.M., Hof M.H., Mol B.W., et al. Recurrence risk of preterm birth in subsequent twin pregnancy after preterm singleton delivery. *BJOG.* 2012; 119 (13): 1624–1629.

с 16-й по 24-ю неделю беременности.

Для профилактики ПР пациенткам с отягощенным анамнезом (ранние ПР/поздний выкидыш) назначают терапию микронизированным прогестероном в дозе 200 мг один раз в сутки вагинально (Утрожестан®) с 22-й по 34-ю (до 36-й) неделю беременности в отсутствие показаний к выполнению серкляжа.

Беременным с короткой шейкой матки без отягощенного анамнеза для профилактики ПР назначают монотерапию микронизированным прогестероном 200 мг/сут вагинально с момента постановки диагноза до 34 недель. Пациенткам с истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН) показан профилактический серкляж в комбинации с терапией микронизированным прогестероном 200 мг/сут вагинально с момента постановки диагноза до 34 недель беременности.

При беременности предпочтение отдается интравагинальному введению прогестерона. Это связано с тем, что интравагинальный способ введения обеспечивает большую площадь под кривой и более стабильную концентрацию¹⁰. Благоприятным в данном аспекте представляется препарат микронизированного прогестерона (Утрожестан®), вводимый интравагинально и полностью идентичный натуральному прогестерону. Назначение серкляжа беременным без анамнеза ПР или позднего выкидыша можно рассмотреть при длине шейки матки менее 10–15 мм до 24 недель беременности. При неэффективности

серкляжа добавление прогестерона достоверно ($p < 0,05$) увеличивает средний срок на момент родов¹¹.

По оценкам, ИЦН имеет место у 20% женщин с привычным невынашиванием беременности и ПР. Таким пациенткам показано проведение профилактического (анамнестического) серкляжа: до беременности – лапароскопического, во время беременности – вагинального серкляжа после первого скрининга.

Ведение пациенток с преэклампсией, тяжелой ЗРП или антенатальной гибелью плода в анамнезе предусматривает:

- ✓ обследование на антифосфолипидный синдром (в случае антенатальной гибели и на дефицит протейна S);
- ✓ прием аспирина 150 мг с конца первого триместра до 36 недель, кальция, витамина D и омега-3 ПНЖК;
- ✓ физическую активность;
- ✓ сбалансированное питание;
- ✓ отказ от курения;
- ✓ назначение микронизированного прогестерона при угрожающем выкидыше.

Метаанализ показал преимущество применения вагинального микронизированного прогестерона в первом триместре беременности. Согласно полученным данным, вагинальный микронизированный прогестерон при начале терапии в первом триместре на 39% снижает риск преэклампсии по сравнению с плацебо¹².

Ранняя преэклампсия является одним из основных перинатальных рисков у пациенток с привычным невынашиванием беременности.

Субклиническое децидуальное кровотечение, сопровождающееся высвобождением тканевого фактора, повышением тромбина, экспрессии антиангиогенных факторов и ингибированием экспрессии рецепторов к прогестерону, также чревато развитием преэклампсии. Использование вагинального микронизированного прогестерона (Утрожестан®) у женщин с привычным выкидышем, угрозой выкидыша или риском ПР на раннем этапе может снизить риск развития преэклампсии в более поздние сроки гестации.

Наибольший эффект достигается при использовании микронизированного прогестерона (Утрожестан®) в дозе 400 мг два раза в сутки. В рандомизированных контролируемых исследованиях PROMISE и PRISM продемонстрирована эффективность терапии препаратом микронизированного прогестерона Утрожестан® 400 мг два раза в сутки в значимом повышении частоты живорождений у асимптоматичных женщин с тремя и более выкидышами неясной этиологии в анамнезе и у женщин с вагинальным кровотечением в первом триместре^{13, 14}.

Важно, что микронизированный прогестерон характеризуется доказанным в ряде исследований хорошим профилем безопасности. «При назначении гестагена пациентке с угрозой выкидыша и потерями беременности в анамнезе следует сделать выбор в пользу наиболее эффективного и безопасного из них – препарата Утрожестан®», – констатировала Л.С. Джохадзе. 📌

¹⁰ Devroey P., Palermo G., Bourgain C., et al. Progesterone administration in patients with absent ovaries. *Int. J. Fertil.* 1989; 34 (3): 188–193.

¹¹ Roman A.R., Da Silva Costa F., Araujo Júnior E., Sheehan P.M. Rescue adjuvant vaginal progesterone may improve outcomes in cervical cerclage failure. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2018; 78 (8): 785–790.

¹² Melo P., Devall A., Shennan A.H., et al. Vaginal micronised progesterone for the prevention of hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2024; 131 (6): 727–739.

¹³ Coomarasamy A., Williams H., Truchanowicz E., et al. A randomized trial of progesterone in women with recurrent miscarriages. *N. Engl. J. Med.* 2015; 373 (22): 2141–2148.

¹⁴ Coomarasamy A., Devall A.J., Cheed V., et al. A randomized trial of progesterone in women with bleeding in early pregnancy. *N. Engl. J. Med.* 2019; 380 (19): 1815–1824.

ВИТАЖИНАЛЬ®

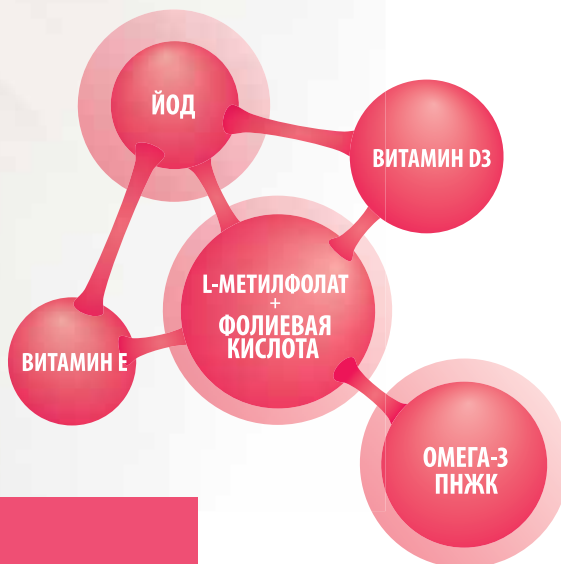
МАМА И МАЛЫШ

БЕЗЕН®

НОВАЯ
УЛУЧШЕННАЯ
ФОРМУЛА**

Комплекс ключевых микронутриентов
для здоровья мамы и малыша

- витамин D3 600 МЕ
- комбинация фолатов
- Омега-3 — ДГК высокого уровня качества и очистки*



Поддержка при:



планировании беременности



беременности



кормлении грудью



Подробная информация
на сайте [Витажиналь.рф](https://vita-jinal.ru)

BESINS
HEALTHCARE
На вашей стороне. Ради жизни

ООО «Безен Хелскеа РУС»,
Россия, 123100, Москва, ул. 2-ая Звенигородская, вл. 12, стр. 1.
Тел.: (495) 980 10 67; факс: (495) 980 10 68
www.bezen.ru
Листок-вкладыш к БАД "Витажиналь мама и малыш"

ПНЖК - полиненасыщенные жирные кислоты. ДГК - докозагексаеновая кислота.
Клинический протокол Междисциплинарной ассоциации специалистов
репродуктивной медицины (МАРС). Версия 3.1 / [Коллектив авторов]. — М.:
Редакция журнала StatusPraesens, 2024. — 124 с.
*- <https://basfglobal.showpad.com/share/R4xDd6vr6DZtbyWkHaCpm>
** По сравнению с комплексом Витажиналь Мама

Реклама

БАД, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ