

Интервью с гематологом-гинекологом Бобровым С.А. Беременность после перинатальной утраты

Большое количество замерших беременностей, антенатальных гибелей плода, отслоек плаценты и осложнений, связанных с гипоксией плода, хронической плацентарной недостаточностью и проблемами маточно-плацентарного кровотока обусловлено дефектами при формировании плаценты или даже на этапе закладки плодного яйца. Всё это - проблемы гематологии в области акушерства и гинекологии при условии отсутствия гормональных нарушений и инфекций. Мы побеседовали с экспертом фонда - Бобровым Сергеем Александровичем, одним из лучших российских практикующих гематологов-гинекологов, врачом акушером-гинекологом, гематологом, кандидатом медицинских наук, доцентом, исполняющим обязанности заведующего кафедрой репродуктивного здоровья женщин СЗГМУ им. И.И. Мечникова об эффективном планировании и продуктивном ведении следующей беременности после перинатальной утраты. Интервьюер Силова Инна – координатор качественных социологических исследований фонда.

***Вопрос:** Через какое время можно беременеть после антенатальной гибели плода при физиологических родах и при оперативном родоразрешении с точки зрения системы гемостаза, если все показатели проверены, всё под контролем врача?*

Доктор Бобров С.А.: Планировать новую беременность после потери беременности на позднем сроке условно можно через полгода. То есть к моменту следующих родов должно пройти больше года. Не к моменту начала планирования и зачатия, а к моменту следующих родов. Поэтому мы рекомендуем «потратить» шесть месяцев на то, чтобы психологически восстановиться. Кроме того, в этот же срок быстро, по «горячим следам» понять причину гибели плода, и в последние 1 – 2 месяца из этих шести приступить к подготовке следующей беременности. Разумеется, при условии, что у женщины нормальное УЗИ малого таза, регулярный менструальный цикл и проч.

***Вопрос:** Сколько времени нужно выждать до следующей беременности, если потеря произошла на ранних сроках?*

Иначе выглядит ситуация, когда потеря беременности произошла на раннем сроке. Частая ошибка, когда доктора «по-старинке» рекомендуют отдохнуть и планировать беременность через полгода, а иногда даже встречаются рекомендации, – и через год. Нет, сегодня есть исследования, которые показали: чем дольше интервал между беременностями у женщин с

Интервью с гематологом-гинекологом Бобровым С.А. Беременность после перинатальной утраты анамнезом невынашивания беременности на раннем сроке, тем больше вероятность того, что эта потеря будет повторяться.

Вопрос: *Поясните пожалуйста, почему женщинам, потерявшим беременность на ранних сроках, нужно планировать следующую беременность уже через 2 – 3 месяца?*

Доктор Бобров С.А.: Потому что были наблюдательные исследования, показавшие, что стирается грань. Через год мы уже не понимаем причины, почему произошла замершая беременность год назад. Как правило, каких пациентов мы – врачи, видим. Женщина приходит через полгода после замершей беременности на прием и говорит: «У меня была замершая беременность. Я хочу понять причину». Уже поздно понимать причину. Причину нужно было выяснять сразу. А когда ей делали выскабливание в стационаре, чаще всего назначали комбинированные оральные контрацептивы, говоря: «Полгода попринимаешь. Планируй беременность только через год. Перед планированием приди в женскую консультацию». Это чаще всего то, что женщина слышит после стационара. Так и делает и приходит к специалисту, который занимается этой проблемой, спустя год. Это для нас уже глубоко небеременная здоровая женщина. И даже если мы что-то найдем у какого-то процента, у большинства женщин мы не увидим никакой яркой патологии. А наступит следующая беременность – эта патология вновь начнет развиваться. Это показали исследования.

Более того, за этот год у женщины могут появиться новые факторы риска. Например, на фоне стрессовой ситуации она начнет набирать вес, появятся какие-то заболевания, начнет, например, повышаться давление. В принципе, она станет на год старше. Репродуктивные планы следует реализовывать как можно раньше и быстрее, поэтому, во всем мире не принято ждать. Случилось – ищем причину, лечим и готовимся к новой беременности. Это с лихвой три месяца: месяц, чтобы сдать все анализы, получить их результаты. И два месяца на подготовку. При этом в случае необходимости провести антибактериальную терапию, физиотерапию, подкорректировать что-то с гормональной стороны (что-то назначить на 1 – 2 месяца), посмотреть кровь (назначить подготовительную терапию со стороны гемостаза). И тогда через 3 – 4 месяца направить женщину в планирование следующей беременности, если потеря беременности была на раннем сроке.

Вопрос: *Уточните, пожалуйста. Если произошла потеря беременности на раннем сроке, - женщина сразу же пришла к врачу, начала обследоваться; в течение трех месяцев обследовалась. Но беременеет она только через год*

Интервью с гематологом-гинекологом Бобровым С.А. Беременность после перинатальной утраты после замершей беременности. Это не проблема? Проблема только в том, чтобы рано прийти и «поймать» причину?

Доктор Бобров С.А.: В принципе, да. Но, при планировании беременности через год ситуация по факторам риска может измениться. Возраст, вес, семейный анамнез. За этот год у нее может произойти что-то, не дай Бог, с родителями. И это будет, например, отягощенный семейный тромботический анамнез. У отца случится, к примеру, тромбоз глубоких вен нижних конечностей в возрасте 45-и лет. И тогда для нас это будет уже новым фактором риска, который мы не будем учитывать или не успеем учесть.

Лучше стараться психологически восстанавливаться как можно быстрее, начать планировать и не ждать год. Потому что, если бы не произошло этой трагедии сейчас, женщина уже была бы беременна, родила, стала бы матерью. Поэтому надо быстрее к этой цели идти. Затягивать тут нечего.

Были психологические исследования, выявившие, что, чем дольше женщина ждет перед планированием следующей беременности, тем больше страхов перед ним возникает. Ей тяжелее решиться, она себя больше «грызет» изнутри, когда переживает весь этот год ситуацию, подходя к следующему планированию.

Тем не менее, пациенты все разные. Кому-то, может быть, на пользу будет этот год, кто-то «выключит голову», сможет забыть и быстро пережить, а кто-то весь год себя будет «грызть» и думать об этом. Будет гораздо лучше, если такая женщина, несмотря ни на что, отвлечется новой беременностью.

***Вопрос:** Для того, чтобы женщинам при планировании следующей беременности после антенатальной гибели плода понять какие их ждут затраты, скажите, пожалуйста, в каких случаях назначаются антикоагулянты с самого начала беременности, а в каких – по результатам анализов уже во время беременности?*

Доктор Бобров С.А.: Сложно сказать, поскольку все индивидуально. То есть, когда мы решаем назначать или нет терапию теми же низкомолекулярными гепаринами с момента подтверждения маточной беременности и до родов, или с 28-и недель и до родов (как иногда бывает) или с 16-и недель и до родов, – все это зависит от определенных факторов риска у самой женщины. Для таких ситуаций есть определенные международные рекомендации, которые регламентируют тот или иной подход (с раннего срока; чуть позже или на более поздних сроках беременности). Врач в этом случае выступает счетоводом: он смотрит на женщину, оценивает ее факторы риска и, в зависимости от их количества,

Интервью с гематологом-гинекологом Бобровым С.А. Беременность после перинатальной утраты принимает решение, с какого времени назначить терапию. У одних пациенток мы начинаем терапию сразу, если факторов риска много. У других, если их мало или нет совсем – на более поздних сроках. Кроме того, на протяжении самой беременности факторы риска могут меняться, и врач динамически проводит их переоценку.

Например, у пациентки была антенатальная гибель в 39 недель беременности. Беременность протекала нормально, женщина наблюдалась в женской консультации, получала какие-то общие рекомендации. И внезапно случилась антенатальная гибель. При этом у нее есть избыточный вес, кроме того, у ее матери, предположим, был инсульт в 49 лет и, допустим, была беременность после первой попытки ЭКО. Здесь факторы риска: первый – возраст инсульта у матери, собственный избыточный вес (ожирение) – второй фактор риска. Третий фактор риска – беременность после ЭКО. И четвертый фактор риска – это осложненный акушерский анамнез, то есть антенатальная гибель во время первой беременности. Получается, если пациентка насчитывает 4 фактора риска, мы, не задумываясь, какие бы прекрасные анализы у нее ни были в следующую беременность, должны назначить терапию низкомолекулярными гепаринами от момента подтверждения маточной беременности. Так нас заставляют поступать международные рекомендации, которые для этого специально разработаны. А если у женщины все идеально, ей 22 – 24 года (я не беру во внимание ее анализы, ведь мы еще можем что-то обнаружить при обследовании). Ну, допустим: идеальные анализы, молодой муж и никаких факторов риска нет. С родителями тоже все в порядке, но та самая антенатальная гибель внезапно произошла в 39 – 40 недель беременности. У такой пациентки мы будем отслеживать состояние гемостаза на ранних сроках, смотреть, как ведет себя кровь. Если мы видим ухудшения в анализах, то принимаем решение индивидуально. Международные рекомендации так и говорят: решение может быть принято экспертом индивидуально. А если у женщины под наблюдением ничего не ухудшается, все показатели в норме, то, как правило, в этом случае мы назначаем терапию низкомолекулярными гепаринами с 28-и недель беременности. Но, еще раз повторюсь, это может решить только врач. И пациентке тяжело заранее рассчитать, когда будет начата эта терапия. Можно предположить после первой и даже повторной консультации, когда мы видим весь набор анализов. А бывает, беременность поворачивает все «с ног на голову»: до беременности все идеально, а наступает беременность, и мы видим нарастающие изменения – и антифосфолипидные антитела, и активацию свертывания крови. И так бывает весьма часто.

Неспроста я всегда говорю своим пациенткам, что при положительном сердцебиении у эмбриона мы обязаны пересмотреть те анализы, которые проводили на этапе планирования беременности или сразу после антенатальной гибели плода. Потому что может все поменяться.

***Вопрос:** По каким критериям при планировании беременности после антенатальной гибели плода женщина может понять, какая ей нужна дозировка фолиевой кислоты и метилфолатов?*

Доктор Бобров С.А.: Принцип дозировки следующий: дозу фолатов мы рассчитываем, исходя из уровня гомоцистеина. Если гомоцистеин повышен, мы начинаем думать, какие фолаты выбрать.

Норма гомоцистеина – меньше 8 мкМ/л на любом сроке беременности и во время ее планирования. Если гомоцистеин у женщины, например, 8,5, то совершенно «железно» она может начинать с обычной фолиевой кислоты. Принимая 3 – 4 недели фолиевую кислоту, ей следует пересдать уровень гомоцистеина, и, если гомоцистеин в диапазоне до 8 мкМ/л, женщина совершенно спокойно может продолжать ее прием. А вот если уровень гомоцистеина у нее 15 и выше (такой уровень достоверно может быть связан с рецидивирующей отслойкой плаценты, с антенатальной гибелью плода или часто бывает причиной хромосомной патологии у плода и невынашивания беременности на раннем сроке), то чаще всего назначением обычной дозы фолиевой кислоты мы не обойдемся. Здесь мы вынуждены добавлять активную форму фолиевой кислоты. Это 5-метилтетрагидрофолат или метафолин или L-метилфолат. Эти препараты в несколько раз активней, чем сама фолиевая кислота и, как правило, нормализуют уровень гомоцистеина достаточно быстро. Это первый момент.

И второй момент: очень важно, как женщина сдает гомоцистеин. Это самая частая ошибка, которую я вижу, когда ко мне приходят на прием. Гомоцистеин необходимо сдавать строго натощак. При этом накануне, перед сдачей анализа за 14 часов пациентка исключает любые продукты белкового происхождения. Например, она планирует определить уровень гомоцистеина в 9 утра. Значит, за 14 часов, то есть, с 7-и вечера предыдущего дня пациентка ест только фрукты или овощи, исключив из рациона рыбу, мясо, майонез, сметану, кефир, молоко, а также орехи и бобовые. И вот тогда, придя в лабораторию в 9 утра сдавать гомоцистеин, она получит свою истинную цифру. А если она съест, например, куриную котлету в 9 вечера, то наутро ее гомоцистеин будет 10, 12, 14 мкМ/л. Это одна из самых частых ошибок.

Интервью с гематологом-гинекологом Бобровым С.А. Беременность после перинатальной утраты

***Вопрос:** Как я понимаю, Ваша позиция по поводу иммуноглобулинов основывается на том, что иммуноглобулины являются неэффективным способом профилактики антенатальной гибели плода даже при антифосфолипидном синдроме?*

Доктор Бобров С.А.: Нет, у меня не совсем такая однозначная позиция. Я не люблю иммуноглобулины прежде всего из-за их высокой стоимости. Второй момент: последние два года, на международных конгрессах, я не слышу никакой информации по иммуноглобулинам. Пик интереса к ним на Западе прошел.

По моему мнению, если бы стоимость иммуноглобулина была невысокой, его можно было бы назначать гораздо шире. Поскольку препарат стоит 16000 – 20000 рублей, врач должен взвесить все «за» и «против». Почему на Западе стали отказываться от иммуноглобулинов? Потому что у одних пациенток с антифосфолипидным синдромом, с привычным невынашиванием препарат прекрасно работает, у других пациенток никакого эффекта мы не видим, а у каких-то женщин мы наблюдаем отрицательный результат. Поэтому для меня лично терапия иммуноглобулинами – это терапия «отчаяния», когда оказываются неэффективными все остальные методы лечения.

Кстати, существует альтернатива иммуноглобулинам – это интралипиды, которые мне нравятся гораздо больше. Они сопоставимы по эффективности с иммуноглобулинами (правда, имеют другой механизм действия), а стоят гораздо дешевле – всего 200 – 300 рублей.

***Вопрос:** Встречается информация о вреде аспирина в первом триместре беременности для формирования плода. Так как антиагреганты содержат аспирин, вредны ли они для будущего ребенка?*

Доктор Бобров С.А.: Противопоказания, которые написаны в инструкции, касаются высоких доз аспирина. С точки зрения акушерства, мы рассчитываем дозу аспирина исходя из веса тела женщины (1 миллиграмм на килограмм веса). То есть, пациентке весом 50 кг мы назначим аспирин в дозировке 50 мг, пациентке весом 70 кг – в дозировке 75 мг, потому что у нас нет формы выпуска препарата 70 мг. Пациентке весом 100 – 120 кг мы предложим аспирин в дозировке 100 – 150 мг. Но эта дозировка, исходя из веса, ничтожно мала и ни с чем негативным не связана. Опять же, у нас есть четкие международные рекомендации, которые говорят, что, например, при антифосфолипидном синдроме мы не имеем права не назначить аспирин и обязаны это сделать с самого раннего срока беременности.

Противопоказания касаются высоких доз, если женщина принимает в сутки пять граммов и больше. Как правило, это шипучий аспирин

Интервью с гематологом-гинекологом Бобровым С.А. Беременность после перинатальной утраты жаропонижающих препаратов. В акушерстве мы назначаем кардиодозы, низкие дозы. Они безопасны.

Второй момент, у кардиодоз аспирина есть чудесный эффект, который увеличивает вероятность частоты имплантации у женщины. Были проведены исследования, которые показали, что аспирин в микродозах увеличивает продукцию интерлейкина-3 (специального вещества), который, в свою очередь, облегчает инвазию плодного яйца в эндометрий и способствует выработке ХГЧ и выработке прогестерона. С этих позиций оправдано назначение аспирина еще с момента планирования беременности и на ранних сроках. Эти препараты, повторюсь, в микродозах безопасны.

***Вопрос:** Могут ли возникнуть негативные последствия при приеме низкомолекулярных гепаринов беременной в виде недостатка кальция у плода и кровотечения после рождения?*

Доктор Бобров С.А.: Наверное, эти побочные эффекты могут возникнуть. Видим мы их редко, но они могут быть. Если мы понимаем, что женщина будет получать всю беременность терапию низкомолекулярными гепаринами, то периодически в ее рационе должны присутствовать добавки кальция и витамина D. Как правило, она может совершенно спокойно принимать кальций в дозе 1000 мг и витамин D в районе 800 МЕ курсами.

И, если мы знаем, что пациентка изначально в группе риска по дефициту веса или в группе риска по остеопорозу (есть определенные факторы, по которым мы это выясняем), периодически нужно добавлять эти препараты. В этом случае и с матерью, и с новорожденным все будет в порядке.

Что касается кровотечения у новорожденных, оно может произойти только в том случае, если мы неправильно рассчитали дозировку препарата и/или женщина получала очень высокую дозу длительное время.

***Интервьюер И.С. :** Большое спасибо!*