

## РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ В XXI ВЕКЕ ОБМЕН МЕЖДУНАРОДНЫМ ОПЫТОМ В КИЕВЕ

«Мультидисциплинарный подход в гинекологии является чрезвычайно важным вопросом» – об этом сказала заместитель директора ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», член-корреспондент НАМН Украины, д. мед. н., профессор Татьяна Феофановна Татарчук, открывая международную конференцию. Инициаторами проведения этого яркого и насыщенного научного мероприятия стали компании Bionorica SE и Besins Healthcare, производители известных во всем мире препаратов, широко применяемых, в том числе в акушерстве и гинекологии. Профессор Т.Ф. Татарчук, приветствовавшая участников конференции, представила один из докладов – он был посвящен лечению недостаточности лютеиновой фазы (НЛФ).

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» был представлен и другими известными и уважаемыми специалистами. Это заведующий отделением внутренней патологии беременных, д.мед.н., профессор Владимир Исаакович Медведь, выступивший с докладом на тему «Инфекции мочевых путей у беременных: что изменилось и что осталось неизменным», а также главный научный сотрудник акушерского отделения экстрагенитальной патологии беременных ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», д. мед. н. Юлия Владимировна Давыдова. Она выступила с докладом «Преждевременные роды в XXI веке: синопсис и практика». Однако первое слово было предоставлено специалисту из Российской Федерации, **д. мед. н., профессору, заведующей учебной частью кафедры акушерства и гинекологии Первого Московского медицинского университета имени И.М. Сеченова (Москва), Тамаре Викторовне Овсянниковой**. Она начала свое выступление с информации о возможностях современной фитотерапии в эндокринной гинекологии. Второй доклад профессора Т.В. Овсянниковой был посвящен вопросам ведения беременности при бесплодии и невынашивании беременности.

Открывая тему возможностей фитотерапии и, в частности, препаратов компании Бионорика в гинекологической практике, профессор Т.В. Овсянникова сказала, что, к сожалению, традиционно врачи начинают лечение с препаратов химического происхождения, забывая о возможностях препаратов на растительной основе, особенно когда речь идет о необходимости применения гормональной терапии. В то же время, в распоряжении специалистов имеются фитопрепараты, которые не только широко применяют в гинекологической практике, но и прошли серьезные клинические испытания, доказавшие их эффективность и безопасность. Профессор Т.В. Овсянникова предложила обсудить вопрос

применения фитопрепаратов при нарушениях менструального цикла на фоне гиперпролактинемии у пациенток с предменструальным синдромом, а также с доброкачественными заболеваниями молочных желез. Профессор напомнила, что в гинекологической практике нарушения менструального цикла составляют от 24 до 45%, к ним относят первичную и вторичную аменорею, а также олигоменорею. Эти нарушения требуют регуляции менструального цикла с помощью гормональных и негормональных препаратов. Для выбора метода терапии существует жесткий алгоритм обследования, включающий клинические методы, обязательное обследование молочных желез, ультразвуковые и рентгенологические методы, при необходимости лапароскопию и гистероскопию. Однако основой дифференциальной диагностики, как отметила профессор Т.В. Овсянникова, является гормональный скрининг, позволяющий разделить пациенток на две группы: с нормо- и гиперпролактинемией. В свою очередь, алгоритм обследования при гиперпролактинемии должен быть направлен на дифференциацию функциональной и опухолевой гиперпролактинемии. Практически 60% в практике врача составляют случаи функциональной гиперпролактинемии. Именно при умеренной гиперпролактинемии профессор Т.В. Овсянникова считает эффективным и оправданным применение фитопрепарата Циклодинон.

Этот препарат компании Бионорика содержит специальный экстракт *Vitex agnus-castus* BNO 1095 (прутняк, витекс священный). Основным действием Циклодинона является снижение повышенного уровня пролактина. Его применяют при умеренной гиперпролактинемии, показатели которой не превышают 25-30 нг/мл. Особенность Циклодинона заключается в том, что, являясь фитопрепара-



### Т.В. ОВСЯННИКОВА

д. мед. н., профессор,  
заведующая учебной частью  
кафедры акушерства и  
гинекологии Первого  
Московского медицинского  
университета имени  
И.М. Сеченова (Москва)



При угрозе прерывания беременности на ранних сроках назначают 300-400 мг/сут прогестерона

том, по эффективности устранения латентной гиперпролактинемии, он обладает сопоставимой с синтетическими ингибиторами секреции пролактина эффективностью. При этом у Циклодинона отсутствуют характерные для синтетических препаратов побочные действия. В представленном профессором Т.В. Овсянниковой исследовании проводили сравнение препаратов бромкриптин и Циклодинон. Результаты исследования свидетельствуют о постепенной нормализации уровня пролактина на фоне приема Циклодинона, вследствие чего его рекомендуют принимать не менее 3 мес., с возможностью пролонгировать курс лечения до 6 мес. Циклодинон снижает повышенный уровень пролактина, нормализует менструальный цикл, влияет на работу желтого тела и может занимать достойное место среди препаратов с аналогичным действием, при этом обладает высокой степенью безопасности.

В своем выступлении профессор Т.В. Овсянникова остановилась на терапии больных с предменструальным синдромом. Многие пациентки репродуктивного возраста предъявляют жалобы на болезненность и нагрубание грудных желез во второй фазе менструального цикла. Этот симптом, наряду с раздражительностью, вспыльчивостью, головной болью является фактором, негативно воздействующим на повседневную жизнь женщины. Профессор отметила, что масталгия не всегда сочетается с фиброзно-кистозной болезнью. Данные, представленные на конференции, свидетельствуют, что фиброзно-кистозная болезнь выявляется максимум у 35% пациенток. В остальных случаях это связано с функцией желтого тела. Иногда жалобы возникают на фоне нормального двухфазного цикла. И все же онкологи-маммологи настаивают на том, что масталгию, даже без фиброзно-кистозной болезни, необходимо лечить. Фитопрепарат Циклодинон помогает избавить женщину не только от масталгии, но и от других симптомов предменструального синдрома (ПМС), причем фитопрепарат, по мнению профессора Т.В. Овсянниковой, является эффективным методом лечения ПМС у пациенток репродуктивного возраста с гиперпролактинемией. Клиническое снижение симптомов как при гиперпролактинемии, так и при нормальном уровне пролактина, происходит у 30% женщин через месяц, у 50% женщин – через 2 мес. После 3 мес. приема Циклодинона клинический эффект отмечают почти 67% пациенток с жалобами на ПМС и масталгию.

Еще один препарат, на действие которого обратила внимание участников конференции профессор Т.В. Овсянникова, – Мастодинон немецкой компании Бионорика, в состав ко-

торого входят: фиалка альпийская, применяющаяся при лечении головной боли, нервно-психических расстройств; витекс священный, как уже было отмечено, используется при боли в молочной железе, менструальных расстройствах, дисменорее, для лечения мигрени. Благодаря разноплановому действию растений, экстракты которых содержатся в препарате Мастодинон, сам он тоже имеет широкий спектр действия. Клинические испытания этого фитопрепарата доказали его возможность снижать повышенный уровень пролактина. Регуляция цикла на фоне приема Мастодинона происходит при легкой гиперпролактинемии и при нормальном уровне гормона. Среди основных показаний для назначения Мастодинона – фиброзно-кистозная мастопатия, его также назначают при ПМС с выраженной мастодинией, бесплодии на фоне неполноценной лютеиновой фазы. Говоря о длительности приема Мастодинона, профессор Т.В. Овсянникова поделилась мнением российских коллег, которые считают, что при фиброзно-кистозной болезни Мастодинон следует применять в течение 6 мес., естественно, при контрольном обследовании пациентки.

В ходе многочисленных рандомизированных плацебо-контролируемых исследований неоднократно была установлена высокая эффективность препарата Мастодинон, в частности, в лечении мастодинии. Регуляции менструального цикла на фоне приема Мастодинона удается достичь у 70% пациенток. Исследования российских ученых показали достоверное снижение тяжести ПМС на фоне приема Мастодинона. Завершая выступление, посвященное возможностям применения препаратов Циклодинон и Мастодинон в эндокринной гинекологии, профессор Т.В. Овсянникова напомнила, что наиболее эффективными эти лекарственные средства будут лишь при назначении их с учетом всех показаний и противопоказаний.

**Еще один доклад, представленный профессором Тamarой Викторовной Овсянниковой на международной конференции «Эффективное и безопасное сохранение беременности на ранних и поздних сроках», был посвящен ведению беременности при бесплодии и невынашивании беременности.** Выступающая отметила важность тщательной диагностики среди женщин как с бесплодием, так и с невынашиванием беременности, в том числе, на наличие экстрагенитальной патологии и инфекционных заболеваний, передающихся половым путем, так как среди причин невынашивания инфекционный фактор занимает второе место. Чрезвычайно важным также является гормональный скрининг, кото-

рый предполагает определение уровней пролактина, эстрогенов, андрогенов, гормонов надпочечников, щитовидной железы, а также уточнение регулярности менструаций. Впрочем, даже при регулярном менструальном цикле причин бесплодия, по словам профессора Т.В. Овсянниковой, достаточно много. К ним относятся воспаления, заболевания маточных труб, опухоли матки и придатков, чисто эндокринные нарушения; имеет место и мужской фактор бесплодия. Докладчица отметила важность и такого фактора, как неполноценность лютеиновой фазы (объемный доклад на эту тему представила профессор Т.Ф. Татарчук). Профессор Т.В. Овсянникова отметила, что приблизиться к диагнозу НЛФ дают возможность тесты функциональной диагностики, определение уровня тестостерона и состояния эндометрия.

Одной из самых важных причин невынашивания беременности, по мнению профессора Т.В. Овсянниковой, является недостаток прогестерона в лютеиновой фазе в момент наступления беременности, а также недостаток прогестерона в I ее триместре. Снижение уровня прогестерона запускает иммунные механизмы, которые на фоне гиперпрогестеронемии, по мнению докладчицы, губят даже нормальную здоровую беременность. Подытоживая сказанное о причинах невынашивания в I триместре беременности, профессор Т.В. Овсянникова отметила, что это генетические факторы, инфекции и гормональные иммунные нарушения за счет снижения уровня прогестерона. В меньшей степени воздействуют тромбофилические и анатомические факторы. Прогестерон на ранних сроках беременности тесно взаимосвязан с хорионическим гонадотропином. Он не только является маркером беременности, но и до 12-13 нед поддерживает функцию желтого тела. При нарушении этой связи за счет снижения прогестерона либо на фоне неполноценного эндометрия беременность требует поддержки. В I триместре беременности, по мнению профессора Т.В. Овсянниковой, необоснованно пролонгировать поддержку в 9-10 нед: она будет оказывать действие в течение 2-3 нед. Дальнейшее пролонгирование приема прогестерона имеет свои определенные показания. Говоря о назначении прогестерона, профессор отметила, что необходимо учитывать два момента: поддержка лютеиновой фазы до наступления беременности и поддержка ранних сроков беременности в случаях, когда уровень прогестерона действительно низок. В продолжение темы назначения прогестерона профессор Т.В. Овсянникова выделила варианты сохранения беременности при угрожающем или начавшемся самопроизвольном

аборте. Необходимы клинические признаки, данные ультразвукового и гормонального обследования. Прогестерон позволяет повысить частоту вынашивания беременности у пациенток с угрозой прерывания при недостатке эндогенного прогестерона. Вообще в распоряжении врача для этой цели имеются три группы препаратов: прогестероны, магнезиальные препараты и фолиевая кислота. В случае недостатка прогестерона назначают соответственно препараты прогестерона. В частности, их следует рекомендовать для поддержки лютеиновой фазы, ведь если прогестерона в лютеиновой фазе было недостаточно, его будет недостаточно и в I триместре беременности. В I триместре беременности прогестероны назначают пациенткам без клинических симптомов самопроизвольного прерывания беременности, но с подтвержденной до беременности НЛФ, а также пациенткам при наличии клинической картины угрозы прерывания, по данным УЗИ и при подтверждении результатами гормональных исследований.

Говоря о выборе прогестеронов, профессор Т.В. Овсянникова подробно остановилась на масляных прогестеронах, в частности микронизированном прогестероне Утрожестан. Она упомянула распространенное сейчас мнение о том, что на протяжении беременности целесообразно применять один прогестерон: в частности, Утрожестан можно назначать как в качестве прегравидарной подготовки, так на ранних и на поздних сроках при необходимости. Таким образом будет соблюдена преемственность терапии на протяжении всей беременности.

**Утрожестан – единственный препарат, имеющий одну форму выпуска с возможностью двух путей введения, каждый из которых имеет свои преимущества: пероральный, как правило, применяют при необходимости более выраженного анксиолитического эффекта при желании пациентки, вагинальный же путь имеет ряд преимуществ, так как прогестерон быстро попадает непосредственно в орган-мишень – матку, минуя первичное прохождение через печень.**

При угрозе прерывания беременности на ранних сроках назначают 300-400 мг; 600 мг/сут – при проведении программ ЭКО. Профессор Т.В. Овсянникова отметила, что при интравагинальном введении создается более постоянная концентрация прогестерона, чем при любом введении препаратов, даже при пероральном применении. Микронизированный прогестерон (в частности, Утрожестан) обладает гестагенным, иммуномодулирующим, токолитическим и нейропротекторным эффектами, как и эндогенный прогестерон, эффекты которого необходимы для физиоло-



Во второй половине беременности запрещено применять препараты с клавулановой кислотой для лечения инфекций мочевых путей



### Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заместитель директора ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»

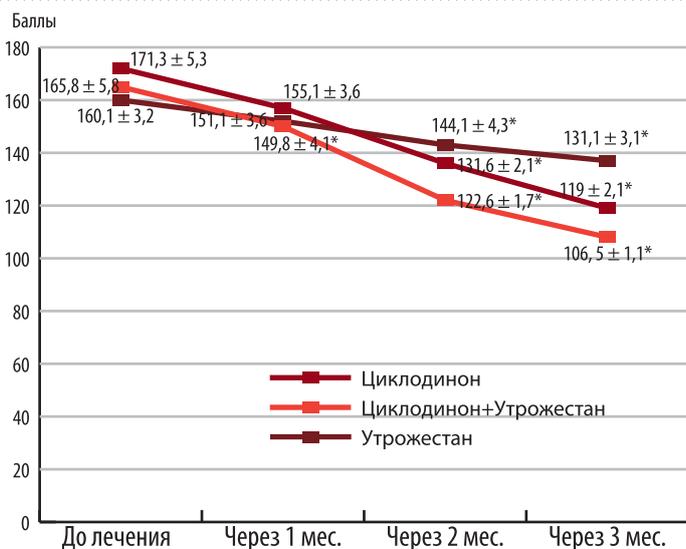
гического течения беременности. Они важны на разных этапах подготовки к беременности и вынашиванию. Завершая доклад, профессор Т.В. Овсянникова отметила, что каким бы сильным не было стремление сохранить беременность, нужно не навредить не только женщине, но и ребенку, которого она вынашивает. Чрезмерное, неадекватное, необоснованное применение лекарственных препаратов грозит рождением нездорового потомства.

Выступление профессора Т.В. Овсянниковой, посвященное применению прогестерона для сохранения беременности, в определенной степени перекликалось с докладом заместителя директора ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», члена-корреспондента НАМН Украины, д. мед. н., профессора Татьяны Феофановны Татарчук. Она посвятила свое выступление лечению НЛФ с позиции доказательной медицины и начала его с того, что призналась, какой нелегкой ей показалась эта тема на начальном этапе поиска необходимой информации. Т.Ф. Татарчук напомнила, что история изучения НЛФ начинается с 1937 года, а в 1950 году медицинскому миру были представлены критерии Нойса, однако сам термин «недостаточность лютеиновой фазы» начали употреблять через 50 лет, в 2002 году. НЛФ определяли как состояние, проявляющееся дефицитом прогесте-

нарушения менструального цикла, ПМС, нарушений фертильности, бесплодия, невынашивания, привычного невынашивания беременности. Неоднозначным отношением к этому вопросу стало после появления в 2004 году публикации «Недостаточность лютеиновой фазы: миф или реальность?» Этот критический анализ представил данные, которые демонстрируют неточность гистологических исследований, применяемых с целью установления причин бесплодия и невынашивания, так как частота ошибки при осмотре одним и тем же гистологом в разное время колеблется, по данным анализа, в пределах 18-22%. Исходя из сказанного, профессор Т.Ф. Татарчук отметила, что важными для установления диагноза НЛФ являются определение концентрации прогестерона, УЗИ-мониторинг менструального цикла и тесты функциональной диагностики, которыми, к сожалению, пациентки часто пренебрегают. В докладе также содержались рекомендации обращать внимание на склонность пациентки к депрессиям, головной боли, другим симптомам ПМС.

Значительное внимание в своем докладе профессор Т.Ф. Татарчук уделила проблеме чувствительности желтого тела к стрессовому фактору. При кратковременном стрессовом воздействии, в соответствии с приведенными данными, при сохранении овуляторного цикла уровень прогестерона снижается у женщины на 50%. Этим, по мнению Татьяны Феофановны, объясняются случаи прерывания беременности после медового месяца, проведенного вдали от дома, ведь далекое путешествие является для организма кратковременным стрессом.

Обращаясь к вопросу применения фитопрепаратов при умеренно выраженной гиперпролактинемии, профессор Т.Ф. Татарчук высказалась в пользу препарата Циклодинон компании Бионорика. Особое внимание она уделила возможности воздействовать при помощи препарата Циклодинон на уровень стресса, переносимого женщиной. Важность этого вопроса обусловлена тем, что существуют данные о роли стресса в невынашивании беременности. Профессор привела результаты исследования с участием 216 пациенток. В исследовании учитывали все причины невынашивания, среди них и стресс, изучали степень воздействия на стрессорность препарата Циклодинон как монотерапии (в сочетании с психотерапией и общением с психологом), а также действие сочетаний препаратов прогестерона (Утрожестан 200 мг) и Циклодинона. Исследование показало, что Циклодинон в качестве монотерапии ощутимо уменьшал уровень стрессорного напряжения и повышал стрессостойкость женщин (рис. 1).



\* разница достоверна относительно показателя до лечения,  $p < 0,05$

РИС. 1.  
ДИНАМИКА СТРЕССОВОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЛФ

рона, укорочением лютеиновой фазы (менее 11 дней) и отставанием созревания эндометрия от фазы цикла более чем на 2 дня. НЛФ рассматривали как одну из основных причин

Самый значимый клинический результат был получен и в группе, которой были назначены Циклодинон и прогестерон (Утрожестан 200 мг), который также обладает анксиолитическим и нейропротекторным эффектами. Однако для практикующих врачей очень важно то, что Циклодинон способен эффективно снижать воздействие стресса, его можно применять для монотерапии и включать в комбинированную терапию, предусматривающую также воздействие на функциональную гиперпролактинемия.

Татьяна Феофановна также отметила, что лечение необходимо проводить минимум за один цикл до наступления планируемой беременности. При стресс-индуцированной НЛФ было показано, что даже на фоне овуляторных циклов будет иметь место дефицит выработки прогестерона желтым телом, а соответственно и нарушение рецептивности эндометрия.

**Таким женщинам показано назначение Утрожестана по 100 мг два раза в сутки, с 16-й по 25-й день, чтобы добиться синхронной трансформации эндометрия, что важно для успешной имплантации и формирования плаценты, которая в дальнейшем будет отвечать и за синтез прогестерона, и во многом определять нормальное течение беременности.**

Таким образом, комбинация Циклодинона и Утрожестана максимально эффективна у женщин на стадии прегравидарной подготовки при НЛФ.

Согласно последним данным, даже в случае возникновения угрозы прерывания беременности впервые мы ставим диагноз НЛФ на основании клиники и анамнестических данных и назначаем соответствующую терапию. В Кокрановском обзоре 2011 года показано, что назначение прогестагенов эффективно в лечении угрожающего аборта, сохраняет беременность на ранних сроках. Соблюдая принцип преемственности терапии, применение Утрожестана может быть продолжено при необходимости, так как беременность, наступившая на фоне НЛФ, часто сопровождается угрозой невынашивания за счет снижения синтеза прогестерона и всех его эффектов (иммунологической толерантности, снижения токолитического эффекта).

**Восполнение прогестерона (Утрожестан в дозе 200-300 мг/сут) у таких женщин помогает избежать прерывания беременности, при кровомазаниях доза может быть повышена до 400 мг/сут, разделенная на 2 приема, вагинально или комбинированно (вагинально и перорально).**

В конце своего выступления Татьяна Феофановна сделала определенные выводы. Применение комбинированной терапии, включающей воздействие на функциональную гиперпролактинемия, тревожно-депрессивные симптомы (Циклодинон) и гормональную поддержку лютеиновой фазы (Утрожестан), обеспечивает наибольшую эффективность как в отношении нормализации овуляторной функции, так и в отношении снижения стрессового напряжения у женщин со стресс-индуцированной НЛФ. Это обуславливает обоснованность комбинированной терапии.

Возможности применения фитопрепаратов во время ведения беременности изложил в своем докладе и **заведующий отделением внутренней патологии беременных ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», д. мед. н., профессор Владимир Исаакович Медведь**. Тему лечения инфекций мочевых путей он освещал на многих медицинских конференциях, что объясняется чрезвычайной важностью этого вопроса. В докладе, представленном на международной конференции, организованной компаниями Bionorica SE и Besins Healthcare, профессор В.И. Медведь, в частности, напомнил, что в лечении инфекций мочевых путей изменилось в течение последних лет, а что осталось неизменным. Инфекции нижних (цистит, уретрит) и верхних мочевых путей (пиелонефрит), как известно, делятся на осложненные и неосложненные. Именно лечение осложненных инфекций мочевых путей у беременных требует компетенции специалиста. Профессор В.И. Медведь напомнил, что к категории осложненных относятся, среди прочих, инфекции мочевых путей на фоне экстрагенитальной патологии (сахарного диабета, сердечной недостаточности, почечной недостаточности, иммунодефицитов, как, например, после применения химиотерапии). 80 – 85% всех уропатогенов, являющихся источником инфекции мочевых путей, составляет грамотрицательная флора (кишечная палочка), не более 15% – грамположительная флора, представлена стафилококками. Профессор обратил внимание аудитории на распространенность бессимптомной бактериурии, которая встречается в популяции беременных у 8%. Приведенные в докладе данные свидетельствовали о том, что частота пиелонефритов у женщин, у которых в момент наступления беременности отсутствовали симптомы бактериурии, зависит от срока беременности и от того, лечилась ли бессимптомная бактериурия до беременности. В этом контексте про-



### **В.И. МЕДВЕДЬ**

д. мед. н., профессор,  
заведующий отделением  
внутренней патологии  
беременных ГУ «Институт  
педиатрии, акушерства и  
гинекологии НАМН Украины»



### Ю.В. ДАВИДОВА

д. мед. н., главный научный сотрудник акушерского отделения экстрагенитальной патологии беременных ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»

фессор В.И. Медведь привел следующую статистику: при выявлении и лечении бессимптомной бактериурии, в поздние сроки беременности манифестная инфекция мочевых путей проявляется лишь у 5% женщин. Однако если бессимптомная бактериурия не была пролечена, то у 60% таких беременных будет иметь место манифестация инфекции. Клиническое значение инфекций мочевых путей, по данным мета-анализа 17 когортных исследований, приведенным в докладе, сводится к двум последствиям: преждевременные роды (ПР) (их риск

возрастает в два раза), а также низкая масса тела новорожденного (такая вероятность повышается в полтора раза).

В своем выступлении профессор В.И. Медведь отметил, что по стандартам ВОЗ бессимптомная бактериурия должна быть подтверждена дважды с перерывом 24 ч и более, хотя отечественные стандарты не предусматривают необходимости такого подтверждения. Для диагностики острого цистита необходимо наличие клинической симптоматики (дизурия, императивные позывы к мочеиспусканию, боль при мочеиспускании); температура тела в норме или не выше 37,2 °С; в лабораторных анализах определяются бактериурия и пиурия. Так как наиболее неблагоприятным с точки зрения последствий является острый пиелонефрит, профессор В.И. Медведь напомнил о его клинических отличиях от цистита: это наличие общеорганизменных проявлений (повышенная температура тела, лейкоцитоз в крови, признаки интоксикации – тошнота, рвота, резко выраженный болевой синдром, озноб).

Говоря о том, что изменилось в последние годы в плане рекомендаций по лечению инфекций мочевых путей, Владимир Исаакович отметил, в частности, запрет на применение препаратов с содержанием клавулановой кислоты во второй половине беременности. По современным стандартам рекомендуется назначать профилактическое лечение антибактериальным средством раз в сутки однократно в низкой дозе до конца беременности, если в течение беременности у женщины наблюдались два эпизода инфекции нижних мочевых путей. В случае пиелонефрита такое же профилактическое лечение назначают после первого эпизода инфекции.

Так как профессор В.И. Медведь имеет большой опыт применения фитопрепарата Канефрон Н и применяет его в своей практике с момента выхода компании Бионорика на украинский фармацевтический рынок, от-

дельное внимание он уделит и возможности назначения Канефрона Н для лечения и профилактики инфекций мочевых путей во время беременности. В частности, как отметил докладчик, собственные данные Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины показывают абсолютную безопасность Канефрона Н, в том числе, при его применении в I триместре беременности. Канефрон Н является растительным диуретиком, одновременно оказывает противовоспалительное, спазмолитическое, сосудорасширяющее, нефропротекторное действие. Его свойства и высокий уровень безопасности позволяют также назначать этот препарат беременным с экстрагенитальной патологией, в частности, сахарным диабетом. По словам профессора, у этой категории женщин инфекции мочевых путей встречаются чаще и тяжелее поддаются лечению, часто рецидивируют. Без применения Канефрона Н рецидивы хронического пиелонефрита возникают у половины беременных с сахарным диабетом (53,8%), а на фоне Канефрона Н – у четверти (25%). Рецидивы гестационного пиелонефрита у беременных с сахарным диабетом, получавших Канефрон Н, в 7 раз реже – 5,6% против 35,3% без Канефрона Н.

Эмоциональным и насыщенным также был доклад «Преждевременные роды в XXI веке: синопсис и практика», представленный **главным научным сотрудником акушерского отделения экстрагенитальной патологии беременных ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», д. мед. н. Юлией Владимировной Давыдовой**. Говоря об актуальности проблемы, она отметила, что в мире ежегодно рождаются почти 15 млн недоношенных детей. По общемировой статистике – это каждый девятый ребенок. В то же время, в США это каждый восьмой ребенок, при том, что Соединенные Штаты тратят ежегодно 26 млрд долларов на предотвращение ПР. Более миллиона недоношенных детей погибают в первую неделю жизни, 50% оставшихся в живых становятся глубокими инвалидами. Несмотря на то, что ПР были всегда, на сегодняшний день об их причине с точностью не известно ничего. Ю.В. Давыдова напомнила, что известны четыре основные патогенетические причины ПР: воспаление, активация системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники (в том числе вследствие стресса), перерастяжение матки (при многоплодной беременности) и децидуальные кровотечения. Возвращаясь к истории вопроса, Юлия Владимировна проанализировала определение ПР, применяемое в различные годы. В Европе о сохранении жизни недоношенных детей начали говорить лишь

после окончания Второй мировой войны, связанной с огромными человеческими потерями. Когда жизнь каждого новорожденного приобрела очень важное значение, в различных странах начали задумываться о том, как эту жизнь сохранить, если ребенок родился раньше срока. Изначально недоношенным считался ребенок с массой тела менее 2,5 кг, в 1961 году ВОЗ изменила формулировку, и преждевременными стали считать роды до 37 нед. В 1969 году формулировка была пересмотрена еще раз, и в этот период началась разработка токолитиков, появилось понятие перинатальной смертности, и в экономически развитых странах началась борьба за снижение ее показателей. Со временем изменилась трактовка понятия ПР, так как были определены большие расхождения между малой массой тела ребенка и сроком гестации. С начала 2000 годов речь идет о том, что причиной ПР является сочетание анатомических, структурных и функциональных изменений.

Ю.В. Давыдова привела в своем выступлении данные, которые свидетельствуют о том, что из всех тактик в отношении снижения числа ПР наиболее эффективным является отказ от курения и применение прогестерона. В то же время, использование серкляжа (наложения шва на матку) – эффективно лишь у определенной группы риска и только в странах с высоким уровнем доходов населения. Докладчица отметила, что в современных условиях в большинстве стран мира диагностика ПР основана преимущественно на субъективных данных, то есть, на боли в области матки, поясницы, внизу живота. Объективным методом оценки можно считать исследование структурных изменений шейки матки. Чтобы эффективно прогнозировать ПР, нужно уменьшить частоту смертей и инвалидности детей при положительном результате, а также избежать дорогостоящего и опасного лечения женщины при негативном результате. Доказательными маркерами ПР, по словам Юлии Владимировны, являются фетальный фибронектин и длина шейки матки при трансвагинальном УЗИ. Если длина шейки матки составляет более 25 мм и тест на фетальный фибронектин отрицательный, лечение и госпитализация такой женщине не требуется. При появлении в результатах исследования положительного фибронектина при длине шейки матки более 25 мм рекомендуется немедленная госпитализация, мониторинг, возможно, кортикостероиды для профилактики респираторного дистресс-синдрома. Причем женщина должна быть госпитализирована на третий уровень перинатальной помощи. Положительный фибронектин и длина шейки матки менее 25 мм являются показаниями не

## НАЗНАЧЕНИЕ УТРОЖЕСТАНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПР ОБЕСПЕЧИВАЕТ СНИЖЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ



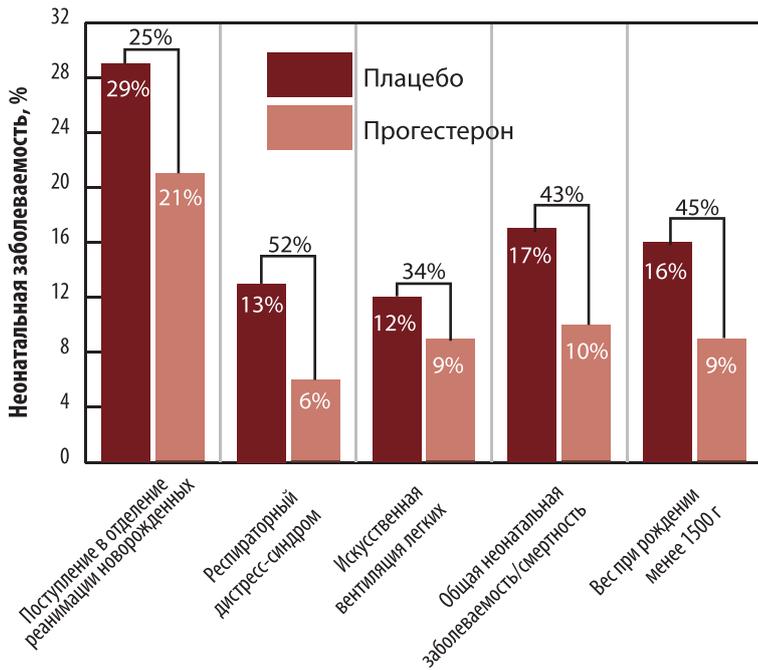
только к госпитализации, но и к острому токолизу, стероидной терапии и, возможно, назначению антибиотиков. Потребность в токолизе обсуждается при необходимости ввести кортикостероиды в ранние сроки беременности, когда требуется время для созревания легких плода и раскрытие шейки матки составляет менее 4 см. В такой ситуации острый токолиз позволит отсрочить ПР на 24–48 ч. Противопоказаниями к такому подходу являются артериальная гипертензия, кровотечения, тяжелые заболевания сердца.

Идеальным, по современным представлениям, должен быть токолитик, эффективный в 23–28 нед, требующий низких доз для достижения эффекта, с минимальными побочными эффектами и четкими показаниями к применению.

**Отвечает этим требованиям, по мнению Ю.В. Давыдовой, микронизированный прогестерон (Утрожестан), назначение Утрожестана на ранних сроках предотвращает угрозу аборта, а на поздних – предотвращает наступление ПР у женщин из групп риска, а сочетанный токолиз с β-миметиками позволяет, с одной стороны, повысить безопасность проводимой терапии за счет снижения дозы и длительности β-миметиков.**

С другой стороны – более эффективно пролонгировать беременность (рис. 2). Ю.В. Давыдова также привела данные исследования Хасан и Ромеро (2012) в отношении микронизированного прогестерона. Результаты мета-анализа свидетельствуют, что применение вагинальной формы прогестерона (Утрожестан) у женщин с анатомической короткой шейкой матки и ПР в анамнезе во II триместре снижает частоту ПР на 50% в сроке меньше 32 нед, на 45% – в сроке меньше 33 нед, и в сроке меньше 35 нед – на 38%.

РИС. 2.  
ДОСТОВЕРНОЕ СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПР НА ФОНЕ ВЫСОКОГО ПРОФИЛЯ БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ



Romero R, Nikolaides K, Conde-Agudelo A et al. Am J Obstet Gynecol, 2011; 12:003

РИС. 3.  
ВЛИЯНИЕ ВАГИНАЛЬНОГО  
ПРОГЕСТЕРОНА НА  
НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Целесообразным, по мнению Юлии Владимировны, было бы создание алгоритма стратификации риска ПР – по аналогии со стратификацией сердечно-сосудистого риска. В условиях Украины такой подход позволил бы в оптимальные сроки направить пациентку на соответствующий уровень оказания перинатальной помощи. Для низкой группы риска Юлия Владимировна и ее коллеги предлагают первичную популяционную профилактику, включающую информирование. У женщины должны быть оценены такие факторы риска, как бактериальный вагиноз, укороченная шейка матки, прогестероновая

недостаточность, анатомические изменения матки, многоплодная беременность, многоводие, врожденные патологии плода.

Если таких состояний не выявлено, беременную наблюдают согласно Приказу МЗ Украины № 417. К группе высокого риска, требующей вторичной профилактики ПР, относят женщин с вновь выявленными факторами риска и отсутствием клинической симптоматики. Такой группе пациенток следует рекомендовать изменение режима наблюдения и объемов исследования. При необходимости им можно проводить динамическую цервикометрию, серкляж при доказанной несостоятельности шейки матки, применение прогестерона. Такие женщины должны быть направлены для консультирования в региональные перинатальные центры третьего уровня. При ПР до 34 нед все женщины должны быть направлены в региональный перинатальный центр третьего уровня и здесь при наличии клинической симптоматики необходима третичная профилактика. В частности, речь идет о применении прогестерона и нейропротекторном воздействии микронизированного прогестерона на центральную нервную систему плода и новорожденного (рис. 3). Резюмируя сказанное, Юлия Владимировна отметила, что риск повторных ПР может быть снижен у женщин с анамнестическими факторами риска и/или короткой шейкой матки путем введения прогестерона профилактически и селективным наложением серкляж.

*Материал впервые напечатан в журнале «Здоровье женщины». – №3 (79). – 2013. Предоставлено компанией Besins Healthcare*

## РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ В ХХІ СТОЛІТТІ. ОБМІН МІЖНАРОДНИМ ДОСВІДОМ У КИЄВІ Огляд конференції

У статті наведено огляд ряду доповідей провідних вітчизняних і зарубіжних фахівців, представлених на міжнародній конференції «Ефективне і безпечно збереження вагітності на ранніх і пізніх строках», ініціаторами якої виступили компанії Bionorica SE і Besins Healthcare.

Зокрема, розглядалися питання ведення вагітності при невиношуванні, передчасних пологах, лікуванні недостатності лютеїнової фази, можливість використання фітопрепаратів при вагітності, у т.ч. при запальних захворюваннях сечовивідних шляхів.

**Ключові слова:** репродуктивне здоров'я, загроза переривання вагітності, передчасні пологи, інфекції сечових шляхів, Циклодинон, Мастодинон, Утрожестан, Канефрон.

## REPRODUCTIVE WOMEN'S HEALTH IN THE XXI CENTURY. EXCHANGE OF INTERNATIONAL EXPERIENCE IN KIEV Conference review

This article is an overview of a number of reports of national and foreign experts presented at the international conference «Effective and safe continuation of the pregnancy at the early and late stages», initiated by companies Bionorica SE and Besins Healthcare.

In particular, addressed the issue of miscarriage pregnancy, preterm labor, treatment of luteal phase deficiency, use of herbal medicines during pregnancy, including inflammatory diseases of the urinary excretory tract.

**Keywords:** reproductive health, threat of miscarriage, premature delivery, urinary tract infections, Cyclo-dynon, Mastodynon, Utrogestan, Canephron.