

Новые подходы к профилактике и ведению преждевременных родов

Эффективная фармакотерапия. 51/2013

В рамках II Национального конгресса «Дискуссионные вопросы современного акушерства» и XI Всемирного конгресса по перинатальной медицине значительное внимание было уделено проблеме преждевременных родов, особенно очень ранних (22–27 нед), которые являются основной причиной неонатальной заболеваемости и смертности. Обсуждались патогенетические причины и факторы риска, а также возможности медикаментозной профилактики преждевременных родов. Отмечалось, что профилактическое назначение беременным с угрозой преждевременных родов микронизированного прогестерона вагинально позволяет пролонгировать беременность, снизить вероятность осложнений в родах и послеродовой период со стороны матери и ребенка.

Перинатальные исходы при очень ранних преждевременных родах



Профессор О.Ф. Серова

Опыт Московского областного перинатального центра по лечению угрозы преждевременных родов представила главный врач центра д-р мед. наук, профессор Ольга Федоровна СЕРОВА. Переход России на новые критерии ВОЗ, согласно которым живорожденным признают ребенка с массой тела от 500 г, который появился на свет после 22-й недели беременности, крайне обострил проблему сохранения жизни и здоровья недоношенных детей. Преждевременные роды, особенно очень ран-

ние (22–27 нед), являются лидирующей причиной неонатальной заболеваемости и смертности. Мертворождаемость при преждевременных родах в 8–13 раз выше, чем при срочных. Перинатальная смертность среди недоношенных новорожденных в 33 раза выше, чем среди детей, родившихся в срок [1]. Из выживших новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела практически у всех развивается респираторный дистресс-синдром, у 30–40% – бронхолегочная дисплазия, внутрижелудочковые кровоизлияния 3–4-й степени – почти у каждого третьего, тяжелые ретинопатии – у 10–15% [2]. Основной путь снижения репродуктивных потерь, а значит и снижения показателей перинатальной заболеваемости, смертности и инвалидизации, – профилактика преждевременных родов.

В генезе преждевременных родов большую роль играет фетоплацентарная недостаточность, при которой снижается продукция плацентой различных белков и гормонов, в частности прогестерона. В результате снижения синтеза прогестерона и усиленной выработки эстрогенов изменяется их соотношение, которое стимулирует синтез простагландинов, запуская каскад реакций, приводящих к стойкому гипертонусу

миометрия, нарушению кровообращения в плаценте, усугубляя тем самым страдание плода. Все это в конечном счете приводит к преждевременным родам [3]. Именно поэтому лечение угрозы преждевременных родов должно быть патогенетически обусловленным, следовательно, направленным на снижение тонуса матки и нормализацию функции плаценты.

Наиболее эффективным в этом отношении является применение натурального прогестерона [4, 5]. Так, в приказе Минздравсоцразвития России № 15-4/4240-07 от 29.12.2011 указано, что назначение прогестерона у женщин с высоким риском преждевременных родов позволяет снизить риск повторных преждевременных родов на 35%. В настоящее время это подтверждено с позиций доказательной медицины и регламентировано новым клиническим протоколом, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России в 2011 г. В отличие от этого, нет доказательных данных в поддержку применения в профилактике преждевременных родов пероральных синтетических гестагенов (так называемых аналогов прогестерона).

Профессор О.Ф. Серова представила результаты собственного исследования по сравнительной оценке эффективности применения натурального микронизированного прогестерона (Утрожестана) и бета-миметиков. Исследование показало, что **Утрожестан способствует увеличению продукции прогестерона и плацентарного лактогена в большей степени, чем бета-миметики, а также существенно улучшает маточно-плацентарный кровоток.** После лечения Утрожестаном уровень прогестерона нормализовался у 86,4% беременных, в то время как в группе пациенток, получавших только бета-миметики, уровень прогестерона остался практически неизменным. На клиническом уровне это нашло отражение в следующих показателях: применение Утрожестана способствовало уменьшению частоты нарушений кровообращения в сосудах плаценты в 6,5 раза, а при использовании бета-миметиков – лишь в 4,2 раза. **Среди новорожденных, родившихся от матерей, получавших во время беременности микронизированный прогестерон, отмечена меньшая частота асфиксии и гипотрофии, чем у новорожденных, матери которых получали бета-миметики: в 1,8 и 2 раза соответственно.** Полученные данные согласуются с данными Американской ассоциации акушеров-гинекологов, согласно которым применение натурального прогестерона вагинально уменьшает частоту дистресс-синдрома новорож-

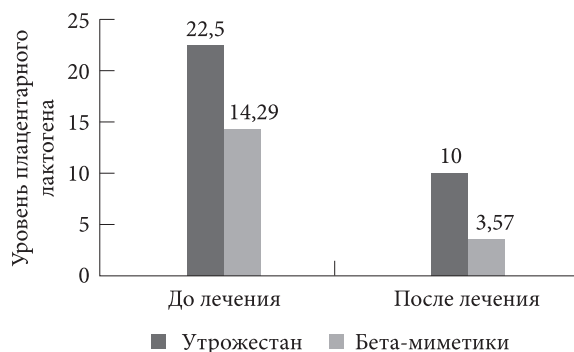


Рисунок. Гормональная функция фетоплацентарного комплекса у пациенток до и после лечения

денных на 52–61%. В работе E.V. da Fonseca и соавторов доказано, что вагинальное введение прогестерона снижает риск преждевременных родов и частоту рождения детей с массой тела менее 2500 г. [4].

Несомненное влияние на перинатальные исходы при очень ранних преждевременных родах оказывает выбор метода родоразрешения, который определяется индивидуально и зависит от нескольких факторов. Среди них О.Ф. Серова выделила состояние беременной, плода и родовых путей, предлежание плода, срок беременности и наличие условий в лечебном учреждении для выхаживания глубоко недоношенных детей. Решение о методе родоразрешения принимается на пренатальном консилиуме с участием беременной, заместителей главного врача или заведующих отделениями патологии беременности, реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

В 2012 г. в Московском областном перинатальном центре были расширены показания к кесареву сечению в интересах плода в сроки 22–27 нед, в связи с чем частота кесарева сечения у этой категории беременных увеличилась в 2 раза (с 31,1% в 2011 г. до 62,2% в 2012 г.). Извлечение плода проводили в целом плодном пузыре (при отсутствии дородового излития вод). По сравнению с самопроизвольными родами состояние новорожденных после кесарева сечения было значительно лучше.

В результате расширения показаний к кесареву сечению при очень ранних преждевременных родах отсутствовали интранатальные потери, что является показателем качества акушерской помощи, однако увеличилась ранняя неонатальная смертность, поскольку не все дети смогли пережить ранний неонатальный период. При этом ранняя неонатальная

смертность среди новорожденных с экстремально низкой массой тела, родившихся путем операции кесарева сечения, была значительно ниже, чем при самопроизвольных родах. Кроме того, благодаря усилиям специалистов отделений реанимации и интенсивной терапии и патологии новорожденных перинатального центра исходы у глубоко недоношенных детей прогрессивно улучшаются. Ежегодно снижается частота ретинопатии разной степени, бронхолегочной дисплазии, сепсиса и тяжелых внутрижелудочковых кровоизлияний. Таким образом, изменение акушерской тактики при ведении очень ранних преждевременных родов привело к изменению структуры перинатальной смертности и структуры причин ранних неонатальных потерь, которые стали больше соответствовать критериям качества оказания медицинской помощи. В целом перинатальная смертность снизилась в 2012 г. среди недоношенных новорожденных с 58,8% до 58,0%.

В заключение профессор О.Ф. Серова подчеркнула, что резервом снижения частоты репродуктивных потерь при очень ранних преждевременных родах является профилактика преждевременных родов в 18–24 нед путем назначения микронизированного прогестерона вагинально. **Применение микронизированного прогестерона для лечения угрозы преждевременных родов оказывает позитивное влияние на гормональную функцию фетоплацентарной системы и гемодинамику в сосудах фетоплацентарного кровотока, что обуславливает улучшение перинатальных исходов.** Расширение показаний к кесареву сечению при очень ранних преждевременных родах способствует резкому снижению частоты ante- и интранатальных потерь и общего показателя перинатальной смертности при преждевременных родах.

Использование прогестерона для предупреждения преждевременных родов

Проблема преждевременных родов на сегодняшний день является достаточно острой практически во всех странах мира. Распространенность преждевременных родов выше в Африке и Восточной Азии, однако их доля высока и в развитых странах.



Профессор Д. Фарин

Как отметил профессор Дэн ФАРИН (Dan Farine, Канада), в США, несмотря на значительные инвестиции в здравоохранение, на долю преждевременных родов приходится 12% живорожденных младенцев, что гораздо выше, чем в других развитых странах (по мнению профессора Д. Фарина, это также связано с высоким качеством статистических данных в США). Как правило, большинство преждевременных родов (71%) происходит на 34–36-й неделе беременности (поздний недоношенный период).

Кроме того, при наличии серьезных показаний (например, эклампсия) родоразрешение на сроке 35–36 нед стало рутинной процедурой. Это связано с тем, что детей, которые родились на этом сроке, можно успешно выводить. Несмотря на это, не следует забывать, что роды в поздний период недоношенности также оказывают негативное влияние на morbidity новорожденных. Однако наибольшую тревогу вы-

зывает здоровье детей, родившихся намного раньше срока – до 31-й недели беременности (ранний период недоношенности) (10%). Выживаемость таких детей, к сожалению, чрезвычайно низкая. Кроме того, чем раньше произошли роды, тем больше риск развития серьезных патологий. У недоношенных детей, родившихся с крайне низкой массой тела, высок риск инфекционных заболеваний, задержки умственного и психического развития, неврологических расстройств и др. Всего в США на выхаживание недоношенных детей ежегодно тратится 26 млрд долларов, и это не считая расходов, **которые государство может понести, если ребенок, родившийся на 24–25-й неделе, останется инвалидом.** Сегодня никто не сомневается в необходимости профилактики преждевременных родов. Однако преждевременные роды – это не заболевание, а синдром, который может быть обусловлен самыми разными этиологическими факторами, например, инфекционным или воспалительным процессом, растяжением матки и др. В 70–80% случаев достоверно установить причину преждевременных родов не удается. Для определения риска развития преждевременных родов можно использовать анализ факторов риска. Например, если женщина уже имеет в анамнезе преждевременные роды или если беременность многоплодная, риск невынашивания повышается. По некоторым данным, склонность к преждевременным родам может передаваться по наследству: женщины, чьи матери рожали недоношенных детей, чаще рожают раньше срока. Однако ни одна из имеющихся систем скрининга не признана достаточно надежной, способной достоверно предсказать вероятность преждевременных родов у конкретной пациентки. 90% женщин, у которых регистрируются преждевременные роды, не входят ни в одну из известных групп риска.

Для снижения риска преждевременных родов можно использовать различные подходы, в том числе применение проге-

стерона. Сообщения об эффективности данного гормона в плане профилактики преждевременных родов впервые появились еще в начале 70-х годов прошлого столетия, впоследствии целесообразность использования прогестерона у пациенток из групп риска неоднократно подтверждалась в исследованиях и в клинической практике. Так, в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании, проведенном P.J. Meis и соавторами, было показано, что гидроксипрогестерон по сравнению с плацебо значительно снижает частоту преждевременных родов у беременных в группе риска [5]. **Кроме того, использование прогестерона сократило частоту развития некротизирующего энтероколита и уменьшило потребность в назначении кислорода.** Однако оно не повлияло на показатель смертности новорожденных. Сходные результаты были получены и в исследовании эффективности вагинального прогестерона в плане предупреждения преждевременных родов у женщин с длиной шейки матки <15 мм [6]. **Использование натурального прогестерона вагинально сократило частоту преждевременных родов почти в два раза.** Интересны также итоги многоцентрового международного исследования PREGNANT, показавшего, что использование микронизированного прогес-

терона снижает частоту преждевременных родов и респираторного дистресс-синдрома новорожденных.

Использование прогестерона для уменьшения частоты преждевременных родов неоднократно изучалось в масштабных мета-анализах. Одна из таких работ, выполненная под руководством R. Romero и соавторов, показала, что **на фоне применения вагинального микронизированного прогестерона риск преждевременных родов на сроке до 33 нед снижается на 42%, кроме того, улучшились многие другие критически важные показатели** (заболеваемость/смертность новорожденных, развитие респираторного дистресс-синдрома, потребность в искусственной вентиляции легких и др.) [7]. **Имеются также данные, свидетельствующие о целесообразности применения прогестерона в дополнение к токолитической терапии, что позволяет уменьшить дозу применяемых бета-миметиков.** Таким образом, как подчеркнул в заключение профессор Д. Фарин, применение микронизированного вагинального прогестерона у женщин из групп риска по преждевременным родам определенно является одним из эффективных способов продления срока беременности и уменьшения числа негативных последствий преждевременных родов.

Прогестерон и осложненная беременность. Европейские и российские рекомендации



Профессор Н.И. Тапильская

Социальная и экономическая значимость синдрома преждевременных родов обусловлена тем, что в большинстве случаев причины преждевременных родов не ясны, результаты непредсказуемы, а затраты колоссальны. Доктор медицинских наук профессор Наталья Игоревна ТАПИЛЬСКАЯ (кафедра акушерства и гинекологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии) напомнила, что невынашивание беременности фенотипически может быть обусловлено патологией со стороны матери или плода, а также патологией плаценты. Патфизиологически инициировать преждевременные роды могут инфекции, нарушения в системе гемостаза или стресс. В экономически развитых странах особое значение придается социальным и психологическим факторам (проживание отдельно от партнера, дополнительная нагрузка на работе и т.д.).

В крупном исследовании M. Kurkinen-Rätty и соавторы определили, что **максимальной прогностической ценностью при комплексной оценке факторов риска преждевременных родов являются уровень провоспалительных цитокинов, уровень фибронектина и ультразвуковая оценка состояния (длины) шейки матки** [8]. Так, признаком системного иммунного ответа является изменение соотношения цитокинов в периферической крови. Высокий уровень интерлейкинов 6 и 2 в периферической крови позволяет прогнозировать на сроке до 34 нед гестации неэффективность токолиза и начало преждевременных родов в ближайшие 48 ч. В настоящее время в клиническую практику внедрен тест определения фетального фибронектина – гликопротеина, определяющегося в боль-

шом количестве в околоплодных водах, клетках децидуальной оболочки и трофобласта. На сроке гестации 16–20 нед фибронектин в норме присутствует в слизи канала шейки матки, однако после 20-й недели беременности высокий уровень фибронектина в цервикальной слизи коррелирует со скорым началом преждевременных родов, что подтверждено мета-анализом 40 исследований [9]. Но, к сожалению, в России данный метод пока не введен в широкую клиническую практику. В этих условиях для прогнозирования преждевременных родов доступно рутинное ультразвуковое исследование с измерением длины шейки матки. Оптимальными сроками проведения ультразвукового скрининга истмико-цервикальной недостаточности являются 18–24-я неделя гестации, но оправдана и более ранняя диагностика (с 14-й недели). Профессор Н.И. Тапильская отметила также роль инфекций генитального тракта во время беременности. Известно, что **бактериальный вагиноз более чем в 2 раза увеличивает относительный риск преждевременных родов как у пациенток с бессимптомным течением, так и у пациенток с клиническими проявлениями.** Кроме того, бактериальный вагиноз даже при отсутствии симптомов повышает относительный риск поздних выкидышей и послеродовой инфекции. В этой связи у таких пациенток целесообразно применение препаратов пробиотического ряда, которые хорошо себя зарекомендовали в лечении и профилактике урогенитальных инфекций, особенно бактериального вагиноза.

Накоплен достаточный объем научных доказательств относительно **вагинального введения лактобактерий, в то время как доказательств их влияния на вагинальный биоценоз при пероральном введении недостаточно.** В этом отношении интересны результаты локальной терапии бактериального вагиноза в двухэтапной схеме: курс антибиотиков + препарат Лактожиналь. **Лактожиналь (вагинальные капсулы) – это инновационный трибиотик, который начинает действовать сразу после его введения и обеспечивает стойкое восстановление нормальной микрофлоры благодаря уникальному составу, содержащему в одной капсуле трибиотик, максимальную концентрацию инновационного штамма лактобактерий LCR35 и продуктов их жизнедеятельности.** В Украине Лактожиналь будет доступен для пациенток уже в 1-м квартале 2014 г. По мнению профессора Н.И. Тапильской, на сегодняшний день к наиболее эффективным мероприятиям пред-

упреждения преждевременных родов и пролонгирования беременности, помимо своевременного выявления факторов риска и их коррекции, относится своевременная профилактика преждевременных родов в группах риска путем назначения прогестерона. Наиболее убедительные доказательства, как уже упоминалось ранее, получены именно для вагинального микронизированного прогестерона.

Прогестерон блокирует рецепторы окситоцина и способствует их ускоренному разрушению, а также снижает синтез простагландинов. Согласно последним данным, прогестерон подавляет экспрессию генов, отвечающих за сократительную активность миометрия, и активирует гены, участвующие в синтезе оксида азота – мощного эндогенного миорелаксанта. Кроме того, прогестерон препятствует преждевременному сглаживанию шейки матки, блокирует образование в миометрии межклеточных контактов, необходимых для обеспечения полноценных скоординированных сокращений.

Система комплемента и матриксные металлопротеиназы, являющиеся маркерами воспалительной реакции, выступают триггером преждевременных родов. Прогестерон обладает системным противовоспалительным действием. Продемонстрировано противовоспалительное действие прогестерона на фибробласты шейки матки при воспалении, индуцированном липополисахаридами бактериальной природы.

Натуральный прогестерон и его метаболиты оказывают также **мощное нейропротективное действие: обеспечивают нейрогенез, нейрогенерацию и миелинизацию нейрональной ткани, повышая выживаемость нейронов.** Прогестерон и его метаболиты способствуют нормальному росту и развитию глии – каркасно-матричному фундаменту нейронального ансамбля, сохранению композиции нейрональных мембран, участвуют в морфогенезе функциональных элементов нервной ткани (синаптогенез); улучшают использование энергетических ресурсов; обладают анаболическим и антиапоптотическим действием. Метаболиты прогестерона являются агонистами основного тормозящего нервные процессы медиатора центральной нервной системы гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). Прямое ГАМКергическое действие прогестерона и его производных способствует улучшению кровоснабжения головного мозга и ауторегуляции мозгового кровотока, подавлению глутаматно-кальциевого каскада (прямое нейропротективное и мембранопротективное действие), предупреждению перекисного окисления липидов и повышению активности антиоксидантных систем, улучшению утилизации глюкозы и нивелированию явлений энергодифицита.

Фармакокинетика и фармакодинамика прогестерона, а следовательно, и изученные эффекты зависят от способа введения препарата. При внутримышечном пути введения наблюдаются сверхфизиологические плазменные концентрации прогестерона. Пероральное применение обнаруживает быстрое повышение плазменных концентраций с последующим постепенным снижением. Кроме того, имеет место эффект первого прохождения через печень с образованием нескольких биологически активных метаболитов. При вагинальном введении достигаются стабильные плазменные концентрации и постоянные концентрации в тканях – так называемый эффект первого прохождения через матку с направленным воздействием на эндометрий, кроме того, минимален риск возникновения системных эффектов. Фармакокинетические данные вагинального введения прогестерона демонстрируют, что вагинальный прогестерон снижает индуцируемые окситоцином сокращения миометрия.

Профессор Н.И. Тапильская подчеркнула, что крайне эффективной с точки зрения доказательной медицины признана профилактика в группе пациенток с преждевременными родами в анамнезе. Речь идет о применении микронизированного прогестерона (Утрожестан), назначаемого на про-

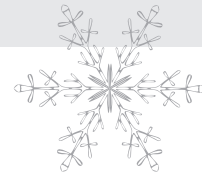
тяжении I и II триместров беременности. В переводе на абсолютные цифры это дополнительно 32–35 тысяч родов в год в РФ, которые в результате проведенной профилактики должны случиться в срок. По данным зарубежной литературы, назначение прогестерона в группе высокого риска (прежде всего среди женщин, в анамнезе которых имеются преждевременные роды) снижает риск повторных преждевременных родов на 35% (уровень доказательности 1a) [10]. В плацебо-контролируемых исследованиях было продемонстрировано, что использование прогестерона на поздних сроках гестации у пациенток с преждевременными родами в анамнезе привело к снижению частоты преждевременных родов и перинатальной и неонатальной смертности. Кроме того, **снизилась частота рождения детей с низкой массой тела, доля детей с нарушениями психомоторного развития и нарушениями слуха.** У детей, родившихся у пациенток с диагностированной истмико-цервикальной недостаточностью, леченных прогестероном, зафиксировано снижение частоты развития респираторного дистресс-синдрома [11].

Общество медицины матери и плода (Society for Maternal-Fetal Medicine) в своих рекомендациях (2012) [12], касающихся применения прогестина для предотвращения преждевременных родов, рекомендует применение вагинального прогестерона в форме геля 90 мг или суппозиторийев 200 мг 1 раз в сутки с момента установления диагноза и до 36-й недели гестации при длине шейки матки < 20 мм (даже у женщин с отсутствием симптомов без преждевременных родов в анамнезе). **В Европейских рекомендациях (2011)** при высоком риске преждевременных родов также указано назначение прогестерона **вагинально 200 мг 1 раз в сутки с начала II и в течение III триместра беременности** [13]. В отличие от убедительных доказательств эффективности применения микронизированного натурального прогестерона для профилактики преждевременных родов, сведения в поддержку применения синтетических гестагенов – производных прогестерона не получено. Так, вторичный анализ по результатам рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования с участием 668 женщин с укороченной шейкой матки показал, что вагинальное введение прогестерона связано с достоверным снижением относительного риска преждевременных родов и улучшением состояния новорожденных. В то же время еженедельное внутримышечное введение 17-оксипрогестерона не снижает частоту преждевременных родов у женщин с укороченной шейкой матки (< 30 мм), и по результатам исследования его применение не рекомендовано. Профессор Н.И. Тапильская также отметила, что другой синтетический прогестин (дидрогестерон) не имеет доказательных данных в профилактике преждевременных родов и в целом не одобрен Управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами США (Food and Drug Administration, FDA) и по другим показаниям.

Таким образом, современная стратегия определения перинатального риска подразумевает разделение беременных на группы риска и обеспечение преемственности в оказании акушерской помощи на всех ее этапах. Данная тактика направлена исключительно на совершенствование профилактики преждевременных родов. Пациенткам группы риска по угрожающим преждевременным родам (в том числе пациенткам, получившим беременность в программах вспомогательных репродуктивных технологий) **рекомендовано принимать микронизированный прогестерон (Утрожестан) в дозе 200 мг 1–2 раза в сутки в непрерывном режиме до 36-й недели беременности. Пациенткам с укороченной шейкой матки (менее 20–25 мм) Утрожестан также показан в непрерывном режиме с момента обнаружения укорочения до 36-й недели беременности, несмотря на наложение шва на шейку матки или ношение разгрузочного пессария.**

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Tyson J.E., Prarikh N.A., Langer J. et al. Intensive care for extreme prematurity: moving beyond gestational age // N. Engl. J. Med. – 2008. – Vol. 358, № 16. – P. 1672–1681.
2. Saigal S., Hoult L.A., Streiner D.L. et al. School difficulties at adolescence in a regional cohort of children who were extremely low birth weight // Pediatrics. – 2000. – Vol. 105, № 2. – P. 325–331.
3. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г. Этиопатогенез невынашивания беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. – Т. 13, № 1. – С. 37–41.
4. da Fonseca E.B., Bittar R.E., Carvaiho M.H. et al. Prophylactic administration of progesterone by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women at increased risk: a randomized placebo-controlled double-blind study // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2003. – Vol. 188, № 2. – P. 419–424.
5. Meis P.J., Klebanoff M., Thom E. et al. Prevention of recurrent preterm delivery by 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate // N. Engl. J. Med. – 2003. – Vol. 348, № 24. – P. 2379–2985.
6. da Fonseca E.B., Celik E., Parra M. et al. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix // N. Engl. J. Med. – 2007. – Vol. 357, № 5. – P. 462–469.
7. Romero R., Nicolaides K., Conde-Agudelo A. et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – Vol. 206, № 2. – P. 124.e1-19.
8. Kurkinen-Rajty M., Kiveld A., Jouppila P. The clinical significance of an absent end-diastolic velocity in the umbilical artery detected before the 34th week of pregnancy // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 1997. – Vol. 76, № 5. – P. 398–404.
9. Berghella V., Hayes E., Visintine J. Fetal fibronectin testing for reducing the risk of preterm birth // Cochrane Database Syst. Rev. – 2008. – Vol. 8, № 4. – CD006843.
10. Su L.L., Samuel M., Chong Y.S. Progesterone agents for treating threatened or established preterm labor // Cochrane Database Syst. Rev. – 2010. – Vol. 20, № 1. – CD006770.
11. De Franco E.A., O'Brien J.M., Adair C.D. et al. Vaginal progesterone is associated with a decrease in risk for early preterm birth and improved neonatal outcome in women with a short cervix: a secondary analysis from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2007. – Vol. 30, № 5. – P. 697–705.
12. Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice / Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee, with assistance of V. Berghella // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – Vol. 206, № 5. – P. 376–386.
13. Di Renzo G.C., Roura L.C., Facchinetti F. et al. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. – 2011. – Vol. 24, № 5. – P. 659–667.



Уважаемые коллеги, компания BESINS-HEALTHCARE от всей души поздравляет Вас с наступающими праздниками Нового Года и Светлого Рождества Христова!

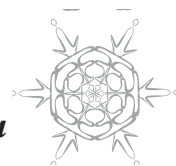
Что делает Новый год одним из самых ожидаемых и любимых праздников? Душистая ель с яркой гирляндой? Аромат мандаринов? Хлопья снега, падающие за окном?

Нам кажется, что главное в этом празднике – надежда на исполнение желаний и, даже, на маленькое чудо!

Спасибо Вам за то, что каждый день дарите своим пациенткам надежду на выздоровление, а часто и сами делаете чудеса, благодаря которым наполняется смысл жизни женщин, их дом наполняется детским смехом, а сердце – радостью и счастьем!

Пусть в новом году сбудутся самые заветные желания и реализуются самые грандиозные планы! Здоровья и благополучия вашим семьям и близким!

Пусть Бог хранит вас и помогает во всех ваших начинаниях!



Когда беременность становится материнством...

**С уважением,
коллектив компании
Besins Healthcare**





**24-27 сентября
2013 года в Москве прошел
XIV Всероссийский научный форум
«Мать и дитя», в рамках которого
состоялся V съезд акушеров-
гинекологов России.**

Благодаря содействию компании BESINS HEALTHCARE мне посчастливилось стать участником этого большого международного события, услышать доклады ведущих специалистов России и мира: академиков РАМН: Сухих Г.Т., Серова В.Н., Савельеву Г.М., Адамян Л.В., Прилепскую В.Н., член-корр. РАМН А.Д. Макадаря.

В работе XIV Всероссийского научного форума «Мать и дитя – 2013» приняли участие специалисты России, Украины, Армении, Беларуси, Бельгии, Великобритании, Германии, Грузии, Израиля, Испании, Казахстана, Киргизии.

На форуме обсуждались наиболее важные и актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии.

Особое внимание было уделено проблемам перинатального акушерства – пренатальной и антенатальной диагностике, рационального ведения беременности и родов, интенсивной терапии в акушерстве и неонатологии.

Наибольший интерес у меня и моих коллег вызвали пленарные заседания: «Патологическое акушерство: сложные вопросы» (председатель – Серов В.Н.), «Гинекологические заболевания: комплексные подходы к диагностике и лечению» (председатель – Адамян Л.В.), «Кровотечения при абдоминальном родоразрешении» (председатели – Баранов И.И.), «Профилактика преждевременных родов» (Ходжаева З.С.), «Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза: что нового?» (Серов В.Н., Прилепская В.Н.), «Гиперпластические процессы эндометрия» (Чернуха Г.Е.), «Гормонально-зависимые заболевания женской репродуктивной системы: научные воззрения и практические рекомендации» (Сметник В.П.), видеосекционное заседание «Оперативное акушерство и гинекология через призму видеоэндоскопии» (Адамян Л.В.).

Полный зал собрало пленарное заседание под председательством член-корр. РАМН А.Д. Макадаря. Здесь обсуждали роль тромбофилии при преждевременных родах, ее влияние на ведение многоплодной беременности, обсуждали дискуссионные вопросы АФС.

Результаты розыгрыша поездки на форум «Мать и дитя»,

г. Москва , 24-27 сентября 2013 г.

Также, на форуме большое внимание было уделено проблеме профилактики и терапии перинатальных инфекций. Главными вопросами ряда секционных заседаний, круглых столов стали качество и безопасность лечения инфекций, их влияние на течение беременности, перинатальные исходы.

Пленарные и секционные заседания подтвердили предпочтитель-

ность органосохраняющего подхода в оперативной гинекологии, важность ранней и точной диагностики патологии органов репродуктивной системы, развитие малоинвазивной хирургии в акушерстве и гинекологии.

Кроме того, были представлены новые достижения в изучении патогенеза и разработке современных подходов к лечению наиболее распространенных и сложных гинекологических заболеваний, освещены вопросы применения контрацептивных препаратов, патологии шейки матки, здоровья женщин после 40 лет и др.

В рамках форума проходила специализированная выставка «Охрана здоровья матери и ребенка», в которой приняли участие ведущие медицинские компании.

Я очень благодарна руководству и сотрудникам компании «BESINS HEALTHCARE» за предоставленную возможность принять участие в работе форума, неоценимую возможность обмена опытом, обсуждения наиболее насущных проблем в акушерстве, гинекологии. Это позволит усовершенствовать методы своей работы и повысить ее результативность.

Отдельное спасибо за комфортные условия пребывания в Москве, теплоту общения, доброжелательность со стороны всех сотрудников компании.

*С уважением,
зав. гинекологическим отделением клинической
больницы № 9 г. Днепропетровска Пелина Е.Н.*

