

# По материалам XI Всемирного конгресса по перинатальной медицине. Москва, 2013

**С.А. Шурпяк**

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого

22 июня в Москве (Россия) завершил свою работу XI Всемирный конгресс по перинатальной медицине, прошедший под девизом: «Взгляд в будущее: побеждая неравенство, за качественное лечение по всему миру». Конгресс собрал около 2000 участников из 78 стран мира. В течение четырех дней в рамках его научно-практической программы обсуждались важнейшие вопросы перинатальной медицины. Программа Конгресса включала пять пленарных заседаний, 12 семинаров, 28 научных сессий, более 220 презентаций ведущих международных и российских специалистов в акушерстве, неонатологии, медицине плода.

В рамках конгресса прошли два сателлитных симпозиума компании Abbott, которая уделяет особое внимание вопросам женского здоровья. Была подчеркнута важность решения проблем патологии репродуктивной системы женщин, синдрома потери плода, приводящих к нарушению репродуктивной функции и патологии ранних сроков беременности. Кроме того, обсуждались некоторые дискуссионные вопросы использования гестагенов во время беременности.

Семинар-симпозиум «Нарушения менструального цикла и беременность» проходил под председательством В.Е.Радзинского (Россия) и А. Шиндлера (Германия).



**Виктор Евсеевич Радзинский**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского Университета дружбы народов в своем выступлении «**Парадоксы ранних сроков беременности**» затронул ряд актуальных вопросов, в том числе проблемы хронического эндометрита как одной из ведущих причин привычного невынашивания и места гестагенов в лечении данной категории пациенток. Докладчик отметил, что основные причины невынашивания можно разделить на четыре основные группы: генетические нарушения, патология имплантации, хронический эндометрит и недостаточность прогестерона, при этом первые две причины более характерны для спонтанных выкидышей, а не для привычного невынашивания. И если в отношении причин невынашивания дискуссии на сегодняшний день не ведутся, остается главный вопрос: Как лечить???

Профессор В.Е. Радзинский подчеркнул, что **в решении проблемы невынашивания беременности на первый план выходит комплексная прегравидарная подготовка. Именно на ней должны быть сосредоточены максимальные усилия, и лишь во вторую очередь – на подготовке к имплантации и лечению во время беременности.**

Ссылаясь на исследования В. Lunenfeld и других ученых, профессор В.Е. Радзинский отметил, что дефицит прогестерона равен привычному невынашиванию беременности. В пользу этого утверждения свидетельствуют следующие факты:

- Удаление желтого тела до седьмой недели беременности приводит к выкидышу (Csapo и др., 1973).

- Мифепристон блокирует рецепторы прогестерона и приводит к гибели плода и отслойке плаценты.

- Недостаточность желтого тела может привести к недостаточной продукции прогестерона, что обуславливает дефекты созревания эндометрия, имплантации и формирования плаценты.

Однако диагностические ошибки при оценке недостаточности прогестерона, даже при наличии известных фактов, иногда происходят. Чтобы избегать их, необходимо помнить, что прогестерон секретируется в «пульсирующем» режиме, а образец крови может быть получен в период максимальной секреции или, наоборот, в фазу низкой секреции, что может обуславливать десятикратную разницу в небольшом промежутке времени (Abraham и др., 1974). В то же время, сывороточный уровень гормона может быть в пределах нормы, но количество рецепторов прогестерона – недостаточным (в этих случаях речь идет об относительной недостаточности прогестерона). Кроме того, аномалии развития плода, связанные с низким уровнем ХГЧ, сопровождаются уменьшенным синтезом прогестерона.

Профессор В.Е. Радзинский подчеркнул, что дефицит прогестерона является механизмом прерывания беременности, а не его причиной, и, следовательно, установление диагноза должно быть эмпирическим с учетом возможных структурных дефектов эндометрия. Таким образом, докладчик заострил внимание слушателей на двух важнейших на сегодняшний день вопросах: должен ли быть компенсирован дефицит прогестерона? И если да, то какие препараты следует назначать?



Выступая в рамках симпозиума, **Виктория Касян**, акушер-гинеколог, кандидат медицинских наук (Россия) в своем докладе «**Нарушения менструального цикла в репродуктивном возрасте**» подняла вопрос о важности своевременности обращения пациенток и подчеркнула, что многие женщины не обращаются к врачу, пока нерегулярный менструальный цикл не начнет сопровождаться другими, иногда более серьезными симптомами. Спектр нарушений менструального цикла у таких пациенток может включать олигоменорею, аменорею, ановуляцию, недостаточность лютеиновой фазы, которые, в свою очередь, обуславливают патологию эндометрия, бесплодие, привычное невынашивание беременности. По мнению доктора Касян, правильно установленный диагноз нарушения менструального цикла предполагает тщательный подбор медикаментозной терапии. Докладчик отметила, что если при недостаточности лютеиновой фазы прогестин являются препаратами выбора, то принципы медикаментозного лечения такой патологии, как хроническая

нарушений менструального цикла у таких пациенток может включать олигоменорею, аменорею, ановуляцию, недостаточность лютеиновой фазы, которые, в свою очередь, обуславливают патологию эндометрия, бесплодие, привычное невынашивание беременности. По мнению доктора Касян, правильно установленный диагноз нарушения менструального цикла предполагает тщательный подбор медикаментозной терапии. Докладчик отметила, что если при недостаточности лютеиновой фазы прогестин являются препаратами выбора, то принципы медикаментозного лечения такой патологии, как хроническая

ановуляция, аменорея, синдром поликистозных яичников, остаются дискуссионными, поскольку рандомизированные исследования сравнительной эффективности различных препаратов при этих патологиях не проводились. Однако несмотря на это, перед нами стоит задача достижения беременности у пациенток с нереализованными репродуктивными планами.

Докладчик отметила, что не следует забывать о том, что коррекция образа жизни (отказ от вредных привычек, физическая активность, нормализация питания, режима труда и отдыха) как первая линия подготовки к беременности не менее важна, чем коррекция экстрагенитальной и гинекологической патологии. В то же время, когда у такой пациентки наступает беременность, необходимо помнить, что это беременность высокого риска. Результаты многих исследований свидетельствуют, что для пациенток, страдавших до беременности нарушениями менструальной функции, вследствие развивающейся лютеиновой недостаточности, характерно значительное повышение частоты самопроизвольных аборт. Автор задает вопрос: Что можно сделать для данной категории пациенток? И, отвечая на него, подчеркивает, что лекарственные средства во время беременности могут вызывать побочные эффекты и их назначение должно быть подкреплено доказательствами безопасности. Именно поэтому **дидрогестерон вследствие доказанной селективности (взаимодействие только с рецепторами прогестерона) является препаратом выбора у данной категории пациенток.**



**Peter van de Weijer**, доцент кафедры акушерства и гинекологии факультета медицины и здравоохранения Оклендского университета и клинический директор гинекологического отдела районного здравоохранения Вайтемата (Новая Зеландия) в докладе **«Роль прогестерона на ранних сроках беременности»** представил результаты мета-анализов клинических данных применения гестагенов при угрозе прерывания беременности.

С целью подбора данных высокого уровня доказательности по данной теме в 2011 был проведен анализ исследований из базы Cochrane «Прогестагены для лечения угрожающего аборта» «Progestogen for treating threatened miscarriage» Wahabi H.A. и соавт. Исследователи определяли эффективность и безопасность прогестагенов в лечении угрожающего аборта. В обзор включены рандомизированные, контролируемые исследования, в которых сравнивали прогестаген с плацебо, отсутствием лечения или любой другой терапией, применяемой для лечения угрозы невынашивания. Результаты не показали статистически значимых различий в эффективности применения вагинального прогестерона по сравнению с плацебо в снижении риска выкидыша (ОР – 0,47, 95% ДИ – от 0,17 до 1,30). В целом, авторы пришли к выводу, что использование гестагенов эффективно при лечении угрозы выкидыша. В то же время, в системном анализе «A systematic review of dydrogesterone for the treatment of threatened miscarriage» (Систематический обзор использования дидрогестерона при лечении угрозы выкидыша) (Howard Carr, 2012) отмечено, что, хотя лечение прогестагенами носит несколько эмпирический характер, **применение дидрогестерона, по сравнению со стандартными методами терапии, снизило на 47% риск выкидыша и обусловило абсолютное уменьшение частоты самопроизвольного прерывания беременности на 11%.**

Одной из важных причин, приводящих к привычному невынашиванию, являются иммунологические механизмы отторжения плода. R. Raghupathy (2005) обнаружил значительные различия в уровнях цитокинов при нормальной беременности и привычном невынашивании. Наблюдения, проведенные в лаборатории медицинского университета в Кувейте, свидетельствуют о том, что сильно выраженная реактивность на цитокины типа 1 (Th1-цитокины – «воспалительные» цитокины) может препятствовать нормальному течению беременности. Исследование, в котором изучали влияние дидрогестерона на продукцию Th1- и Th2- (Th2- противовоспалительных) цитокинов лимфоцитами женщин, с рецидивирующими самопроизвольными выкидышами неуточненной этиологии (R. Raghupathy, 2001), показало, что дидрогестерон значительно ингибирует продукцию Th1-цитокинов:  $\gamma$ -IFN ( $p=0,0001$ ) и TNF- $\alpha$  ( $p=0,005$ ). Это вызывает увеличение уровней Th2-цитокинов: IL-4 ( $p=0,03$ ) и IL-6 ( $p=0,017$ ) и приводит к существенному сдвигу в соотношении Th1/Th2-цитокинов. Это значит, что **дидрогестерон, подавляя образование цитокинов типа 1 и вызывая сдвиги в сторону преобладания защитных цитокинов типа 2 (Th2-цитокины), может эффективно предотвращать невынашивание беременности.**

В исследовании «Luteal phase support for assisted reproduction cycles» (Поддержка лютеиновой фазы при использовании вспомогательных репродуктивных технологий) (van der Linden M., 2011) авторами не было установлено никаких доказательств в пользу того или иного пути введения (ректального, интравагинального, внутримышечного или перорального) или продолжительности приема прогестерона. Авторы также отметили значительный позитивный эффект гестагенов при поддержке лютеиновой фазы. Этот эффект был более выражен при применении дидрогестерона по сравнению с микронизированным прогестероном. При этом введение в схему лечения эстрогенов или ХГЧ в целом не улучшало исходы беременности, однако наблюдалось повышение риска развития синдрома гиперстимуляции яичников.

Резюмируя, **Peter van de Weijer**, отметил, что применение гестагенов оправдано на ранних сроках беременности и выбор гестагена имеет значение.

Научно-практический симпозиум **«Ранние осложнения беременности»** проходил под председательством G.C. Di Renzo (профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Университета Перуджи, Директор Центра репродуктивной и перинатальной медицины, Университетской больницы Санта-Мария-Белла-Мизеикордиа, Перуджа, (Италия) и Н.К. Тетраушвили (Россия).



**Нана Картловна Тетраушвили**, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник отделения терапии и профилактики невынашивания беременности, руководитель акушерского отделения патологии беременности в своем докладе **«Поддержка беременности на ранних стадиях для предотвращения поздних осложнений»** особо подчеркнула важность планирования беременности у женщин позднего репродуктивного

возраста, поскольку эта ситуация встречается все чаще и делает беременность для этих женщин уникальной и, вероятно, единственной. В то же время, отмеченная тенденция приводит к увеличению частоты применения вспомогательных репродуктивных технологий и, к сожалению,

увеличению числа самопроизвольных абортов и преждевременных родов. Кроме того, возможности современной медицины и вспомогательных репродуктивных технологий предоставляют многим пациенткам, у которых еще 10 лет назад не было никаких шансов забеременеть; изменились критерии по противопоказаниям для вынашивания и протонирования беременности у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией (онкологические заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания крови и т.д.). Преждевременные роды в современном мире, по словам Наны Картлосовны, стали не только медицинской, но и социальной проблемой, поскольку увеличение выживаемости новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела приводит к неизбежному увеличению количества детей с ограниченными возможностями. Именно это подводит нас к основным целям обследования и терапии беременных, а именно обеспечения протонирования беременности до оптимального срока по отношению к здоровью матери и прогнозу для новорожденных.

Н.К.Тетрашвили остановилась на данных системного обзора «Predicting adverse obstetric outcome after early pregnancy events and complications» (Прогнозирование неблагоприятных акушерских исходов после осложнений на ранних сроках беременности) (R.H.F. van Orpenaaij, 2009), в котором оценивали влияние репродуктивного анамнеза и осложнений в ранний период беременности на развитие осложнений второй половины беременности и ее исходы. Данные обзора убедительно свидетельствуют о том, что пациентки, которые потеряли две или более беременностей, относятся к группе риска развития преждевременных родов, в том числе очень ранних преждевременных родов, задержки внутриутробного роста плода, преждевременного разрыва плодных оболочек, преждевременной отслойки плаценты, предлежания плаценты и кровотечений во II и III триместрах беременности. К перечисленной выше группе риска относятся и беременные с эпизодами кровотечения в ранние сроки беременности с образованием ретроплацентарной гематомы.

Еще одним ключевым моментом доклада доктора медицинских наук Н.К. Тетрашвили был акцент на необходимости применения у женщин с привычным невынашиванием беременности только тех методов лечения, эффективность которых была доказана: устранение анатомических факторов (перегородки матки, синехии, подслизистые миомы) до беременности; применение гестагенов на ранних сроках беременности, назначение аспирина в низких дозах и гепаринов при антифосфолипидном синдроме; коррекция сахарного диабета и гипотиреоза до беременности; лечение хламидийной, гонококковой инфекции до беременности, а инфицирования стрептококком группы В и бактериального вагиноза во время беременности.

В разрезе применения гестагенов на ранних сроках беременности при привычном невынашивании автор доложила результаты собственного исследования, в котором в двух группах оценивалась эффективность терапии дидрогестероном у пациенток с привычным невынашиванием на фоне антифосфолипидного синдрома (АФС) – первая группа и с аллоиммунным привычным выкидышем (АПВ) – вторая группа.

В группе пациенток с АФС, принимавших низкомолекулярные гепарины (НМГ) в комбинации с дидрогестероном, ранние осложнения были достоверно реже в группе дидрогестерона: ретрохориальная гематома – 11,6% против 23,7%; неразвивающаяся беременность – 4,5% против 8,5%. В итоге в группе дидрогестерона беременность закончилась срочными родами у 87,4%, а в группе, принимавшей только НМГ, – у 71,2%.

В группе пациенток с АПВ, принимавших прогестерон либо дидрогестерон, дидрогестерон продемонстрировал преимущество по следующим показателям: аборт – 4,8% против 11,7%; задержка внутриутробного развития 4,4% против 9,2%; преждевременные роды – 2,4% против 8,3%. В группе дидрогестерона беременность закончилась срочными родами у 92,8%, а в группе прогестерона – у 80%. Данные исследования подтверждают целесообразность применения гестагенов (дидрогестерона) на ранних сроках для предотвращения осложнений беременности на поздних.



В докладе *Julia Szekeres-Bartho*, профессора, доктора медицинских наук в области клинической химии, г. Печ (Венгрия) «Прогестерон-индуцированный блокирующий фактор (PIBF) и иммуномодуляция во время беременности» были детально рассмотрены иммуномодулирующие свойства прогестерона. Иммунологические эффекты прогестерона реализуются через PIBF, который ингибирует активность натуральных киллеров (НК) и обеспечивает антиабортивный эффект. Докладчик отметила, что ее исследования свидетельствовали в пользу важности PIBF в поддержании нормальной беременности, а также понимания механизма реализации эффекта PIBF через блокирование НК и/или цитотоксической их активности. В экспериментальных моделях на мышах была продемонстрирована связь между стрессовым состоянием и частотой выкидышей. У животных, подвергавшихся воздействию стрессорных факторов, отмечался более низкий по сравнению с контрольной группой уровень эндогенного прогестерона и PIBF. При этом интересно, что применение дидрогестерона нивелировало отрицательный эффект стресса на развитие выкидыша.

*Julia Szekeres-Bartho* отметила, что в клиническом исследовании, целью которого было сравнение концентраций эндогенного прогестерона и эстрадиола в сыворотке крови и PIBF в моче у женщин с угрожающим абортom и женщин с нормальным течением беременности, было установлено, что концентрация PIBF значительно отличается у женщин с неосложненной беременностью и беременностью, которая закончилась преждевременными родами. В сроке гестации 7–19 нед у пациенток с нормально протекающей беременностью концентрация PIBF составляла 50 пг/мл, тогда как в группе преждевременных родов – 17 пг/мл. Аналогична тенденция была отмечена и в последующие сроки беременности: в 20–29 нед – 70 пг/мл и 19 пг/мл, в 30–37 нед – 110 пг/мл и 16 пг/мл соответственно. Было также отмечено постепенное снижение концентрации PIBF с началом родовой деятельности у пациенток с нормально протекающей беременностью (20 пг/мл).

В другом исследовании, в котором изучали уровень PIBF у пациенток с угрозой прерывания беременности в сроке 6–12 нед гестации после 10 дней лечения дидрогестероном по сравнению с нормально протекающей беременностью, было установлено, что в группе с угрозой прерывания беременности концентрация PIBF до лечения в среднем составляла 400 пг/мл, а после 10 дней терапии дидрогестероном – 1250 пг/мл, что соответствовало концентрации PIBF у женщин с неосложненным течением беременности (1000–1450 пг/мл).

В другом исследовании, в котором изучали уровень PIBF у пациенток с угрозой прерывания беременности в сроке 6–12 нед гестации после 10 дней лечения дидрогестероном по сравнению с нормально протекающей беременностью, было установлено, что в группе с угрозой прерывания беременности концентрация PIBF до лечения в среднем составляла 400 пг/мл, а после 10 дней терапии дидрогестероном – 1250 пг/мл, что соответствовало концентрации PIBF у женщин с неосложненным течением беременности (1000–1450 пг/мл).

Резюмируя представленные данные, *Julia Szekeres-Bartho* отметила, что концентрация PIBF ниже у пациенток с угрозой прерывания беременности, однако она успешно корректируется дидрогестероном, что реализуется пролонгированием беременности.

## Краткая информация о препарате

# Дуфастон®

### Показания:

- угрожающий и привычный аборт, связанный с прогестероновой недостаточностью
- бесплодие, вызванное лютеиновой недостаточностью
- нерегулярные менструальные циклы
- дисменорея
- эндометриоз
- Дуфастон® можно применять как циклическое дополнение к терапии эстрогенами у женщин с интактной маткой: для предупреждения гиперплазии эндометрия в период менопаузы, при дисфункциональных маточных кровотечениях, при вторичной аменорее

РУ в Украине: UA/3074/01/01 от 14.12. 2012

Состав. 1 таблетка содержит 10 мг дидрогестерона.

Код АТС. G03D B01. Гормоны половых желез и препараты, которые применяются при патологии половой системы. Производные прегнадиена. Гестагены.

Применение в период беременности и кормления грудью. Более 9 миллионов беременных женщин принимали дидрогестерон. До сих пор не обнаружено доказательств вредного воздействия дидрогестерона при применении в период беременности. Не следует принимать Дуфастон® во время кормления ребенка грудью.

#### Особенности применения.

– В случае привычного или угрожающего аборта необходимо определить жизнеспособность плода, чтобы убедиться, что беременность продолжается.

– Перед началом применения дидрогестерона для лечения патологического кровотечения следует выяснить причину кровотечения.

В первые месяцы лечения могут возникнуть прорывные кровотечения или кровянистые выделения.

Если любое из следующих нарушений происходит впервые или ухудшается во время применения препарата, должен быть рассмотрен вопрос о прекращении лечения: чрезвычайно сильная головная боль, мигрень или симптомы, которые могут указывать на ишемию головного мозга; значительное повышение артериального давления; появление венозной тромбоземболии.

**Дети.** Не рекомендуется назначать препарат детям из-за недостаточности данных о безопасности и эффективности.

**Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействий.** Данные исследований *in vitro* свидетельствуют, что дидрогестерон и его основной метаболит дигидродидрогестерон могут метаболизироваться изоферментами цитохрома P 450. Поэтому метаболизм дидрогестерона может ускоряться при одновременной терапии с антиконвульсантами (фенобарбитал, фениитоин, карбамазепин), противомикробными препаратами (рифампицин, рифабутин, невирапин, эфавиренц) и фитопрепаратами, содержащими зверобой.

**Способ применения и дозы.** Для предупреждения гиперплазии эндометрия в период менопаузы: в течение каждого 28-дневного цикла терапии эстрогенами эстроген принимать самостоятельно в течение первых 14 дней, и в течение следующих 14 дней принимать 1 или 2 таблетки, содержащие 10 мг дидрогестерона, дополнительно к терапии эстрогенами. Дисфункциональные маточные кровотечения: 2 таблетки Дуфастон® в течение 5–7 дней в сочетании с эстрогеном. С целью профилактики дальнейшего возникновения кровотечения Дуфастон® назначается по 1 таблетке в день с 11-го по 25-й день цикла. При кистозной геморрагической метропатии назначать 1 таблетку Дуфастон® в день с 11-го по 25-й день цикла. Вторичная аменорея: для лечения одновременно необходимо назначить эстроген с 1-го по 25-й день цикла, с 11-го по 25-й день в сочетании с 1 таблеткой Дуфастон® в день. Нерегулярные менструальные циклы: длина цикла 28 дней может быть достигнута путем назначения 1 таблетки Дуфастон® в день с 11-го по 25-й день цикла. Эндометриоз: от 1 до 3 таблеток Дуфастон® в день с 5-го по 25-й день цикла или в течение всего цикла. Дисменорея: от 1 до 2 таблеток Дуфастон® в день с 5-го по 25-й день цикла. Бесплодие, вызванное лютеиновой недостаточностью: 1 таблетка Дуфастон® в день с 14-го по 25-й день цикла. Лечение следует продолжать в течение минимум 6 последовательных циклов. Рекомендуется продолжить лечение в течение первого месяца беременности в тех же дозах, что и для привычного аборта. Угроза аборта: начальная доза – 4 таблетки Дуфастон®, затем по 1 таблетке каждые 8 часов. Если симптомы не исчезают или вновь появляются во время лечения, дозу необходимо увеличить на 1 таблетку каждые 8 часов. После того, как симптомы исчезают, эффективную дозу необходимо сохранить в течение одной недели, после чего ее можно постепенно уменьшить. Если симптомы появляются вновь, лечение должно быть немедленно восстановлено с дозированной, которая оказалась эффективной. Привычный аборт: лечение необходимо начать до зачатия. 1 таблетка Дуфастон® в день до 20-й недели беременности, после чего можно постепенно снижать дозу. Если симптомы угрозы прерывания беременности появляются во время лечения, то лечение следует продолжить, как это описано в случае угрозы аборта.

**Противопоказания.** Недиагностированное вагинальное кровотечение; имеющиеся серьезные заболевания печени, или наличие серьезных заболеваний печени в прошлом, если показатели функции печени не нормализовались; применение эстрогенов в комбинации с прогестагенами, такими как дидрогестерон; установленная гиперчувствительность к активному веществу или любому другому компоненту препарата; установленные или подозреваемые новообразования, зависящие от половых гормонов.

**Побочные реакции.** При применении дидрогестерона в клинических исследованиях по показаниям без лечения эстрогенами чаще всего сообщалось о следующих побочных реакциях: мигрень/головная боль, тошнота, менструальные расстройства, боль/чувствительность молочных желез и другие (см. в полной инструкции по медицинскому применению)

Категория отпуска. По рецепту.

Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению препарата.

Сообщить о нежелательном явлении или жалобе на качество препарата Вы можете в Представительство «Абботт Лабораториз ГмбХ» в Украине по телефону (круглосуточно) +380 44 498 60 80. Информация предназначена для специалистов и распространения на специализированных семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике.

 **Abbott**  
A Promise for Life



В своем выступлении «**Лечение и профилактика угрозы выкидыша и привычных аборт**» профессор, доктор **Адольф Е. Шиндлер**, директор Института медицинских исследований и образования (Эссен, Германия) тоже акцентировал внимание на исследованиях, изучавших влияние стресса на секрецию прогестерона, вынашивание беременности и эффективность терапии гестагенами.

Как показали исследования Vlois и соавторов, стресс подавляет продукцию прогестерона, тем самым нарушая эндокринно-иммунное равновесие, что в результате приводит к отторжению плода. Интерес вызвали представленные профессором А.Е. Шиндлером результаты исследования эффективности дидрогестерона и микронизированного прогестерона для улучшения субэндометриального кровотока у пациенток с идиопатическим привычным невынашиванием беременности (Thangaraju и соавт.). При проведении доплеровского исследования кровотока в маточной артерии в сроке 6–7 нед гестации индекс резистентности и индекс пульсации были значительно снижены у женщин, получавших дидрогестерон по сравнению с микронизированным прогестероном. Пик систолической активности был значительно выше при использовании дидрогестерона, что свидетельствует в пользу улучшения маточного кровотока. В то же время в обоих случаях было зарегистрировано значительное повышение диастолической скорости кровотока без изменений

систола/диастолического соотношения. Однако частота прогрессирующих беременностей в данном исследовании составила 40% для дидрогестерона и 28% прогестерона.

Профессор отметил, что дидрогестерон имеет гораздо более высокую биодоступность, чем прогестерон (28% по сравнению с 5%), а его клиническая эффективность была доказана в случаях с абсолютной или относительной недостаточностью прогестерона. **Особенно было подчеркнuto, что при раннем начале лечения угрозы выкидыша дидрогестероном можно предотвратить развитие таких осложнений беременности, как преждевременные роды и преэклампсия.**

Резюмируя свое выступление, профессор А.Е. Шиндлер отметил, что прогестерон является основным гормоном беременности у человека. А применяя гестагены, следует помнить, что препараты этой группы не одинаковы, обладают различной структурой, механизмом действия и различными воздействиями на органы, это важно для правильного выбора. **Дидрогестерон уникален, является единственным доступным ретропрогестероном, который, благодаря своей селективности, не имеет эстрогенной, андрогенной или глюкокортикоидной активности, в отличие от других прогестагенов, и это особенно важно при использовании во время беременности.** Он обеспечивает прогрессирование беременности, не вызывая никаких нежелательных эффектов у матери и плода. Безопасность применения дидрогестерона у беременных подтверждается данными статистики, согласно которым за период с 1977 года по 2011 год дидрогестерон принимали 13 миллионов беременных.

*Прошедший Конгресс еще раз подчеркнул, что важнейшим достижением перинатальной медицины стало признание плода как отдельного, самостоятельного субъекта врачебного вмешательства. Перинатальная медицина стала «полидисциплинарной», объединила специалистов различных направлений, которые заботятся о естественном и гармоничном развитии будущего ребенка от момента зачатия, о чем убедительно свидетельствовали доклады, представленные на научном форуме.*