



Рекомендации Международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO) 2015 года

Совершенствование практических подходов в акушерстве
и фетальной медицине

Информационный бюллетень

Под ред. В.Е. Радзинского

Приложение к журналу



Status Praesens

2015

УДК 618.2
ББК 57.16
P15

Авторы: Алеев Игорь Александрович, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва); Войташевский Константин Владимирович, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва)

Медицинский директор: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова. *Креативный директор:* Виталий Кристал. *Арт-директор:* Алиса Володина. *Руководитель редакции:* канд. мед. наук Игорь Александрович Алеев. *Зам. руководителя редакции:* Ольга Александровна Катаева. *Ответственный редактор:* Татьяна Добрецова. *Выпускающий редактор:* Наталья Лёвкина. *Вёрстка:* Юлия Скутоккина. *Корректор:* Елена Соседова. *Художник:* Лина Разгулина

P15 Рекомендации Международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO) 2015 года. Совершенствование практических подходов в акушерстве и фетальной медицине. Информационный бюллетень / под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 8 с.

ISBN 978-5-905796-60-9

В январе 2015 года было опубликовано информационное сообщение (Committee report) Рабочей группы FIGO по акушерству и фетальной медицине «Best practice in maternal-fetal medicine», что можно перевести как «Совершенствование практических подходов в акушерстве и фетальной медицине». По сути, настоящий документ следует расценивать как настоятельную рекомендацию FIGO по дальнейшему улучшению утверждённых в разных странах мира клинических протоколов и нормативных документов. Публикуя очередное информационное сообщение, FIGO даёт чёткие ориентиры мировому врачебному сообществу по избранным клиническим проблемам, где объём доказательств эффективности тех или иных вмешательств превысил критическую массу и требует быстрого внедрения в практическую работу.

Настоящий информационный бюллетень представляет собой краткий реферат публикации FIGO, предназначенный для акушеров-гинекологов женских консультаций и гинекологических отделений многопрофильных стационаров, слушателей факультетов повышения квалификации, медицинских работников, аспирантов, клинических ординаторов и студентов медицинских вузов.

УДК 618.2
ББК 57.16

Подписано в печать 30.06.2015. Бумага мелованная. Печать офсетная.
Формат 60×90 1/16. Объём 0,5 п.л. Тираж 15 100 экз.

ООО «Медиабюро Статус презенс». 105082, Москва, ул. Б. Почтовая, д. 26в, стр. 2.
Бизнес-центр Post-Plaza, оф. 613. Тел.: +7 (499) 346 3902.
E-mail: info@praesens.ru, www.praesens.ru. Мы ВКонтакте: vk.com/praesens.

Отпечатано в типографии «Алмаз Пресс».
107140, Москва, ул. Шоссейная, 4д.



ISBN 978-5-905796-60-9

© ООО «Медиабюро Статус презенс», 2015

В январе 2015 года International journal of gynecology and obstetrics («Международный журнал акушерства и гинекологии»), официальный печатный орган FIGO, опубликовал чрезвычайно важный документ, расставляющий акценты по наиболее острым проблемам современной акушерской практики. Это было информационное сообщение (Committee report) Рабочей группы FIGO по акушерству и фетальной медицине* «Best practice in maternal-fetal medicine», что можно перевести как «Совершенствование практических подходов в акушерстве и фетальной медицине».

По сути, настоящий документ следует расценивать как настоятельную рекомендацию FIGO по дальнейшему улучшению утверждённых в разных странах мира клинических протоколов и нормативных документов. Публикуя очередное информационное сообщение, FIGO даёт чёткие ориентиры мировому врачебному сообществу по избранным клиническим проблемам, где объём доказательств эффективности тех или иных вмешательств превысил критическую массу и требует **быстро внедрения** в практическую работу.

Эксперты FIGO выделили **три** наиболее актуальные для мира темы¹, где действительно важно быстрое внедрение методик, доказавших свою эффективность, в системы здравоохранения в целом и в работу практикующих врачей в частности. Итак, с точки зрения FIGO, службам охраны материнства и детства повсеместно необходимо совершенствовать медицинскую помощь по следующим направлениям.

1. Скрининг и неинвазивная **пренатальная диагностика** для выявления хромосомных аномалий плода.
2. Периконцепционное использование **фолиевой кислоты** для профилактики дефектов нервной трубки (ДНТ).
3. Определение длины шейки матки для **прогнозирования преждевременных родов** и применение **препаратов прогестерона** для их профилактики.

Скрининг и неинвазивная пренатальная диагностика

По данным ВОЗ, **в мире** 2,5–3% новорождённых появляются на свет с различными пороками развития^{2,3}. **В России** статистика аналогична — приблизительно 3%⁴, что в целом обеспечивает 35–40% причин младенческой смертности^{5,6}.

Скрининг. Расширение компетенций

В условиях большинства систем здравоохранения, в том числе российской, чрезвычайно важно **вовремя** выявлять пороки развития (до наступления 22 нед гестации), что позволяет **женщине** принимать информированное решение по поводу целесообразности пролонгирования подобной беременности. Комплекс лабораторно-инструментальных исследований для раннего выявления группы риска аномалий развития обозначают терминами «**пренатальный скрининг**» и «**пренатальная диагностика**».

* Рабочую группу возглавляет Жан Карло ди Ренцо (Gian Carlo di Renzo), почётный секретарь FIGO; он же выступил первым автором цитируемой публикации.

Выделяют следующие этапы **неинвазивного** пренатального скрининга^{7,8}.

- Скрининг I триместра — комбинированный, в сроке гестации от 11 нед 6 дней до 13 нед 6 дней. Скрининг включает: биохимическое исследование крови — свободная субъединица β -ХГЧ, PAPP-A*; УЗИ — толщина воротникового пространства (ТВП), наличие носовых костей⁸.
- Скрининг II триместра беременности — кватротест в сроке от 15 нед 6 дней до 18 нед 6 дней. Этот этап предполагает только биохимическое исследование крови: α -фетопротеин (АФП), неконъюгированный эстриол, β -ХГЧ, ингибин А. **Интегральный скрининг** позволяет сопоставить сочетание ультразвуковых данных (I триместр) и результатов двух анализов крови (I и II триместров).

При скрининге, помимо упомянутых выше β -ХГЧ, PAPP-A, ТВП, принимают во внимание возраст женщины. Компьютерная интегративная оценка этих показателей уже в I триместре позволяет диагностировать до 90% **трисомий по 21-й хромосоме** и до 95% **трисомий по 18-й и 13-й хромосомам**. Добавление в программу обследования дополнительных ультразвуковых предикторов, таких как размер носовых костей, пульсационный индекс в венозном протоке, регургитация крови через трёхстворчатый клапан сердца, значительно увеличивает вероятность обнаружения хромосомных аберраций⁹.

Если по результатам неинвазивных тестов выявлен высокий риск рождения плода с хромосомными аберрациями, женщине рекомендуют **инвазивную** пренатальную диагностику — генетический анализ клеток, физически полученных при биопсии ворсин хориона или амниоцентезе. На инвазивную диагностику направляют только пациенток с высоким риском врождённых и наследственных синдромов и заболеваний.

Основными недостатками инвазивных технологий скрининга выступают осложнения в виде **репродуктивных потерь** (1%) и **высокая стоимость**^{5,7,9}. Именно поэтому в настоящее время научный мир занят поиском высокоинформативных, чувствительных и специфичных предикторов генетических аномалий плода, которые могли бы заменить традиционные инвазивные методики.

Почти настоящее

Перспективным признают метод диагностики анеуплоидий, основанный на обнаружении в кровотоке матери свободно циркулирующей ДНК плода (cfDNA*). Исследование на cfDNA осуществляют не раньше 10-й недели гестации. Многие ведущие эксперты рассматривают его как реальную альтернативу инвазивным методикам.

Полученные данные в самом деле достойны удивления: точность диагностики трисомий по 21-й хромосоме (синдром Дауна) — 99% поражённых эмбрионов, 18-й хромосоме (синдром Эдвардса) — 97%, 13-й хромосоме (синдром Патау) — 92%. Исследование позволяет снизить уровень ложноположительных заключений с 5 до 0,2%^{10,11}, что действительно кажется невероятным.

Хотя методика технически сложна и дорогостояща, она может быть полезна в качестве **теста второй линии** для пациенток с высокой вероятностью хромосомных аномалий.

* cfDNA — cell-free DNA (свободно циркулирующая ДНК плода).

* PAPP-A — Pregnancy-associated plasma protein-A (плазменный протеин А, ассоциированный с беременностью).

Сейчас в мире нет единого мнения об **идеальном** неинвазивном пренатальном обследовании. Разногласия — в оценке результатов тестов и показаниях для инвазивной диагностики. В некоторых европейских странах, несмотря на успехи скрининговых программ, доля беременных, подвергающихся биопсии хориона или амниоцентезу, достигает 20%, а единственным основанием для исследования может выступать так называемый **возрастной риск** (возраст матери).

FIGO предлагает пересмотреть некоторые аспекты неинвазивной пренатальной диагностики.

Рекомендации FIGO

1. Возраст матери не следует использовать в качестве основного прогностического фактора для выделения групп высокого риска анеуплоидий и пороков развития плода. Он не должен становиться основным критерием для назначения женщинам инвазивных методов пренатальной диагностики. При использовании возраста беременной в качестве единственного предиктора анеуплоидий частота их выявления не превышает 30%, а уровень ложноположительных результатов достигает 20%.

2. Наряду с оценкой возраста для первичного неинвазивного пренатального скрининга рекомендован следующий **диагностический комплекс**: измерение ТВП, определение концентрации свободной β -субъединицы ХГЧ и РАРР-А. Такое сочетание позволяет достичь высокой точности в выявлении анеуплоидий плода (свыше 92% при частоте ложноположительных результатов), не превышающей 5%.

3. Следует стремиться к повышению эффективности первичного скрининга, изучая **дополнительные ультразвуковые предикторы**: визуализацию и измерение носовых костей, оценку параметров

кровотока в венозном протоке и выявление регургитации в трёхстворчатом клапане сердца плода с применением доплерометрии. При использовании этих эхо-маркеров частота выявления аномалий плода увеличивается до 95% при вероятности ошибочных положительных результатов 3% и менее.

4. При дальнейшем углублённом обследовании беременных из группы высокого риска хромосомных аномалий плода нужно отдавать предпочтение таким высокоинформативным и безопасным исследованиям, как определение **фетальной внеклеточной ДНК в плазме крови матери**. Метод позволяет значительно повысить точность диагностики анеуплоидий: синдрома Дауна — до 99%, синдрома Эдвардса — до 97% и синдрома Патау — до 92% при ничтожно низкой частоте ложноположительных результатов (0,2–0,4%). Отбор пациенток следует основывать на результатах первичного скрининга в 11–13 нед гестации.

- При относительном риске 1:100 и выше показаны анализ на фетальную внеклеточную ДНК или инвазивная диагностика.
- От 1:101 до 1:2500 — определение фетальной внеклеточной ДНК носит рекомендательный характер.
- Менее 1:2500 — углублённый пренатальный скрининг не показан.

Фолиевая кислота для профилактики ДНТ

Тяжёлые врождённые аномалии — одна из главных причин детской смертности и инвалидности. Большая их часть возникает вследствие неполного смыкания верхнего или нижнего отдела нервной трубки эмбриона. Эти тяжёлые врождённые аномалии формируются на 26–28-й день после зачатия.

ДНТ. Расширение компетенции

ДНТ чаще локализуются на двух уровнях: краниальном и каудальном. Самые распространённые виды пороков при ДНТ: анэнцефалия (полное или частичное отсутствие полушарий головного мозга), цефалоцеле (грыжи головного мозга), менингоцеле (грыжи спинного мозга), *spina bifida* (незаращение позвоночных дуг).

Тяжёлые пороки нервной трубки обуславливают 2% общей детской смертности в России. В Евросоюзе ДНТ выявляют с частотой 9,32 случая на 10 000 новорождённых. Ежегодно в США регистрируют один ДНТ на 1000 беременностей, в странах Латинской Америки — от пяти (Бразилия) до одного (Мексика) случая ДНТ на 1000 живорождённых^{1,6}.

В настоящее время особый интерес исследователей вызывает **алиментарная причина** — недостаток фолатов в пище, а также повышение в плазме крови уровня гомоцистеина (ГЦ). Фолатный дефицит — одна из важнейших прямых и **предотвратимых** причин пороков, связанных с ДНТ. Множественные рандомизированные контролируемые мультицентровые исследования в полном соответствии с принципами GCP (good clinical practice) подтверждают взаимосвязь между дефицитом фолатов и возникновением ДНТ^{6,12–14}. По данным исследователей из Великобритании, обогащение пищи фолатами способно предотвращать до 72% случаев пороков нервной трубки⁶. Приём фолиевой кислоты также профилактирует пороки развития мозга, мочевыделительной и сердечно-сосудистой систем, конечностей, лицевого черепа, снижает риск синдрома Дауна^{15,16}.

Помимо увеличения числа аномалий развития, неадекватный фолат-

ный статус повышает риск рождения маловесных детей, преждевременных родов, антенатальной гибели плода, тяжёлых гестозов, в том числе — преэклампсии⁶.

Итак, с целью действенной профилактики нарушений у плода, вызванных фолатным дефицитом, следует применять препараты, содержащие фолиевую кислоту (и её активные метаболиты). В некоторых странах Евросоюза, а также в США и Канаде существуют государственные программы по обогащению продуктов питания фолиевой кислотой — **фортификация фолатами**.

В связи с высокой распространённостью в популяции фолатного дефицита и гипергомоцистеинемии FIGO рекомендует службам здравоохранения и практикующим врачам **принять к сведению** ряд новых аспектов при оказании медицинской помощи в периконцепционный период.

Рекомендации FIGO

1. Всем женщинам, планирующим беременность, с целью профилактики неблагоприятных последствий фолатной недостаточности следует рекомендовать приём **400 мкг/сут синтетической фолиевой кислоты** начиная с **30-дневного** периода, предшествующего зачатию, и вплоть до окончания I триместра.

2. Чрезвычайно важна **просветительская деятельность врачей**. Необходимо сообщать женщинам репродуктивного возраста о пользе регулярного приёма фолиевой кислоты, особенно при планировании беременности в ближайшее время и при отсутствии надёжной контрацепции. Следует использовать **любое** обращение женщины к медицинским работникам, чтобы донести до неё вышеизложенную информацию.

Фолатный дефицит должен быть ликвидирован

Активные метаболиты фолиевой кислоты (витамина В₉) нужны, во-первых, для синтеза тимидина, без которого невозможны строительство и восстановление цепочек ДНК. При недостаточном образовании тимидиновых оснований цепочки ДНК не могут разделиться, что приводит к появлению мегалобластных структур. Таким образом, при фолатном дефиците в первую очередь страдает **деление любых клеток** — вот почему под удар попадают эмбриональные структуры, в которых деление происходит в космических масштабах.

Вторая не менее значимая миссия фолиевой кислоты — **реметилирование** в плазме крови **гомоцистеина** до метионина, одной из незаменимых кислот. Этот процесс — один из ключевых для переработки в организме белка, поступающего с пищей. Роль фолатов в этой метаболической истории — определяющая⁶.

С практической точки зрения важно, что витамин В₉ поступает в организм в **неактивном** состоянии и посредством многочисленных превращений перерабатывается в активную форму — 5-метилтетрагидрофолат (5-MTHF). Этот процесс катализирует фермент 5-метилтетрагидрофолатредуктазу (5-MTHFR). Именно 5-MTHF ответственен за перенос метильной группы с гомоцистеина (продукта превращения поступающих пищевых белков) обратно на метионин (реакция зависит также от витамина В₁₂).

При нормальном метаболизме остатки гомоцистеина (не переведённые в метионин) выводятся с мочой, но если 5-MTHF мало и он не справляется со своей задачей, гомоцистеин накапливается и оказывает масштабные **токсические** эффекты как на организмы матери и плода, так и на экстраэмбриональные структуры, в первую очередь на **плаценту**. Кстати, существует ещё один, «запасной» путь деградации гомоцистеина — и он зависит, в свою очередь, от витамина В₆.

Таким образом, при подготовке к беременности и во время самой гестации очень важно достаточное поступление витаминов группы В — фолиевой кислоты, цианокобаламина и пиридоксина, поскольку патологическое накопление гомоцистеина возможно не только при недостатке фолатов, но и при дефиците витаминов В₁₂ и В₆ (вещества, весьма интенсивно расходуемого ЦНС).

В общей популяции всё более распространяется **полиморфизм** гена, кодирующего фермент 5-MTHFR. Так, лиц с гомозиготным носительством дефектного гена — 9–25%, а с гетерозиготным значительно выше — до 30–60% населения¹⁷. При гомозиготной форме носительства дефекта указанного фермента возможность активировать пищевые фолаты катастрофически снижается — **усваивается только 15–20%** поступившего количества фолиевой кислоты. При гетерозиготном носительстве (один аллель дефектный, а другой нормальный) фолаты усваиваются несколько лучше, но всё равно **не полностью** — **40–60%**^{14,18,19}. Таким образом, популярная сегодня идея вводить в организм не фолиевую кислоту, а её активный метаболит 5-MTHF* действительно имеет под собой серьёзную основу — наличие дефектного фермента в этом случае незначимо.

* 5-MTHF в виде коммерческой субстанции под названием «Метафолин» входит в состав витаминного комплекса «Фемибийон».

3. Крайне желательно, чтобы работники системы здравоохранения **сообщали пациенткам сведения**, касающиеся фолатной профилактики.

- Препараты, содержащие фолиевую кислоту в рекомендуемых дозах, можно получать на протяжении многих лет без риска каких-либо побочных эффектов, в том числе в странах с обязательным обогащением витаминами пищевых продуктов (поддерживающих программы фортификации).
- Необходимым условием безопасного регулярного приёма фолатов служит контроль их **дозировок**. Максимальная суточная доза синтетической фолиевой кислоты не должна превышать 1000 мкг/сут (при отсутствии высокого риска ДНТ; см. пп. 4–5).

4. Для формирования **групп риска по развитию ДНТ** необходимо учитывать следующие факторы.

- ДНТ при предыдущей беременности.
- ДНТ у партнёра.
- ДНТ у близких родственников (первая степень родства).
- Сахарный диабет до беременности.
- Лечение эпилепсии вальпроевой кислотой или карбамазепином.
- Ожирение (ИМТ более 35 кг/м²).
- Приём антагонистов фолиевой кислоты (метотрексат, сульфаниламиды и др.).
- Синдром мальабсорбции (включая хирургическое лечение ожирения).

5. В случае высокого риска ДНТ (см. п. 4) могут быть рекомендованы **высокие дозы** фолиевой кислоты — **4000 мкг/сут** — как минимум в течение 30 дней до зачатия и на протяжении всего I триместра гестации.

Цервикометрия, преждевременные роды и их профилактика прогестероном

По определению экспертов ВОЗ, преждевременными называют роды, произошедшие в 22–37 нед гестации (154–259 дней беременности, считая от первого дня последней менструации).

Частота преждевременных родов составляет 5–18% и, **несмотря на развитие медицины**, остаётся относительно стабильной. В современном мире ежегодно досрочно появляются на свет порядка **15 млн детей**. Из них **более миллиона** погибают по причине недоношенности и осложнений преждевременных родов. Около 60–70% недоношенных гибнут уже в первые дни жизни. **Аntenальная гибель** плода происходит в 8–13 раз чаще, чем при доношенных родах.

50% детей, рождённых раньше срока, страдают тяжёлыми **последствиями недоношенности**, в числе которых респираторный дистресс-синдром, ретинопатия недоношенных, некротический энтероколит, сепсис новорождённых, нарушения развития нервной системы, параличи^{12,20}.

Преждевременные роды. Расширение компетенции

Цервикометрия. В настоящее время все исследователи в качестве основного **предиктора** преждевременных родов признают **укорочение шейки матки**, выявляемое

при трансвагинальной ультразвуковой цервикометрии²¹. Длина цервикального канала 35 мм и менее свидетельствует об **угрозе** преждевременных родов, 25 мм и менее — о высоком риске **непосредственно** преждевременных родов. У половины пациенток с длиной шейки матки 14 мм и менее роды происходят раньше 32 нед беременности. Расширение внутреннего зева на 5 мм и более, особенно до 10 мм, также говорит о высоком риске преждевременных родов.

Крайне важный практический аспект цервикометрии состоит в жёстком соблюдении **техники измерений**: во II триместре их выполняют только трансвагинально, при этом нельзя давить датчиком на шейку матки. Обязательно расположение датчика строго в сагиттальной плоскости^{22,23}.

Врачебная тактика. При выявлении укорочения шейки матки по результатам цервикометрии возникает резонный вопрос, касающийся назначения препаратов и методов, способствующих эффективному пролонгированию беременности до 36 нед и более^{21,23}. Попытки остановки **уже начавшейся** родовой деятельности, несмотря на наличие ряда эффективных токолитических препаратов (β_2 -адреномиметики, блокаторы кальциевых каналов, блокаторы окситоциновых рецепторов), недостаточно успешны — они позволяют пролонгировать беременность лишь незначительно, что обычно обеспечивает транспортировку роженицы до родовспомогательного учреждения нужного уровня и профилактику респираторного дистресс-синдрома глюкокортикоидами.

Именно поэтому научные изыскания последних лет были направлены на поиск препарата с доказанной эффективностью в отношении **предупреждения** (профилактики) преждевременных родов. Таким средством стал прогестерон для вагинального применения¹⁸.

Эффективность вагинально вводимого прогестерона для предотвращения преждевременных родов при укорочении шейки матки, а также при досрочном родоразрешении в анамнезе была продемонстрирована во многих исследованиях. В феврале 2012 года группой учёных под руководством Р. Ромеро (R. Romero) и К. Николаидеса (K. Nicolaidis) были опубликованы результаты систематического обзора и метаанализа данных по интравагинальному применению прогестерона у беременных с бессимптомным укорочением шейки матки во II триместре²⁴.

Результаты этого грандиозного с точки зрения доказательности научно-исследовательского проекта оказались чрезвычайно значимыми. Выяснилось, что интравагинальное применение микронизированного прогестерона у женщин с укороченной шейкой матки значимо уменьшает **вероятность досрочного родоразрешения**: до 32 нед гестации — на 50%, до 33 нед — на 45% и до 35 нед — на 38%.

В отношении **перинатальных исходов** было отмечено сокращение в 2 раза риска респираторного дистресс-синдрома; кроме того, достоверно уменьшилось количество детей с массой тела менее 1500 г, значительно (на 43%) снизились суммарные показатели неонатальной заболеваемости и смертности^{18,24,25}.

Интравагинальный микронизированный прогестерон при условии укорочения шейки матки (менее 25 мм по результатам цервикометрии) достоверно доказал свою эффективность: снизил частоту преждевременных родов и улучшил перинатальные исходы. При этом для клинициста микронизированный прогестерон удобен за счёт ряда фармакокинетических характеристик.

- Высокая биодоступность.
- Минимальное влияние на печёночный метаболизм ввиду отсутствия первичного пассажа действующего вещества через печень.
- Минимальный риск системных побочных эффектов.
- Отсутствие нежелательного влияния на показатели гемостаза, уровень АД, липидный и углеводный обмен.

Рекомендации FIGO

1. Трансвагинальная цервикометрия необходима всем беременным в сроки с 19-й по 23-ю неделю гестации. Цервикометрию целесообразно сочетать с фетометрией.
2. При укорочении шейки матки до 25 мм и менее (по результатам трансвагинальной цервикометрии) рекомендовано использовать микронизированный прогестерон, что позволяет достоверно снизить риск преждевременных родов и улучшить перинатальные исходы.
3. Желательно использовать интравагинальный путь введения микронизированного прогестерона в виде капсул 200 мг на ночь или геля 90 мг по утрам вплоть до завершения 36-й недели беременности, родов или разрыва плодных оболочек.
4. Экономически выгодная и клинически эффективная модель: цервикальный скрининг в сочетании с вагинальной дотацией микронизированного прогестерона.
5. При невозможности выполнения трансвагинальной цервикометрии для объективной оценки длины шейки матки можно использовать трансабдоминальное УЗИ либо визуальную оценку при помощи двусторчатых зеркал, менее результативно — пальпаторные данные.

Прогестерон для профилактики: российские реалии

В России единственным препаратом прогестерона с официально зарегистрированным МЗ РФ показанием «Предупреждение (профилактика) преждевременных родов в группах риска» выступает препарат микронизированного прогестерона «Утрожестан». 20 апреля 2015 года данное показание внесено в инструкцию по медицинскому применению препарата пациенткам группы риска на сроке до 34 нед в дозе 200 мг в сутки²⁶.

Регистрация показания была осуществлена на основании убедительной международной доказательной базы (высокого уровня достоверности), а также результатов UTRO-200-PTD — МИСТЕРИ²⁶ (Международное многоцентровое открытое исследование эффективности и безопасности Микронизированного прогестерона для профилактики преждевременных родов у женщин из группы Риска) с участием 20 центров в России и странах ближнего зарубежья (12 центров в РФ), показавшего значительное снижение частоты преждевременных родов в группе риска: 5,5% преждевременных родов в сроке до 34 нед при применении 200 мг «Утрожестана» вагинально в сравнении с характерными для данной группы риска — беременные с короткой шейкой матки или преждевременными родами в анамнезе — 25% досрочных родоразрешений.



Медицинский мир сегодня — динамическая высококонкурентная среда, в которой нет места догмам, мифам, необоснованным выводам, извращённым фактам и **невежеству**. Именно поэтому профессиональные медицинские сообщества под эгидой международных экспертных групп и комитетов открыто публикуют проверенные научные данные в виде методических рекомендаций, консенсусов, статей и рефератов. Международная федерация акушеров-гинекологов (FIGO) — одно из самых авторитетных профессиональных сообществ, которое очень внимательно следит за чёткостью рекомендаций, основанных на доказательствах.

Получение новых научных знаний специалистами значительно повышает профессиональный уровень врачей, делает их **конкурентоспособными** и востребованными на рынке медицинских услуг, а также позволяет оказывать медицинскую помощь на качественно новом уровне — уровне, основанном не просто на доказанных фактах, а на рекомендациях мировых профессиональных сообществ. **SP**

Литература

1. Best practice in maternal-fetal medicine. Figo Working Group On Best Practice In Maternal-Fetal Medicine // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2015. Vol. 128. P. 80–82. [PMID: 25481030].
2. World health statistics 2014. Geneva: WHO, 2014. 177 p.
3. ВОЗ. Информационный бюллетень №370. Январь 2014 г. — URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/ru/>.
4. Заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет по основным классам болезней // *Росстат*, 28.10.2014. — URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#.
5. Современные алгоритмы пренатальной диагностики наследственных болезней: Методические рекомендации / под ред. В.С. Баранова, Э.К. Айламазяна. СПб.: Изд-во Н-Л, 2009. 86 с.
6. Первичная профилактика врождённых пороков развития: Информационный бюллетень / под ред. В.Е. Радзинского. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. 16 с.
7. Акушерство: Национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2013. 1200 с.
8. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 №294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // *Собрание законодательства РФ*. 28.04.2014. №17. Ст. 2057.
9. Kagan K.O., Noormann M., Baker A. et al. Impact of bias in crown-rump length measurement at first-trimester screening for trisomy 21 // *Ultrasound. Obstet. Gynecol.* 2012. Vol. 40 (2). P. 135–139. [PMID: 22262465].
10. Parageorgiou E.A., Karagrigoriou A., Tsaliki E. et al. Fetal-specific DNA methylation ratio permits noninvasive prenatal diagnosis of trisomy 21 // *Nat. Med.* 2011. Vol. 17 (4). P. 510–513. [PMID: 21378977].
11. Lo K.K., Bousted C., Chitty L.S., Plagnol V. RAPIDr: an analysis package for non-invasive prenatal testing of aneuploidy // *Bioinformatics.* 2014. Vol. 30 (20). P. 2965–2967. [PMID: 24890604].
12. Пустотина О.А. Груз нелегальных мутаций — проблема XXI века // *StatusPraesens.* 2014. №23. С. 91–98.
13. Беременная XXI века: трудно как никогда. Почему необходимо забыть об оптимальном фоллатном статусе беременной? Информационный бюллетень / Т.В. Галина, Т.А. Добрецова; под ред. В.Е. Радзинского. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. 20 с.
14. Защита матери и плода ещё до наступления беременности: три причины для выбора КОК с фолатами: Информационное письмо №02 от 28 января 2013 г. // Ассоциация гинекологов-эндокринологов России.
15. Balduino Victorino D., De Godoy M.F., Goloni-Bertollo E.M., Pavarino E.C. Genetic polymorphisms involved in folate metabolism and maternal risk for down syndrome: a meta-analysis // *Dis Markers.* 2014. Art. No. 517504. [PMID: 25544792].
16. Taruscio D., Arriola L., Baldi F. et al. European recommendations for primary prevention of congenital anomalies: a joint effort of EUROCAT and EUROPLAN projects to facilitate inclusion of this topic in the National Rare Disease Plans // *Public. Health. Genomics.* 2014. Vol. 17 (2). P. 115–123. [PMID: 24714026].
17. Pietrzik K., Bailey L., Shane B. Folic acid and L-5-methyltetrahydrofolate: comparison of clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics // *Clin. Pharmacokinet.* 2010. Vol. 49 (8). P. 535–548. [PMID: 20608755].
18. Доказательная медицина микронизированного прогестерона в конференциях журнала StatusPraesens / С.А. Маклецова, И.А. Алеев, Х.Ю. Симоновская [и др.]. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. 20 с.
19. Folate and Folic Acid. Chapter 4. FAO Corporate Document Repository, 2012. — URL: <http://www.fao.org/DOCREP/004/Y2809E/y2809e0a.htm>.
20. Di Renzo G.C. et al. Guidelines for the management of spontaneous preterm labour // *J. Fetal. Neonatal. Med.* 2011. Vol. 24 (5). P. 659–667.
21. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG practice bulletin no.130: prediction and prevention of preterm birth // *Obstet. Gynecol.* 2012. Vol. 120 (4). P. 964–973. [PMID: 24990604].
22. Гинекология: Учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2014. 1000 с.
23. Preterm Birth Prevention: Evidence-Based Use of Progesterone Treatment Issue Brief and Action Steps for Medicaid Health Plans, November 2014. — URL: http://www.mhpa.org/_upload/PTBIssueBrief111714MH-PA.pdf.
24. 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. P. e1–19. [PMID: 22284156].
25. Cetingoz E., Cam C., Sakali M. et al. Progesterone effects on preterm birth in high-risk pregnancies: a randomized placebo-controlled trial // *Arch. Gynecol. Obstet.* 2011. Vol. 283. P. 423–429. [PMID: 20091317].
26. Профилактика невынашивания и преждевременных родов в современном мире. Резолюция Экспертного совета в рамках 16-го Всемирного конгресса по вопросам репродукции человека (Берлин, 18–21 марта 2015 года): Информационное письмо. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. 4 с.

Что такое FIGO

Учредительное собрание FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics, Международной федерации гинекологии и акушерства) состоялось 26 июля 1954 года в Женеве. Сегодня эта организация объединяет 125 национальных обществ акушеров-гинекологов из развитых и развивающихся стран мира.

Задачи FIGO традиционно сосредоточены на внедрении передовых технологий в области акушерства и гинекологии, обеспечении прав женщин на высококачественную медицинскую помощь, реализации программ репродуктивного здоровья и сексуального образования, безопасного материнства во всём мире.

С 1958 года с периодичностью в 3 года FIGO организует всемирные конгрессы, где представители мировой акушерско-гинекологической общественности обсуждают наиболее важные отраслевые проблемы.