

СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

2-е издание, исправленное и дополненное

Под редакцией
В.Н. Серова, Г.Т. Сухих



Схемы лечения Акушерство и гинекология

Akusher-Lib.ru



Схемы лечения Акушерство и гинекология

2-е издание, исправленное и дополненное

Под редакцией
В.Н. Серова, Г.Т. Сухих

Редактор-составитель
Е.Г. Хилькевич



Москва
Издательство «Литтерра»
2013

УДК 618.1+618.2
ББК 57.16
С92

Серия «Схемы лечения» основана в 2005 году.

С92 Схемы лечения. Акушерство и гинекология / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих; ред.-сост. Е. Г. Хилькевич. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Литтерра, 2013. — 384 с. (Серия «Схемы лечения»).

ISBN 978-5-4235-0074-0

Справочник, составленный на основе второго, переработанного и дополненного издания книги «Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии. В 2 т.» (М. : Литтерра, 2010), содержит общие принципы и современные схемы лечения наиболее распространенных заболеваний женской репродуктивной системы, а также некоторых состояний, возникающих во время беременности и родов и требующих фармакотерапии. Содержание, построенное по алфавиту заглавий, позволит читателю быстро отыскать в книге необходимую информацию. Простота изложения материала способствует удобству использования справочника на практике при выборе схемы лечения конкретного заболевания.

Справочник предназначен практикующим акушерам и гинекологам, врачам общей практики, семейным врачам, а также студентам, интернам и ординаторам медицинских вузов.

УДК 618.1+618.2
ББК 57.16

ISBN 978-5-4235-0074-0 © Хилькевич Е. Г., 2012
© ООО «Издательство «Литтерра», 2013
© ООО «Издательство «Литтерра»,
оформление, 2013

Оглавление

О справочнике.....	10
Список условных обозначений.....	11
Список сокращений.....	12
HELLP-синдром.....	15
А менорея вторичная (гипоталамическая форма)	
у девочек на фоне гипоталамического синдрома пубертатного периода.....	19
у девочек на фоне нарушения функции щитовидной железы.....	21
у девочек на фоне потери массы тела.....	22
у женщин на фоне занятий спортом.....	23
у женщин на фоне потери массы тела.....	24
у женщин на фоне стресса.....	25
Аменорея вторичная (гипофизарная форма)	
у девочек на фоне гиперпролактинемии.....	26
у женщин на фоне опухоли гипофиза.....	27
у женщин на фоне послеродового гипопитуитаризма (синдром Шихана).....	28
у женщин на фоне синдрома «пустого» турецкого седла....	29
у женщин на фоне синдрома гиперторможения гонадотропной функции гипофиза.....	30
Аменорея вторичная (маточная форма) у женщин.....	31
Аменорея вторичная (надпочечниковая форма) у девочек на фоне постпубертатной (неклассической) формы врожденной дисфункции коры надпочечников.....	32
Аменорея вторичная (яичниковая форма)	
у девочек на фоне синдрома истощения яичников.....	33
у девочек на фоне формирующегося синдрома поликистозных яичников.....	34
у женщин на фоне синдрома истощения яичников.....	34
у женщин на фоне синдрома резистентных яичников.....	35
у женщин ятрогенного и аутоиммунного генеза.....	36
Анемия железodefицитная у беременных.....	36
Астма бронхиальная у беременных.....	40

Бесплодие	
при гонадотропной недостаточности.....	45
при синдроме поликистозных яичников	48
при яичниковой недостаточности	53
при доброкачественных опухолях	
и опухолевидных образованиях яичников	56
трубно-перитонеальное	62

Вагиноз бактериальный	
у беременных	69
у небеременных.....	71
ВИЧ-инфекция у беременных.....	75
Вульвовагинит у девочек	
атопический	80
кандидозный	83
острый бактериальный	84
при глистной инвазии.....	87

Герпетическая инфекция (генитальная форма)	
у беременных	89
у небеременных.....	91
Гиперплазия эндометрия	94
аденоматозная и атипическая.....	95
в сочетании с миомой матки или аденомиозом.....	96
простая	97
простая рецидивирующая.....	97
Гиперпролактинемия.....	98
Гипогалактия и агалактия.....	100
Гипотиреоз у беременных.....	102
Гонорея у беременных	
неосложненная	103
осложненная.....	103

Депрессивные расстройства	
у беременных и кормящих.....	105
у небеременных.....	107
Дисменорея у подростков	112
Дистрофия печени острая жировая у беременных.....	115

Задержка полового развития	
центрального происхождения (гипоталамическая форма)..	119
центрального происхождения (гипофизарная форма).....	121

яичникового происхождения.....	122
Зоб	
токсический диффузный (болезнь Грейвса—Базедова)	
у беременных.....	126
токсический узловой (многоузловой) у беременных.....	130
узловой на фоне аутоиммунных заболеваний	
щитовидной железы у беременных.....	130
эндемический эутиреоидный диффузный у беременных.....	131
эндемический эутиреоидный узловой (многоузловой)	
у беременных.....	133
Кандидоз урогенитальный	
у беременных.....	139
у небеременных.....	140
Киста яичников функциональная в пубертатном периоде.....	142
Киста яичников фолликулярная и киста желтого тела	
в зрелом возрасте.....	145
Контрацепция.....	148
Климактерический период и менопауза.....	154
Кровотечения маточные	
в послеродовом периоде.....	160
в раннем послеродовом периоде.....	163
в пубертатном периоде.....	166
Лимфогранулематоз у беременных.....	173
Меноррагии.....	175
Микоплазмоз урогенитальный	
у беременных.....	179
у небеременных.....	181
Н евынашивание беременности привычное	
аутоиммунного генеза (антифосфолипидный синдром).....	185
инфекционного генеза.....	188
при гиперандрогении.....	190
при истмико-цервикальной недостаточности.....	192
при неполноценной лютеиновой фазе.....	195
при пороках развития матки.....	196
Недостаточность плацентарная.....	197
О стеопороз постменопаузальный.....	203
Отслойка нормально расположенной плаценты	
преждевременная.....	210

П апилломавирусная инфекция (генитальная форма)	215
Пиелонефрит у беременных	221
Пневмония внебольничная у беременных	226
Полип эндометрия	234
Предлежание плаценты	237
Преждевременное половое развитие	
при врожденной дисфункции коры надпочечников	240
при гипотиреозе	241
при синдроме Мак-Кьюна—Олбрайта—Брайцева	241
при фолликулярных кистах яичника	242
центрального происхождения (полная форма)	242
Презеклампсия (гестоз)	243
Пурпура идиопатическая тромбоцитопеническая	
у беременных	253
Р вота беременных	261
Родовой травматизм	264
С альпингит и сальпингоофорит у девочек	
острый	279
хронический	283
Сахарный диабет у беременных	285
Синдром гипоталамический пубертатного периода	290
Синдром поликистозных яичников, формирующийся	
у подростков	293
Синдром предменструального напряжения	298
Сифилис у беременных	
профилактика	303
первичный	305
вторичный и ранний скрытый	306
Слабость	
потуг	308
родовой деятельности (первичная и вторичная)	310
Т иреоидит	
аутоиммунный у беременных	315
послеродовой	315
Трихомонадная инфекция (урогенитальная форма)	
у беременных	316

У гроза прерывания беременности	
в I триместре.....	319
во II и III триместрах.....	321
Урогенитальные расстройства в климактерическом периоде..	325
Х ламидиозная инфекция (урогенитальная форма)	
у беременных.....	329
у небеременных.....	331
Холестаз внутрипеченочный у беременных.....	332
Ц истит у беременных.....	335
Цитомегаловирусная инфекция у беременных.....	336
Э кзо- и эндоцервициты.....	337
Эндометриоз	
генитальный у подростков.....	341
шейки матки.....	343
Указатель ЛС.....	357

О справочнике

Вы держите второе издание популярного справочника серии «Схемы лечения».

Издание представляет собой компактный справочник для врачей по акушерству и гинекологии под редакцией видных отечественных специалистов в этой области — академиков РАМН В. Н. Серова и Г. Т. Сухих.

Достоинства справочника — лаконичное изложение и широкий тематический охват. Материал книги составляют общие принципы и современные схемы лечения наиболее распространенных заболеваний женской репродуктивной системы, а также некоторых состояний, возникающих во время беременности и родов, требующих проведения фармакотерапии. Названия заболеваний и состояний расположены в алфавитном порядке, что очень удобно при выборе схемы лечения конкретного заболевания.

Справочник не имеет цели навязывать какие-либо советы лечащим врачам и наставлять их, они сами определяют приемлемый подход к лечению. Однако нередко возникают ситуации, когда типичные подходы «не работают» и приходится использовать альтернативные схемы лечения. В таких случаях справочник будет служить хорошим подспорьем для врача. Тем не менее в сложных ситуациях книга не заменит консультацию опытного акушера-гинеколога.

Справочник предназначен практикующим акушерам-гинекологам, врачам общей практики, а также студентам и ординаторам медицинских вузов.

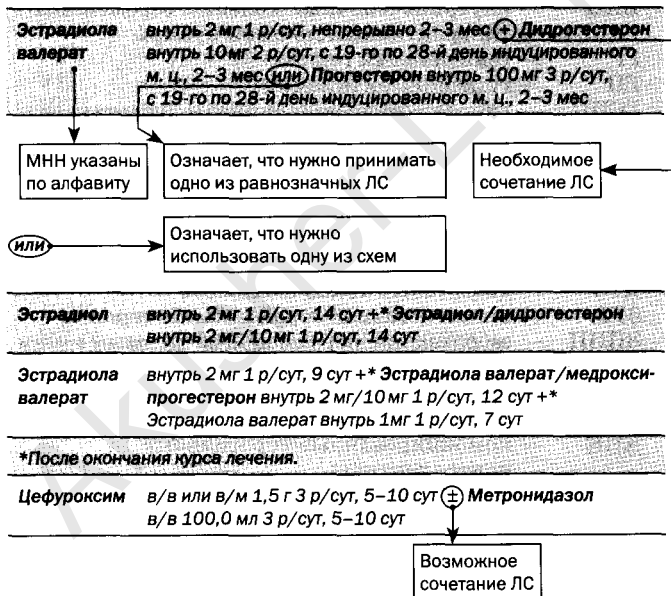
Список условных обозначений

В справочнике



Обозначение материалов, представленных производителями лекарственных средств и согласованных с титульными редакторами справочника

В схемах лечения



В указателе лекарственных средств

- * — лекарственные средства, не зарегистрированные в РФ.
- ** — лекарственные средства, регистрация которых в РФ аннулирована.
- *** — лекарственные средства, находящиеся в процессе регистрации.

Список сокращений

АВ	— атрофия влагалища
АД	— артериальное давление
АПЭ	— аденоматозный полип эндометрия
АТ	— антибактериальная терапия
АФС	— антифосфолипидный синдром
ВА	— вторичная аменорея
ВДКН	— врожденная дисфункция коры надпочечников
ВХБ	— внутрипеченочный холестаз беременных
ГАМП	— гиперактивный мочевой пузырь
ГГ	— генитальный герпес
ГП	— гиперпролактинемия
ГСПП	— гипоталамический синдром пубертатного периода
ГКС	— глюкокортикоидные средства
ГнРГ	— гонадотропин-рилизинг-гормон
ГЭ	— гиперплазия эндометрия
ДВС	— диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ДТЗ	— диффузный токсический зоб
ЗГТ	— заместительная гормональная терапия
ЗППП	— заболевания, передающиеся половым путем
ИЗСД	— инсулинозависимый сахарный диабет
ИТТ	— инфузионно-трансфузионная терапия
ИЦН	— истмико-цервикальная недостаточность
КПК	— комбинированные пероральные контрацептивы
ЛГ	— лютеинизирующий гормон
МКПП	— маточные кровотечения в пубертатном периоде
МПКТ	— минеральная плотность костной ткани
МТ	— масса тела
НЛФ	— неполноценная лютеиновая фаза
НМ	— недержание мочи
НПВС	— нестероидные противовоспалительные средства
ОПП	— остеопороз постменопаузальный

ПГ	— простагландины
ПОНРП	— преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
ПН	— плацентарная недостаточность
ПП	— предлежание плаценты
ППР	— преждевременное половое развитие
ПМС	— предменструальный синдром
ПЭ	— полип эндометрия
СГГФГ	— синдром гиперторможения гонадотропной функции гипофиза
СД	— сахарный диабет
СПКЯ	— синдром поликистозных яичников
УГМ	— урогенитальный микоплазмоз
УГР	— урогенитальные расстройства
УК	— урогенитальный кандидоз
УКЗ	— узловый коллоидный зоб
УТ	— урогенитальный трихомониаз
УХ	— урогенитальный хламидиоз
ФСГ	— фолликулостимулирующий гормон
ХГ	— хорионический гонадотропин
ЦВД	— центральное венозное давление
ЦМВИ	— цитомегаловирусная инфекция
ЦНС	— центральная нервная система
ЩЖ	— щитовидная железа
ЭШМ	— эндометриоз шейки матки
ЭЭГ	— электроэнцефалограмма
в/в	— внутривенно (-ый)
в/м	— внутримышечно (-ый)
мг	— миллиграмм
мес	— месяц
мин	— минута
мл	— миллилитр
м. ц.	— менструальный цикл
нед	— неделя
п/к	— подкожно (-ый)
р/нед	— раз в неделю
р/сут	— раз в сутки
р-р	— раствор
сут	— сутки
ч	— час

HELLP-синдром

Родоразрешение

При HELLP-синдроме акушерская тактика должна быть направлена в первую очередь на **прерывание беременности в максимально короткие сроки** и стабилизацию функций пораженных органов и систем. Прерывание беременности — единственный способ предотвратить прогрессирование патологических процессов.

Инфузионно-трансфузионная терапия

Инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) применяется с целью нормализации объема циркулирующей крови, коллоидно-осмотического давления плазмы, реологических и коагуляционных свойств крови, макро- и микрогемодинамики. Она включает **коллоиды**:

Альбумин , 10–20% р-р	в/в, объем инфузии и длительность терапии определяют индивидуально + Гидроксиэтилкрахмал , 6% или 10% р-р, в/в, объем инфузии и длительность терапии определяют индивидуально
---------------------------------	--

Свежезамороженная плазма	в/в 20 мл/кг/сут в предоперационный период и интраоперационно, в послеоперационном периоде в/в 12–15 мл/кг/сут, длительность терапии определяют индивидуально + Гидроксиэтилкрахмал , 6% или 10% р-р, в/в, объем инфузии и длительность терапии определяют индивидуально
---------------------------------	---

Применяют также **кристаллоиды**, представляющие собой комплексные солевые растворы (натрия хлорид,

натрия гидрокарбонат, калия хлорид), плазму, обогащенную **тромбоцитами** (при уровне тромбоцитов менее 40×10^9 /л), или **тромбоконцентрат** (не менее 2 доз при уровне тромбоцитов менее 50×10^9 /л).

Соотношение коллоидов и кристаллоидов, объем ИТТ определяются значениями:

- гематокрита (не ниже 0,27 и не выше 0,35);
- диуреза (50–100 мл/ч);
- ЦВД (не менее 6–8 см водн. ст.);
- показателей гемостаза (АТ III не менее 70 %, эндогенный гепарин не ниже 0,07 ЕД/мл);
- содержанием белка в крови (не менее 60 г/л);
- цифрами АД.

В начале инфузии скорость введения растворов в 2–3 раза превышает диурез, в последующем на фоне или в конце введения жидкости количество мочи в час должно превышать объем вводимой жидкости в 1,5–2 раза.

При неэффективности терапии проводят плазмаферез.

Терапия гепатопротекторами и витаминами

ИТТ дополняют гепатопротекторами и витаминами, обладающими гепатопротекторными свойствами.

**Декстроза,
10 % р-р**

в/в, объем инфузии и длительность терапии определяют индивидуально + Аскорбиновая кислота внутрь до 1,0 г/сут, длительность терапии определяют индивидуально, или Фосфолипиды внутрь 300 мг 3 р/сут или в/в 5 мл 3 р/сут, длительно

Гипотензивная терапия

При повышении систолического АД выше 140 мм рт. ст. показана относительно управляемая гипотензивная терапия (см. раздел презклампися).

Коррекция коагуляционных нарушений

С целью дополнительной коррекции нарушений гемокоагуляции в предоперационном периоде и интраоперационно вводят **ингибиторы фибринолиза**:

<i>Транексамовая кислота</i>	<i>в/в, болюсно, 750 мг 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально</i>
------------------------------	--

Терапия глюкокортикоидными средствами

Указанную выше комплексную терапию проводят на фоне введения глюкокортикоидных средств (ГКС).

<i>Преднизолон</i>	<i>в/в 500–1000 мг/сут, длительность терапии определяют индивидуально</i>
--------------------	---

Антибактериальная терапия

Антибактериальную терапию начинают с момента операции родоразрешения. Она включает в себя антибиотики с бактерицидной активностью и широким спектром антибактериального действия, такие как комбинированные уреидопенициллины, цефалоспорины III и IV поколений (обладают высокой проникающей способностью в различные ткани и жидкости организма, большей продолжительностью действия, что позволяет вводить средства 1–2 раза в сутки; эти ЛС можно также применять при не очень тяжелой почечной недостаточности, так как при их применении не требуется коррекции режима дозирования), карбапенемы и фторхинолоны (высокоактивные антибиотики, обладающие ультрашироким спектром действия):

Имипенем/ циластатин	в/в 750 мг 2 р/сут, 5–10 сут
Меропенем	в/в 500–1000 мг 3 р/сут, 5–10 сут
Офлоксацин	внутри 100–200 мг 2 р/сут, 5–10 сут
Пиперацillin/ тазобактам	в/в медленно в течение 30 мин 4 г/500 мг 3 р/сут, 5–10 сут
Цефепим	внутри 2 г 2 р/сут, 5–10 сут
Цефотаксим	внутри 1–2 г 1–2 р/сут, 5–10 сут
Цефтриаксон	внутри 0,5–1 г 1–2 р/сут, 5–10 сут

В послеоперационном периоде по показаниям проводят плазмаферез и ультрафильтрацию.

После родов все признаки HELLP-синдрома исчезают в течение 5–7 дней и обычно не повторяются при последующих беременностях.

А

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у девочек на фоне гипоталамического синдрома пубертатного периода

Основные направления лечения вторичной аменореи (ВА):

- устранение установленных в ходе обследования причин ВА;
- восстановление физиологических гормональных соотношений с учетом уровня поражения репродуктивной системы;
- нормализация нервно-психического статуса;
- нормализация массы тела;
- профилактика рецидивов нарушений ритма менструаций по типу олиго- и аменореи;
- назначение пожизненной ЗГТ пациенткам с первично-яичниковой этиологией ВА.

Для нормализации центральных механизмов регуляции репродуктивной системы и функции гипоталамических отделов головного мозга целесообразно применение следующей терапии.

Противосудорожная терапия

Карбамазепин	внутри 0,1 г 2 р/сут, 3–4 нед, затем 0,1 г на ночь, 4–6 нед, затем 0,05 г на ночь 4–6 нед
---------------------	---

Магния сульфат, в/м 5,0 мл 1 р/2 сут, 5 инъекций 25 % р-р	
--	--

Фенитоин	внутри 0,0585 г (1/2 табл.) 1 р/сут, 3–4 нед (в дальнейшем длительность и доза ЛС подбирается с учетом динамики ЭЭГ 1 р/20–30 сут)
-----------------	--

Терапия ноотропными ЛС

Гинкго двулопастного листьев экстракт	внутри 1 табл. 3 р/сут, 1–2 мес
--	---------------------------------

Пирацетам	внутри 0,2 г 2 р/сут, 1 мес
------------------	-----------------------------

Витаминотерапия

Пиридоксин	в/м 1,0 мл 1 р/2 сут, 10 инъекций +* Тиамин в/м 1,0 мл 1 р/2 сут, 10 инъекций
-------------------	---

Поливитамины	внутри 1 драже 2 р/сут, 1 мес
---------------------	-------------------------------

* Чередовать.

Терапия диуретиками

Ацетазоламид	внутри 1 табл. 2 р/сут, 3–4 нед (преимущественно у пациенток с внутричерепной гипертензией)
---------------------	---

Спиронолактон	внутри 25–50 мг 1 р/сут, 2–4 нед
----------------------	----------------------------------

Гормональная терапия

При нормальном или слегка сниженном уровне эстрадиола в отсутствие преобладания ЛГ над ФСГ (индекс ЛГ/ФСГ менее 2):

Дидрогестерон *внутри 10 мг 2 р/сут с 16-го по 25-й день м. ц., 1–6 мес*

Прогестерон *внутри 100 мг 3 р/сут с 16-го по 25-й день м. ц., 3–6 мес*

При выраженной гипоестрогении, как и при абсолютной гиперэстрогении и индексе ЛГ/ФСГ более 2–2,5:

Этинилэстрадиол/гестоден *внутри 20 мкг/75 мкг 1 р/сут с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес*

Этинилэстрадиол/дезогестрел *внутри 20 мкг/150 мкг 1 р/сут с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес*

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у девочек на фоне нарушения функции щитовидной железы

При вторичной аменорее на фоне нарушения функции щитовидной железы (ЩЖ) терапия проводится в зависимости от ее выраженности.

При наличии субклинического или манифестного 3 гипотиреоза на фоне аутоиммунного поражения ЩЖ:

Левотироксин натрия *внутри за 20 мин до еды 2–3 мкг/кг 1 р/сут утром натощак, длительно*

При субклиническом гипотиреозе либо эутиреоидном зобе после исключения аутоиммунного процесса в ЩЖ:

Калия йодид *внутри 200 мг 1 р/сут, 6–9 мес*

При нормализации уровня ТТГ возможно применение антигомотоксических ЛС после консультации гомеопата.

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у девочек на фоне потери массы тела

При вторичной аменорее на фоне потери массы тела (МТ) назначают:

- диету высокой энергетической ценности (2500–3000 ккал) с включением в пищу соленых, пряных продуктов, повышающих аппетит;
- пищеварительные ферменты в течение 2–3 месяцев.

Применяют также биогенные стимуляторы.

<i>Маточное молочко</i>	<i>под язык 10 мг 3 р/сут, 1–2 мес</i>
-----------------------------	--

При нормализации МТ показана выжидательная тактика в течение 1–2 месяцев.

В отсутствие положительного эффекта от лечения возможно назначение гомеопатических (антигомотоксических) средств.

Если на фоне проведенного лечения менструальный цикл не восстановился, обосновано краткосрочное применение ЗГТ.

<i>Эстрадиол</i>	<i>внутри 2 мг 1 р/сут, непрерывно</i>
------------------	--

<i>Эстрадиола валерат</i>	<i>внутри 2 мг 1 р/сут, непрерывно</i>
-------------------------------	--

Прием эстрогенов необходимо продолжить до возникновения закономерной менструальноподобной реакции, в последующем как минимум в течение 2–3 месяцев проводят ЗГТ по следующим схемам:

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, непрерывно 2–3 мес + Дидрогестерон внутри 10 мг 2 р/сут, с 19-го по 28-й день индуцированного м. ц., 2–3 мес или Прогестерон внутри 100 мг 3 р/сут, с 19-го по 28-й день индуцированного м. ц., 2–3 мес
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, непрерывно 2–3 мес + Дидрогестерон внутри 10 мг 2 р/сут, с 19-го по 28-й день индуцированного м. ц., 2–3 мес или Прогестерон внутри 100 мг 3 р/сут, с 19-го по 28-й день индуцированного м. ц., 2–3 мес

ИЛИ

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, 14 сут +* Эстрадиол/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 14 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 12 сут +* Эстрадиола валерат внутри 1 мг 1 р/сут, 7 сут

* После окончания курса лечения.

В отсутствие стойкого регулирующего эффекта возможно повторное использование антигомотоксических и лекарственных средств.

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у женщин на фоне занятий спортом

Основное место в лечении этого вида аменореи принадлежит изменению стиля жизни (восстановление массы тела, снижение физических нагрузок).

Показан прием «малых» транквилизаторов, низкодозированная ЗГТ после восстановления массы тела.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/ левоноргестрел внутри 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
---------------------------	---

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат/ципротерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут
---------------------------	---

* После окончания курса лечения.

Для восстановления фертильности показано использование стимулирующих овуляцию средств.

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у женщин на фоне потери массы тела

Рекомендуются полноценное питание (2000–2500 ккал/сут), витаминотерапия (особенно витаминами групп В, С, Е).

В отсутствие эффекта на фоне восстановления массы тела и витаминотерапии показана комбинированная циклическая ЗГТ в течение 2–3 месяцев:

Для оценки возможного самостоятельного восстановления цикла терапия отменяется через 2–3 месяца.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/ левоноргестрел внутри 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
---------------------------	---

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат/ципротерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут
---------------------------	---

* После окончания курса лечения.

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у женщин на фоне стресса

Необходимо устранить стрессовый фактор или снизить реакцию на него (консультация с психотерапевтом, применение «малых» транквилизаторов).

При длительном отсутствии менструаций (более 6 месяцев) показано применение **комбинированной циклической низкодозированной ЗГТ**, продолжительность которой в среднем составляет 2–3 месяца.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/ левоноргестрел внутри 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат/ципротерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут

* После окончания курса лечения.

Для восстановления фертильности показана терапия, стимулирующая гипоталамо-гипофизарную систему — агонисты ГнРГ в импульсном режиме или гонадотропины.

Менотропины	в/м 150–300 МЕ 1 р/сут, в одно и то же время суток, с 3–5-го дня менструальноподобной реакции, до созревания фолликулов
--------------------	---

Начальная доза зависит от выраженности гонадотропной недостаточности.

Адекватность дозы оценивается по динамике роста фолликулов (в норме 2 мм/сут). При медленном росте фолликулов дозу повышают на 75 МЕ, при слишком быстром росте — снижают на 75 МЕ.

Введение ЛС продолжают до образования зрелых фолликулов диаметром 18–20 мм, затем:

Гонадотропин хорионический в/м 10000 ЕД, однократно

После констатации овуляции проводят поддержку лютеиновой фазы цикла.

Дидрогестерон внутрь 10 мг 1–3 р/сут, 10–12 сут

Прогестерон внутрь 100 мг 2–3 р/сут, или во влагалище 100 мг 2–3 р/сут, или в/м 1 мл 2,5% р-ра 1 р/сут, 10–12 сут

Аменорея вторичная (гипофизарная форма) у девочек на фоне гиперпролактинемии

При вторичной аменорее на фоне гиперпролактинемии применяют ЛС, снижающие уровень пролактина. Терапию продолжают в среднем 6 месяцев после стойкого снижения уровня пролактина. Считается, что этот срок достаточен для восстановления менструального цикла и генеративной функции.

ЛС выбора:

Бромокриптин внутрь 0,625–1,25 мг перед сном вместе с приемом пищи с последующим повышением дозы на 0,625–1,25 мг каждые 3–4 сут до 2,5–5 мг/сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 0,625–1,25 мг до 12,5 мг/сут), длительность терапии определяют индивидуально

Хинаголид	внутри 25 мкг 1 р/сут, 3 сут; затем 50 мкг 1 р/сут, 3 сут; затем 75 мкг 1 р/сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 75 мкг/сут до 600 мкг/сут), длительность терапии определяют индивидуально
------------------	---

Альтернативные ЛС:

Каберголин	внутри 0,125 мг 2 р/ нед (при необходимости доза через 1 мес увеличивается до 0,5 мг/ нед, далее ежемесячно на 0,5 мг/ нед до 2 мг/ нед), длительность терапии определяют индивидуально
-------------------	---

Аменорея вторичная (гипофизарная форма) у женщин на фоне опухоли гипофиза

Лечение должно осуществляться совместно с нейрохирургом, эндокринологом и гинекологом.

Вопрос о необходимости хирургического лечения решает нейрохирург.

В последующем показана ЗГТ.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/ левоноргестрел внутри 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
---------------------------	---

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат/ципротерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут
---------------------------	---

*После окончания курса лечения.

По показаниям назначают ГКС и гормоны щитовидной железы.

Аменорея вторичная (гипофизарная форма) у женщин на фоне послеродового гипопитуитаризма (синдром Шихана)

В зависимости от клинических проявлений назначается заместительная терапия соответствующими гормонами. При аменорее или олигоменорее рекомендуется ЗГТ половыми гормонами.

<i>Эстрадиола валерат</i>	<i>внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/ левоноргестрел внутри 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут</i>
<i>Эстрадиола валерат</i>	<i>внутри 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат/ ципротерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут</i>

** После окончания курса лечения.*

Показано наблюдение эндокринологом и акушером-гинекологом.

Больных с тяжелой формой синдрома Шихана лечат только в условиях эндокринологического стационара.

Аменорея вторичная (гипофизарная форма) у женщин на фоне синдрома «пустого» турецкого седла

Лечение назначается в зависимости от характера эндокринных нарушений, пациентки нуждаются в наблюдении эндокринолога, нейрохирурга, гинеколога.

При гипогонадотропном гипогонадизме показана комбинированная циклическая низкодозированная ЗГТ половыми гормонами до возраста менопаузы.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат / левоноргестрел внутри 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат / ципротерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут

*После окончания курса лечения.

Аменорея вторичная (гипофизарная форма) у женщин на фоне синдрома гиперторможения гонадотропной функции гипофиза

При СГГФГ патогенетически обосновано назначение ЛС, индуцирующих овуляцию.

Кломифен более эффективен при нормальном и незначительно сниженном уровне эндогенных эстрогенов.

Кломифен	внутри 50–150 мг 1 р/сут с 5-го по 9-й день м. ц. цикла, 1–3 мес
-----------------	--

Лечение можно начинать и с гонадотропинов, особенно для восстановления фертильности.

Менотропины	в/м 150–300 МЕ 1 р/сут в одно и то же время суток с 3–5-го дня менструальноподобной реакции, до созревания фолликула
--------------------	--

Начальная доза зависит от выраженности гонадотропной недостаточности.

Адекватность дозы оценивается по динамике роста фолликулов (в норме 2 мм/сут). При медленном росте фолликулов дозу повышают на 75 МЕ, при слишком быстром росте — снижают на 75 МЕ.

Введение ЛС продолжают до образования зрелых фолликулов диаметром 18–20 мм, затем:

Гонадотропин хорионический	в/м 10000 ЕД, однократно
-----------------------------------	--------------------------

При аменорее-галакторее показано назначение ЛС, тормозящих секрецию ПРЛ. Терапию продолжают в среднем 6 месяцев после стойкого снижения уровня пролактина.

Основные ЛС:

Бромокриптин	внутри 0,625–1,25 мг перед сном вместе с приемом пищи с последующим повышением дозы на 0,625–1,25 мг каждые 3–4 сут до 2,5–5 мг/сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 0,625–1,25 мг до 12,5 мг/сут), длительность терапии определяют индивидуально
Хинаголид	внутри 25 мкг 1 р/сут, 3 сут, затем 50 мкг р/сут, 3 сут, затем 75 мкг 1 р/сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 75 мкг/сут до 600 мкг/сут), длительность терапии определяют индивидуально

Альтернативные ЛС:

Каберголин	внутри 0,125 мг 2 р/ нед (при необходимости доза через 1 мес увеличивается до 0,5 мг/ нед, далее ежемесячно на 0,5 мг/ нед до 2 мг/ нед), длительность терапии определяют индивидуально
-------------------	---

Имеются сведения об успешном применении при этой форме аменорее внутриматочных контрацептивов.

Аменорея вторичная (маточная форма) у женщин

Лечение во всех случаях хирургическое. Рекомендуются гистерорезектоскопия в предполагаемые дни менструаций с иссечением синехий.

После оперативного вмешательства на протяжении 2–3 месяцев проводят циклическую терапию эстроген-гестагенными ЛС.

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут (в первые после операции сутки 2–4 мг/сут) с 1-х по 21–28-е сут, 2–3 мес + Дидрогестерон внутри 20 мг 1 р/сут с 14-х по 28-е сут, 2–3 мес или Прогестерон внутри 100 мг 2 р/сут с 14-х по 28-е сут, 2–3 мес
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут (в первые после операции сутки 2–4 мг/сут) с 1-х по 21–28 сут, 2–3 мес + Дидрогестерон внутри 20 мг 1 р/сут с 14-х по 28-е сут, 2–3 мес или Прогестерон внутри 100 мг 2 р/сут с 14-х по 28-е сут, 2–3 мес

Иногда внутриматочное вмешательство, направленное на разрушение синехий, приходится проводить повторно.

Если причиной заболевания является туберкулезная инфекция, то наблюдение и лечение проводятся у фтизиогинеколога.

Аменорея вторичная (надпочечниковая форма) у девочек на фоне постпубертатной (неклассической) формы врожденной дисфункции коры надпочечников

При вторичной аменорее на фоне постпубертатной (неклассической) формы ВДКН назначают:

Гидрокортизон	внутри 15–20 мг/м ² /сут, 3–12 мес (девочкам с открытыми зонами роста)
Дексаметазон	внутри 0,25–0,5 мг на ночь, 3–12 мес
Преднизолон	внутри 2,5–5 мг утром, 3–12 мес

Обязателен контроль уровня 17-ОП и ДЭА-С в сыворотке крови каждые 2–3 месяца. Длительность терапии определяется степенью тяжести ферментативного дефицита и эффективностью лечения.

Аменорея вторичная (яичниковая форма) у девочек на фоне синдрома истощения яичников

Показано назначение ЗГТ до возраста естественной менопаузы и затем по показаниям.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/ левоноргестрел внутри 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат/ ципротерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут

*После окончания курса лечения.

Аменорея вторичная (яичниковая форма) у девочек на фоне формирующегося синдрома поликистозных яичников

При вторичной аменорее на фоне формирующегося СПКЯ назначают КПК:

Этинилэстрадиол/ гестоден	внутри 30 мкг/75 мкг или 20 мкг/75 мкг 1 р/сут с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес
------------------------------	---

Этинилэстрадиол/ дезогестрел	внутри 30 мкг/150 мкг или 20 мкг/150 мкг 1 р/сут с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес
---------------------------------	---

Этинилэстрадиол/ диеногест	внутри 30 мкг/2 мг 1 р/сут с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес
-------------------------------	---

Аменорея вторичная (яичниковая форма) у женщин на фоне синдрома истощения яичников

Показано назначение ЗГТ до возраста естественной менопаузы и затем по показаниям. Предпочтение следует отдавать двух- и трехфазным эстроген-гестагенным ЛС в циклическом режиме.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/левоноргестрел внутри 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
---------------------------	--

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат/медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат/ципрогестерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут
---------------------------	---

* После окончания курса лечения.

Пациентки с синдромом истощения яичников подлежат обязательному диспансерному наблюдению до возраста 45–50 лет.

Аменорея вторичная (яичниковая форма) у женщин на фоне синдрома резистентных яичников

Для нормализации м. ц. и профилактики метаболических нарушений до возраста 45–50 лет проводят комбинированную ЗГТ двух- и трехфазными эстроген-гестагенными ЛС.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/левоноргестрел внутри 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
---------------------------	--

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат/медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат/ципрогестерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут
---------------------------	---

* После окончания курса лечения.

Аменорея вторичная (яичниковая форма) у женщин ятрогенного и аутоиммунного генеза

В настоящее время признанной эффективной тактикой ведения пациенток с аутоиммунной и ятрогенной формой яичниковой аменореи является экстракорпоральное оплодотворение и ЗГТ.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/ левоноргестрел внутри 2 мг/0.15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат/ципротерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут

*После окончания курса лечения.

Положительные эффекты применения ГКС при аутоиммунном поражении яичников не доказаны.

Анемия железододефицитная у беременных

При выявлении причины развития железододефицитной анемии (ЖДА) основное лечение должно быть направлено на ее устранение (лечение энтерита, коррекция алиментарной недостаточности и др.).

Лекарственные препараты железа являются средством выбора для коррекции дефицита железа и уровня гемоглобина у больных ЖДА. Им следует отдавать предпочтение перед пищевыми продуктами, содержащими железо.

В большинстве случаев для коррекции дефицита железа в отсутствие специальных показаний препараты железа следует назначать внутрь. Парентеральный путь введения препаратов железа у большинства беременных без специальных показаний следует считать нецелесообразным.

При лечении ЖДА не рекомендуется производить гемотрансфузии без жизненных показаний вследствие высокого риска инфицирования беременной. Переливание эритроцитов также связано с риском иммунизации организма отсутствующими у него антигенами. Критерием жизненных показаний к гемотрансфузии является не уровень гемоглобина, а состояние гемодинамики больной.

Антианемическая терапия

Эксперты ВОЗ рекомендуют использовать¹:

- пероральные ЛС (удобство применения, лучшая переносимость);
- препараты Fe^{2+} , а не Fe^{3+} (лучшая абсорбция);
- сульфат железа — FeSO_4 (лучшая абсорбция, эффективность, дешевизна);
- препараты с замедленным выделением Fe^{2+} (лучшая абсорбция, лучшая переносимость).

Поступающее в организм лекарственное железо депонируется в виде ферритина и гемосидерина, лишь затем мобилизуясь для образования Hb. Суточная доза Fe^{2+} для профилактики и лечения легкой формы заболевания составляет 50–60 мг. Для лечения выраженной анемии — 100–120 мг Fe^{2+} . Ежедневный прием препаратов предпочтительней, чем еженедельный.

Для лечения и профилактики ЖДА у беременных и кормящих матерей с успехом применяют комплексные препараты, содержащие витамины и микроэлементы.

¹ Требованиям полностью соответствует Сорбифер Дурулес: препарат сульфата железа с замедленной технологией высвобождения.

Железа сульфат + аскорбиновая кислота, табл. 1-2 табл./сут (100-200 мг элементарного железа) внутрь в 1-2 приема

В последние годы в практику входят неионные соединения Fe^{3+} на основе гидроксиполимальтозного комплекса, близкие к естественным соединениям Fe с ферритином. Они обеспечивают активное всасывание Fe^{3+} из кишечника в кровь с помощью транспортного белка, предотвращая свободную диффузию по градиенту концентрации, т. е. прооксидантный стресс. Это уменьшает частоту побочных эффектов. Накопление опыта применения с учетом фармакоэкономики позволит более точно определить их место в системе рациональной фармакотерапии.

Препараты железа для парентерального введения следует использовать:

- при неэффективности пероральной терапии тяжелой формы ЖДА;
- нарушении всасывания железа при заболеваниях ЖКТ;
- индивидуальной непереносимости солей железа;
- обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Это связано с тем, что препараты для парентерального введения могут вызывать аллергические реакции вплоть до анафилактического шока из-за значительного количества быстро ионизируемого железа в отсутствие необходимого содержания трансферрина, способного его связывать.

Для парентерального введения применяют препараты трехвалентного железа. Курсовую дозу препарата железа вычисляют для конкретного больного по формуле: масса тела больного (кг) \times концентрация гемоглобина в крови (г/100 мл) \times 2,5. Учитывая прооксидантное и лизосомотропное действия препаратов железа, их парентеральное введение необходимо сочетать с применением плазмозамещающих растворов, которые позволяют защитить клетку и избежать перегрузки макрофагов железом.

Железа	<i>в/м 100 мг (2 мл) 1 р/сут. до нормализации уровня</i>
полиизомальтозат	<i>гемоглобина + Декстран, средняя молекулярная масса 30000–40000, в/в 400 мл 1 р/ нед. до нормализации уровня гемоглобина</i>

После нормализации уровня гемоглобина рекомендуется продолжить принимать антианемические препараты внутрь в профилактических дозах в течение 6 месяцев. Кроме того, необходимо назначение сбалансированной диеты, в которой в достаточном количестве и в оптимальных сочетаниях содержатся необходимые пищевые ингредиенты, в том числе достаточное количество железа и белка. Максимальное количество железа, которое может всосаться из пищи, составляет 2,5 мг/сут. Энергетическая ценность пищи должна быть увеличена на 10 % за счет белков, фруктов, овощей. Мясо содержит железа больше, чем печень. Потребление жиров следует ограничить, так как они снижают желудочную секрецию и процессы всасывания железа в кишечнике.

Профилактика железодефицитной анемии

Профилактика анемии требуется прежде всего беременным с высоким риском развития данного заболевания. К ним относятся:

- женщины, ранее болевшие анемией;
- женщины с хроническими инфекционными заболеваниями или хроническими заболеваниями внутренних органов;
- многорожавшие женщины;
- беременные с уровнем гемоглобина в I триместре менее 120 г/л;
- беременные с многоплодием;
- беременные с явлениями гестоза;
- женщины, у которых в течение многих лет менструации продолжались более 5 дней.

Профилактика заключается в назначении небольшой дозы препаратов железа в течение 4–6 месяцев начиная с 12–14-й недели беременности.

Профилактика ЖДА беременных способствует созданию у новорожденных более высоких запасов железа, предотвращая развитие дефицита железа и анемии у грудных детей.

Астма бронхиальная у беременных

Во время беременности тяжесть течения бронхиальной астмы (БА) нередко меняется, и больным могут понадобиться более тщательное врачебное наблюдение и изменение схемы лечения. Ретроспективные исследования показали, что во время беременности примерно у трети женщин течение БА не меняется, у трети становится менее тяжелым, у оставшейся трети ухудшается. Увеличение перинатальной смертности при плохо контролируемой БА приводит к тому, что применение ЛС для достижения оптимального контроля БА оправдано даже в тех случаях, когда их безопасность при беременности не бесспорна. Лечение ингаляционными Р2-агонистами, теофиллином, кромогликатом натрия, ингаляционными ГКС не сопровождается увеличением частоты врожденных пороков развития плода.

Следует еще раз напомнить, что одно из центральных мест в лечении БА занимают обучающие программы и диспансерное наблюдение.

В настоящее время принят ступенчатый подход к терапии БА в связи с тем, что наблюдается значительное разнообразие тяжести течения БА не только у разных людей, но и у одного и того же человека в различное время. Цель данного подхода — достижение ремиссии и профилактика обострений БА с применением наименьшего количества

ЛС. Количество и частоту приема ЛС увеличивают (ступень вверх), если течение БА ухудшается, и уменьшают (ступень вниз), если обострения БА отсутствуют.

При БА назначают ЛС для устранения и предотвращения симптомов обструкции дыхательных путей. К таким ЛС относят базисные, контролирующее течение заболевания, и симптоматические средства.

Базисные ЛС, принимаемые ежедневно, длительно, помогают достичь и сохранить контроль над течением персистирующей БА. Они включают:

- ГКС (ингаляционные, системные);
- ингаляционные (β_2 -агонисты длительного действия);
- стабилизаторы мембран тучных клеток;
- теофиллин пролонгированного действия.

В настоящее время наиболее эффективными ЛС для достижения ремиссии и профилактики обострений БА являются ингаляционные ГКС.

К **симптоматическим ЛС** (средства скорой или неотложной помощи, средства для быстрого облегчения состояния), устраняющим бронхоспазм и облегчающим сопутствующие симптомы (свистящие хрипы, чувство стеснения в грудной клетке, кашель), относятся ингаляционные и пероральные (β_2 -агонисты короткого действия, М-холинолитики, теофиллин короткого действия).

ЛС для лечения БА вводят различными путями, включая ингаляционный, пероральный и парентеральный. Основное преимущество при поступлении ЛС непосредственно в дыхательные пути при ингаляции — более эффективное создание высоких концентраций ЛС в дыхательных путях и сведение к минимуму системных побочных эффектов. При назначении беременным следует отдавать предпочтение ингаляционным формам введения ЛС. Аэрозольные ЛС для лечения представлены в виде ингаляторов-дозаторов аэрозолей, активируемых дыханием ингаляторов-дозаторов аэрозолей, ингаляторов-дозаторов сухих порошков и «влажных» аэрозолей, которые подаются через распылитель ингаляционных растворов (небулайзер). Использование буферной

насадки (спейсера) улучшает поступление ЛС из ингалятора, дозирующего аэрозоль под давлением.

Ниже приведены схемы лечения БА в зависимости от степени тяжести.

При **интерmittирующем течении БА (ступень 1)** назначение базисных ЛС не показано. Применяют симптоматические ЛС не чаще одного раза в неделю.

<i>Салбутамол</i>	<i>ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р/сут</i>
<i>Тербуталин</i>	<i>ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р/сут</i>
<i>Фенотерол</i>	<i>ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р/сут</i>

Фенотерол необходимо с осторожностью применять в I триместре беременности.

Перед предполагаемой физической нагрузкой или в контакте с аллергеном:

<i>Салбутамол</i>	<i>ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы), однократно</i>
<i>Кромоглициевая кислота</i>	<i>ингаляционно 5–10 мг (1–2 дозы), однократно</i>

Необходимо учитывать, что кромоглициевая кислота противопоказана в I триместре беременности.

При легкой персистирующей форме БА (ступень 2):

ЛС выбора:

<i>Беклометазон дипропионат</i>	<i>ингаляционно 250 мкг (1 доза) 2 р/сут, длительно ± Ипратропия бромид ингаляционно 40 мкг (2 дозы) 4 р/сут, длительно + Салбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р/сут</i>
<i>Будесонид</i>	<i>ингаляционно 200 мкг (1 доза) 2 р/сут, длительно ± Ипратропия бромид ингаляционно 40 мкг (2 дозы) 4 р/сут, длительно + Салбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р/сут</i>
<i>Флунизолид</i>	<i>ингаляционно 250 мкг (1 доза) 2 р/сут, длительно ± Ипратропия бромид ингаляционно 40 мкг (2 дозы) 4 р/сут, длительно + Салбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р/сут</i>

Флутиказон	ингаляционно 50–125 мкг 2 р/сут, длительно ± Ипратропия бромид ингаляционно 40 мкг (2 дозы) 4 р/сут, длительно + Салбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р/сут
-------------------	---

Альтернативные ЛС:

Кромоглициевая кислота	ингаляционно 5–10 мг (1–2 дозы) 4 р/сут, длительно
-------------------------------	--

Недокромил натрия	ингаляционно 2–4 мг (1–2 дозы) 2–4 р/сут, длительно
--------------------------	---

Теофиллин (пролонгированного действия)	внутри 200–350 мг 2 р/сут, длительно
---	--------------------------------------

При персистирующей БА средней степени тяжести (степень 3):

Беклометазона дипропионат	ингаляционно 250 мкг (1–2 дозы) 2–4 р/сут, длительно + Формотерол ингаляционно 12–24 мкг (1–2 дозы) 2 р/сут, длительно + Салбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р/сут ± Теофиллин (пролонгированного действия) внутри 200–350 мг 2 р/сут, длительно
----------------------------------	--

Будесонид	ингаляционно 200 мкг (1 доза) 2–4 р/сут, длительно + Формотерол ингаляционно 12–24 мкг (1–2 дозы) 2 р/сут, длительно + Салбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р/сут ± Теофиллин (пролонгированного действия) внутри 200–350 мг 2 р/сут, длительно
------------------	--

Флунизолид	ингаляционно 500 мкг (2 дозы) 2–4 р/сут, длительно + Формотерол ингаляционно 12–24 мкг (1–2 дозы) 2 р/сут, длительно + Салбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р/сут ± Теофиллин (пролонгированного действия) внутри 200–350 мг 2 р/сут, длительно
-------------------	--

Флутиказон	ингаляционно 125 мкг (1 доза*) 2–4 р/сут, длительно + Формотерол ингаляционно 12–24 мкг (1–2 дозы) 2 р/сут, длительно + Салбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р/сут ± Теофиллин (пролонгированного действия) внутри 200–350 мг 2 р/сут, длительно
-------------------	---

*Следует принимать во внимание, что дозировка в ингаляторе может быть различной (25, 50, 100, 125, 250, 500 мкг).

При тяжелой персистирующей БА (степень 4):

Беклометазона дипропионат	ингаляционно 250 мкг (1 доза) 4 р/сут, длительно + Формотерол ингаляционно 12–24 мкг (1–2 дозы) 2 р/сут, длительно + Салбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р/сут ± Теофиллин пролонгированного действия внутрь 200–350 мг 2 р/сут, длительно ± Метилпреднизолон внутрь 20–40 мг (в зависимости от тяжести процесса) 1 р/сут, длительно или Преднизолон внутрь 5–30 мг (в зависимости от тяжести процесса) 1 р/сут, длительно
Будесонид	ингаляционно 200 мкг (1 доза) 4 р/сут, длительно + Формотерол ингаляционно 12–24 мкг (1–2 дозы) 2 р/сут, длительно + Салбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р/сут ± Теофиллин пролонгированного действия внутрь 200–350 мг 2 р/сут, длительно ± Метилпреднизолон внутрь 20–40 мг (в зависимости от тяжести процесса) 1 р/сут, длительно или Преднизолон внутрь 5–30 мг (в зависимости от тяжести процесса) 1 р/сут, длительно
Флунизолид	ингаляционно 500 мкг (2 дозы) 4 р/сут, длительно + Формотерол ингаляционно 12–24 мкг (1–2 дозы) 2 р/сут, длительно + Салбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р/сут ± Теофиллин пролонгированного действия внутрь 200–350 мг 2 р/сут, длительно ± Метилпреднизолон внутрь 20–40 мг (в зависимости от тяжести процесса) 1 р/сут, длительно или Преднизолон внутрь 5–30 мг (в зависимости от тяжести процесса) 1 р/сут, длительно
Флутиказон	ингаляционно 250 мкг (1 доза) 2–3 р/сут, длительно + Формотерол ингаляционно 12–24 мкг (1–2 дозы) 2 р/сут, длительно + Салбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р/сут ± Теофиллин пролонгированного действия внутрь 200–350 мг 2 р/сут, длительно ± Метилпреднизолон внутрь 20–40 мг (в зависимости от тяжести процесса) 1 р/сут, длительно или Преднизолон внутрь 5–30 мг (в зависимости от тяжести процесса) 1 р/сут, длительно

Б

Бесплодие при гонадотропной недостаточности

Лечение бесплодия при гонадотропной недостаточности складывается из двух этапов:

- подготовительного;
- индукции овуляции.

Подготовительный этап

На подготовительном этапе проводят циклическую ЗГТ с целью формирования женского фенотипа, увеличения размеров матки, роста эндометрия, формирования рецепторного аппарата в органах-мишенях, что повышает эффективность последующей стимуляции овуляции.

ЛС выбора:

<i>Эстрадиол</i>	<i>внутри 2 мг 1-2 р/сут, с 3-5-го дня менструальноподобной реакции, 15 сут</i>
<i>Эстрадиола валерат</i>	<i>внутри 2 мг 1-2 р/сут, с 3-5-го дня менструальноподобной реакции, 15 сут</i>
<i>Этинилэстрадиол</i>	<i>внутри 50 мкг 1-2 р/сут, с 3-5-го дня менструальноподобной реакции, 15 сут</i>

Затем:

Дидрогестерон	внутри 10 мг 1–2 р/сут, 10 сут
Норэтистерон	внутри 5 мг 1–2 р/сут, 10 сут
Прогестерон	внутри 100 мг 2–3 р/сут или во влагалище 100 мг 2–3 р/сут или в/м 1,0 мл 2,5% р-ра 1 р/сут, 10 сут

Альтернативные ЛС:

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, 14 сут +* Эстрадиол/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 14 сут
Эстрадиола валерат**	внутри 2 мг 1 р/сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон внутри 2 мг/20 мг 1 р/сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р/сут, 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат/ норгестрел внутри 2 мг/500 мкг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут
* После окончания курса лечения.	
** Применяется при выраженной гипоплазии половых органов.	

Предпочтительно применение натуральных эстрогенов (эстрадиол, эстрадиола валерат) и гестагенов (дидрогестерон, прогестерон).

Продолжительность подготовительной терапии зависит от выраженности гипогонадизма и составляет 3–12 месяцев.

Индукция овуляции

После завершения первого этапа проводят индукцию овуляции, основные принципы которой — адекватный выбор ЛС и его начальной дозы и тщательный клинико-лабораторный контроль стимулированного цикла.

ЛС выбора:

Менотропины	в/м 150–300 МЕ 1 р/сут в одно и то же время с 3–5-го дня менструальноподобной реакции, до созревания фолликулов
--------------------	---

Начальная доза зависит от выраженности гонадотропной недостаточности.

Адекватность дозы оценивается по динамике роста фолликулов (в норме 2 мм/сут). При медленном росте фолликулов дозу повышают на 75 МЕ, при слишком быстром росте — снижают на 75 МЕ.

Введение ЛС продолжают до образования зрелых фолликулов диаметром 18–20 мм, затем:

Гонадотропин хорионический	в/м 10000 ЕД однократно
----------------------------	-------------------------

После констатации овуляции проводят **поддержку лютеиновой фазы цикла.**

ЛС выбора:

Дидрогестерон	внутри 10 мг 1–3 р/сут, 10–12 сут
Прогестерон	внутри 100 мг 2–3 р/сут или во влагалище 100 мг 2–3 р/сут или в/м 1,0 мл 2,5% р-ра 1 р/сут, 10–12 сут

Альтернативные ЛС (в отсутствие СГЯ):

Гонадотропин хорионический	в/м 1500–2500 ЕД 1 р/сут, на 3, 5 и 7-й дни лютеиновой фазы
----------------------------	---

При неэффективности одного курса возможно проведение повторных курсов индукции овуляции в отсутствие кист в яичниках.

Альтернативной схемой индукции овуляции является применение агонистов ГнРГ (эффективны только при гипоталамической форме), которые вводят внутривенно с 3–5-го дня менструальноподобной реакции 20–30 дней в пульсирующем режиме (1 доза в течение 1 мин через каждые 89 мин) с помощью специального аппарата.

При неэффективности одного курса возможно проведение повторных курсов индукции овуляции в отсутствие кист в яичниках.

Бесплодие при синдроме поликистозных яичников

Лечение бесплодия при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ) проводят в два этапа:

- первый этап — подготовительный;
- второй этап — стимуляция овуляции.

Подготовительный этап

Схемы подготовительной терапии зависят от клинко-патогенетической формы СПКЯ.

При СПКЯ и ожирении показаны ЛС, способствующие снижению инсулинорезистентности.

ЛС выбора:

Метформин	внутри 500 мг 3 р/сут, 3–6 мес
-----------	--------------------------------

Альтернативные ЛС:

Орлистат	внутри 120 мг 3 р/сут, 3–6 мес
----------	--------------------------------

При яичниковой форме СПКЯ и высоком уровне ЛГ применяют ЛС, способствующие снижению чувствительности гипоталамо-гипофизарной системы до полного подавления функции яичников (уровень эстрадиола в сыворотке крови менее 70 пмоль/л).

ЛС выбора:

Бусерелин, спрей	интраназально 150 мкг в каждую ноздрю 3 р/сут с 21-го или 2-го дня м. ц., 1–3 мес
------------------	---

Лейпрорелин	п/к 3,75 мг 1 р/28 сут с 21-го или 2-го дня м. ц., 1–3 мес
-------------	--

Трипторелин	п/к 3,75 мг 1 р/28 сут или 0,1 мг 1 р/сут с 21-го или 2-го дня м. ц., 1–3 мес
-------------	---

Альтернативные ЛС:

Этинилэстрадиол/ диеногест	внутри 30 мкг/2 мг 1 р/сут с 5-го по 25-й день м. ц., 3–6 мес
-------------------------------	--

Этинилэстрадиол/ ципротерон	внутри 35 мкг/2 мг 1 р/сут с 5-го по 25-й день м. ц., 3–6 мес
--------------------------------	--

Принципиального значения применение агонистов ГнРГ с 21-го или 2-го дня цикла не имеет, однако первая схема предпочтительнее, так как при ее использовании не образуются кисты яичников. При назначении со второго дня цикла фаза активации, предшествующая фазе подавления, в механизме действия агониста ГнРГ совпадает с фолликулиновой фазой цикла и может вызвать образование кист в яичниках.

При надпочечниковой форме СПКЯ показано назначение глюкокортикоидных средств.

Дексаметазон	внутри 0,25–1 мг 1 р/сут, 3–6 мес
--------------	-----------------------------------

Метилпреднизолон	внутри 2–8 мг 1 р/сут, 3–6 мес
------------------	--------------------------------

Преднизолон	внутри 2,5–10 мг 1 р/сут, 3–6 мес
-------------	-----------------------------------

При центральной форме СПКЯ применяют противосудорожные ЛС.

ЛС выбора:

Фенитоин	внутри 0,117 г 1–2 р/сут, 3–6 мес
----------	-----------------------------------

Альтернативные ЛС:

Карбамазепин	внутри 100 мг 2 р/сут, 3–6 мес
--------------	--------------------------------

Индукция овуляции

На втором этапе проводят индукцию овуляции. ЛС и схемы их введения определяют с учетом клинико-лабораторных характеристик пациенток. Во время индукции овуляции проводят тщательное наблюдение за стимулиро-

ваным циклом с использованием УЗИ и гормонального профиля.

Индукция овуляции кломифеном показана при недлительном анамнезе заболевания у молодых женщин с достаточным уровнем эстрогенов (эстрадиол сыворотки крови 150 пмоль/л и более) и невысоких значениях ЛГ (15 МЕ/л и менее).

Кломифен	внутри 100 мг 1 р/сут в одно и то же время, с 5-го по 9-й день м. ц.
-----------------	--

Контрольное УЗИ проводят на 10-й день цикла, оценивают диаметр доминантного фолликула и толщину эндометрия. В дальнейшем УЗИ проводят через день, при размере лидирующего фолликула более 16 мм — ежедневно.

Альтернативные схемы лечения (при выраженном антиэстрогенном эффекте):

Кломифен	внутри 100 мг 1 р/сут в одно и то же время, с 5-го по 9-й день м. ц. + Эстрадиол внутри 2 мг 2 р/сут, с 10-го по 15-й день м. ц. или Этинилэстрадиол внутри 50 мкг 2 р/сут, с 10-го по 15-й день м. ц.
-----------------	--

Кломифен	внутри 100 мг 1 р/сут в одно и то же время, с 3-го по 7-й день м. ц. + Менотропины в/м 75–150 МЕ 1 р/сут в одно и то же время, с 7–8-го дня м. ц. до созревания фолликулов или Фоллитропин альфа в/м 75–150 МЕ 1 р/сут в одно и то же время, с 7–8-го дня м. ц. до созревания фолликулов
-----------------	--

Стимуляция овуляции гонадотропинами показана в отсутствие адекватного фолликулогенеза после стимуляции кломифеном, при наличии выраженного периферического антиэстрогенного эффекта, недостаточной эстрогенной насыщенности. Может проводиться как у молодых пациенток, так и у женщин в позднем репродуктивном возрасте.

ЛС выбора:

Менотропины	в/м 150–225 МЕ 1 р/сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут
--------------------	---

Урофоллитропин	в/м 150–225 МЕ 1 р/сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут
-----------------------	---

Альтернативные ЛС (при высоком риске СГЯ):

Фоллитропин альфа	в/м 100–150 МЕ 1 р/сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут
--------------------------	---

Индукция овуляции гонадотропинами с применением агонистов ГнРГ показана при СПКЯ с высоким уровнем ЛГ в сыворотке крови (более 15 МЕ/л).

ЛС выбора:

Бусерелин, спрей	интраназально 150 мкг в каждую ноздрю 3 р/сут, с 21-го дня м. ц. до созревания фолликулов + Менотропины в/м 225–300 МЕ 1 р/сут в одно и то же время, со 2–3-го дня последующего м. ц. до созревания фолликулов
-------------------------	---

Лейпрорелин	п/к 3,75 мг, однократно, на 21-й день м. ц. + Менотропины в/м 225–300 МЕ 1 р/сут в одно и то же время, со 2–3-го дня последующего м. ц. до созревания фолликулов
--------------------	---

Трипторелин	п/к 3,75 мг, однократно, на 21-й день м. ц., или 0,1 мг 1 р/сут, с 21-го дня м. ц. до созревания фолликулов + Менотропины в/м 225–300 МЕ 1 р/сут в одно и то же время, со 2–3-го дня последующего м. ц. до созревания фолликулов
--------------------	---

Альтернативные ЛС (при высоком риске СГЯ):

Менотропины	в/м 150–225 МЕ 1 р/сут в одно и то же время, со 2–3-го дня м. ц. до созревания фолликулов + Ганиреликс п/к 0,25 мг 1 р/сут, начиная с 5–7-го дня применения гонадотропинов (при достижении доминантным фолликулом размеров 13–14 мм) до созревания фолликулов или Цетрореликс п/к 0,25 мг 1 р/сут, начиная с 5–7-го дня применения гонадотропинов (при достижении доминантным фолликулом размеров 13–14 мм) до созревания фолликулов
--------------------	--

Фоллитропин альфа	в/м 150–225 МЕ 1 р/сут в одно и то же время, со 2–3-го дня м. ц. до созревания фолликулов + Ганиреликс п/к 0,25 мг 1 р/сут, начиная с 5–7-го дня применения гонадотропинов (при достижении доминантным фолликулом размеров 13–14 мм) до созревания фолликулов или Цетрореликс п/к 0,25 мг 1 р/сут, начиная с 5–7-го дня применения гонадотропинов (при достижении доминантным фолликулом размеров 13–14 мм) до созревания фолликулов
--------------------------	--

Индукция овуляции у пациенток позднего репродуктивного возраста (при слабом ответе яичников на гонадотропные препараты).

ЛС выбора:

Менотропины в/м 225 МЕ 1 р/сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц. до созревания фолликулов + **Трипторелин** п/к 0,1 мг 1 р/сут, со 2-го дня м. ц. до созревания фолликулов

Альтернативные ЛС:

Трипторелин п/к 0,1 мг 1 р/сут, со 2-го дня м. ц. до созревания фолликулов + **Фоллитропин альфа** в/м 200–225 МЕ 1 р/сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц. до созревания фолликулов

Во всех схемах с применением гонадотропинов адекватность дозы последних оценивают по динамике роста фолликулов (в норме 2 мм/сут). При медленном росте фолликулов дозу увеличивают на 75 МЕ, при слишком быстром росте — снижают на 75 МЕ.

Во всех схемах при наличии зрелого фолликула диаметром 18–20 мм, толщине эндометрия не менее 8 мм терапию прекращают и назначают ХГ.

Гонадотропин хорионический в/м 10000 ЕД однократно

После констатации овуляции проводят поддержку лютеиновой фазы цикла.

ЛС выбора:

Дидрогестерон внутрь 10 мг 1–3 р/сут, 10–12 сут

Прогестерон внутрь 100 мг 2–3 р/сут, или во влагалище 100 мг 2–3 р/сут, или в/м 1,0 мл 2,5% р-ра 1 р/сут, 10–12 сут

Альтернативные ЛС (в отсутствие СГЯ):

Гонадотропин хорионический в/м 1500–2500 ЕД 1 р/сут, на 3, 5 и 7-й дни лютеиновой фазы

Бесплодие при яичниковой недостаточности

При наличии Y-хромосомы в кариотипе необходимо лапароскопическое удаление гонад.

Стимуляция овуляции с целью лечения бесплодия не показана. Единственным методом достижения беременности является перенос оплодотворенной донорской яйцеклетки в полость матки (донация). Донация складывается из двух этапов:

- подготовительного, целью которого является увеличение размеров матки, рост эндометрия, формирование рецепторного аппарата в матке;
- цикла донации.

Подготовительный этап

На подготовительном этапе показано проведение циклической ЗГТ.

ЛС выбора:

<i>Эстрадиол</i>	<i>внутри 2 мг 1–2 р/сут с 3–5-го дня менструальноподобной реакции, 15 сут</i>
<i>Эстрадиола валерат</i>	<i>внутри 2 мг 1–2 р/сут с 3–5-го дня менструальноподобной реакции, 15 сут</i>
<i>Этинилэстрадиол</i>	<i>внутри 50 мкг 1–2 р/сут с 3–5-го дня менструальноподобной реакции, 15 сут</i>

Затем:

<i>Дидрогестерон</i>	<i>внутри 10 мг 1–2 р/сут, 10 сут</i>
<i>Норэтистерон</i>	<i>внутри 5 мг 1–2 р/сут, 10 сут</i>
<i>Прогестерон</i>	<i>внутри 100 мг 2–3 р/сут, или во влагалище 100 мг 2–3 р/сут, или в/м 1,0 мл 2,5% р-ра 1 р/сут, 10 сут</i>

Альтернативные ЛС:

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, 14 сут +* Эстрадиол/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 14 сут
Эстрадиола валерат*	** внутри 2 мг 1 р/сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат/медроксипрогестерон внутри 2 мг/20 мг 1 р/сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р/сут, 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат/норгестрел внутри 2 мг/500 мкг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут

* После окончания курса лечения.

** Применяется при выраженной гипоплазии половых органов.

Предпочтительно применение натуральных эстрогенов (эстрадиол, эстрадиола валерат) и гестагенов (дидрогестерон, прогестерон).

Продолжительность подготовительной терапии зависит от выраженности гипогонадизма и составляет 3–6 месяцев.

Цикл донации

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, с 1-го по 5-й день м. ц. +* Эстрадиол внутри 2 мг 2 р/сут, с 6-го по 10-й день м. ц. или Эстрадиола валерат внутри 2 мг 2 р/сут, с 6-го по 10-й день м. ц. +* Эстрадиол внутри 2 мг 3 р/сут, с 11-го по 15-й день м. ц. (под контролем УЗИ) или Эстрадиола валерат внутри 2 мг 3 р/сут, с 11-го по 15-й день м. ц. (под контролем УЗИ)
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, с 1-го по 5-й день м. ц. +* Эстрадиол внутри 2 мг 2 р/сут, с 6-го по 10-й день м. ц. или Эстрадиола валерат внутри 2 мг 2 р/сут, с 6-го по 10-й день м. ц. +* Эстрадиол внутри 2 мг 3 р/сут, с 11-го по 15-й день м. ц. (под контролем УЗИ) или Эстрадиола валерат внутри 2 мг 3 р/сут, с 11-го по 15-й день м. ц. (под контролем УЗИ)

* После окончания курса лечения.

При толщине эндометрия 10–12 мм со дня введения менотропинов донору:

Эстрадиол	<i>внутри 2 мг 3 р/сут, до получения овоцитов донора + Прогестерон внутри 100 мг 1 р/сут, до получения овоцитов донора</i>
Эстрадиола валерат	<i>внутри 2 мг 3 р/сут, до получения овоцитов донора + Прогестерон внутри 100 мг 1 р/сут, до получения овоцитов донора</i>

Со дня получения овоцитов донора:

Эстрадиол	<i>внутри 2 мг 3–4 р/сут, до переноса эмбрионов в матку + Прогестерон внутри 100 мг 2 р/сут, до переноса эмбрионов в матку</i>
Эстрадиола валерат	<i>внутри 2 мг 3–4 р/сут, до переноса эмбрионов в матку + Прогестерон внутри 100 мг 2 р/сут, до переноса эмбрионов в матку</i>

Со дня переноса эмбрионов в матку:

Эстрадиол	<i>внутри 2 мг 3–4 р/сут, 12–14 сут + Прогестерон внутри 200 мг 2–3 р/сут или в/м 1,0–2,0 мл 2,5% р-ра 1 р/сут, 12–14 сут</i>
Эстрадиола валерат	<i>внутри 2 мг 3–4 р/сут, 12–14 сут + Прогестерон внутри 200 мг 2–3 р/сут или в/м 1,0–2,0 мл 2,5% р-ра 1 р/сут, 12–14 сут</i>

При положительном тесте на беременность ЗГТ эстрогенами и гестагенами в прежней дозе продолжают до 12–15-й недели беременности (желательно под контролем уровней эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови). После 15-й недели ЛС постепенно отменяют.

Схемы стимуляции суперовуляции у донора аналогичны тем, которые применяют в циклах индукции овуляции при СПКЯ, — «чистые» схемы с менопаузальными и рекомбинантными гонадотропинами, схемы с агонистами и антагонистами ГнРГ. Выбор тактики определяется индивидуально.

Бесплодие при доброкачественных опухолях и опухолевидных образованиях яичников

Оперативное лечение

Первый этап лечения пациенток с доброкачественными новообразованиями яичников — оперативное вмешательство.

Операцией выбора является лапароскопия, которая позволяет:

- точно диагностировать патологию в малом тазу;
- провести органосохраняющую операцию — удалить новообразование яичника с сохранением непораженной ткани и выполнить биопсию второго яичника (с последующим патоморфологическим исследованием);
- одновременно устранить сопутствующие патологические изменения:
 - выполнить консервативную миомэктомию;
 - коагулировать очаги эндометриоза;
 - рассечь спайки;
 - выполнить по показаниям сальпингоовариолизис и сальпингостомию.

Для уточнения состояния полости матки наряду с лапароскопией показано проведение гистероскопии. При обнаружении внутриматочной патологии (синехий, субмукозной миомы матки или неполной перегородки матки) рекомендуется проведение гистерорезектоскопии.

Послеоперационное лечение

В послеоперационном периоде для восстановления репродуктивной функции проводят комплексную терапию с учетом лапароскопического диагноза в отношении нозологического образования яичника.

Антибактериальная терапия

Для снижения риска развития послеоперационных осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде рекомендовано внутривенное введение одной терапевтической дозы антибиотиков широкого спектра действия. Это позволяет снизить риск развития послеоперационных инфекционных осложнений в среднем на 10–30%.

Неблагоприятное влияние на исход оперативного вмешательства оказывают следующие факторы:

- наличие хронических очагов инфекции:
 - патология шейки матки;
 - хронический эндометрит;
 - сальпингоофорит;
 - ЗППП;
- длительное и травматичное вмешательство;
- большая кровопотеря.

Необходимость продолжения антибактериальной терапии в послеоперационном периоде зависит от перечисленных выше факторов, а также от осложнений послеоперационного периода (состояния пациентки, температуры тела, результатов клинического исследования крови).

ЛС выбора:

Цефазолин	в/в или в/м 1,0–2,0 г 3 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол в/в 100,0 мл 3 р/сут, 5–10 сут
Цефепим	в/в или в/м 1,0–2,0 г 2 р/сут, 5–10 сут

Цефоперазон	в/в или в/м 1,0–2,0 г 2 р/сут, 5–10 сут
Цефотаксим	в/в или в/м 1,0–2,0 г 2 р/сут, 5–10 сут
Цефуроксим	в/в или в/м 1,5 г 3 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол в/в 100,0 мл 3 р/сут, 5–10 сут

Альтернативные ЛС:

Азитромицин	внутри 0,5 г 2 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р/сут, 5–10 сут
Амоксициллин/ клавулановая кислота	в/в 1,2 г 3 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р/сут, 5–10 сут
Ампициллин/сульбактам	в/в или в/м 1,5 г 3 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р/сут, 5–10 сут
Доксцицилин	внутри 0,1 г 2 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р/сут, 5–10 сут
Имипенем/циластатин	в/в или в/м 0,5–1,0 г 2–3 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р/сут, 5–10 сут
Меропенем	в/в 0,5–1,0 г 2–3 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р/сут, 5–10 сут
Офлоксацин	в/в 0,2 г 2 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р/сут, 5–10 сут
Рокситромицин	внутри 0,15 г 2 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р/сут, 5–10 сут

При применении антибиотиков обязательно назначение противогрибковых ЛС.

Итраконазол	внутри 100 мг 2 р/сут, 5–10 сут
Флуконазол	внутри 150 мг, однократно

Иммунотерапия

Иммунокорректирующую терапию целесообразно начинать за 1–2 дня до оперативного лечения и продолжать в течение 5–10 дней в качестве монотерапии (при спаечном процессе I–II степеней в отсутствие признаков хронического воспалительного процесса) или в сочетании с антибактериальной терапией (при спаечном процессе III–IV степеней).

ЛС выбора:

Аминодигидрофталазиндион	в/м 0,1 г/сут, 5 сут, затем 0,1 г через натрия сутки, на курс 5–10 инъекций
--------------------------	---

Альтернативные ЛС:

Полноксидоний	в/м 6 мг 1 р/сут, 3 сут, затем 6 мг через сутки, на курс 5–10 инъекций
---------------	--

Терапия гепатопротекторами

Применение **гепатопротекторов** усиливает действие противомикробных ЛС в раннем послеоперационном периоде и снижает частоту побочных эффектов при проведении гормонотерапии в позднем реабилитационном периоде за счет улучшения метаболических процессов в печени на уровне гепатоцитов.

Силибинин	внутри 0,07 г, 3 р/сут, 15–30 сут, всего 2 курса с интервалом 1–2 мес
Фосфолипиды	внутри 1–2 капс. 3 р/сут, 14 сут, затем 1 капс. 3 р/сут, 15–30 сут

Терапия системными энзимами

Назначение **системных энзимов** на раннем этапе комплексной консервативной терапии способствует улучшению репаративных процессов в поврежденных тканях и коррекции аутоиммунных нарушений, а также снижает частоту побочных эффектов гормонотерапии в позднем реабилитационном периоде.

Панкреатин/папаин/ бромелаин/трипсин/ химотрипсин/амилаза/ липаза/рутозид	внутри 3 драже 3 р/сут, 14 сут, затем 8 драже 3 р/сут, 2 мес
--	---

Метаболическая и мембраностабилизирующая терапия

Обязательным компонентом фармакотерапии нарушений репродуктивной функции при доброкачественных опухолях яичников является **метаболическая и мембраностабилизирующая терапия**, направленная на нивелирование метаболических нарушений, которая проводится в позднем реабилитационном периоде.

Метаболические комплексы:

Витамин Е	внутри 0,1 г 3 р/сут, с 8-9-го по 13-14-й день м. ц. + Кальция пантотенат внутри 0,1 г 3 р/сут, с 8-9-го по 13-14-й день м. ц. + Ко-карбоксилаза в/м 0,1 г 1 р/сут, с 8-9-го по 13-14-й день м. ц. + Липоевая кислота внутри 1 табл. 3 р/сут, с 8-9-го по 13-14-й день м. ц. + Рибофлавин в/м 1,0 мл 1 р/сут, с 8-9-го по 13-14-й день м. ц.
------------------	--

ИЛИ

Витамин Е	внутри 0,1 г 3 р/сут, с 15-го по 22-й день м. ц. + Инозин внутри 0,2 г 3 р/сут, с 15-го по 22-й день м. ц. + Метионин внутри 0,5 г 3 р/сут, с 15-го по 22-й день м. ц. + Оротовая кислота (калиевая соль) внутри 0,5 г 3 р/сут, с 15-го по 22-й день м. ц. + Пиридоксальфосфат внутри 20 мг 3 р/сут, с 15-го по 22-й день м. ц. + Фолиевая кислота внутри 1 мг 3 р/сут, с 15-го по 22-й день м. ц.
------------------	--

Вне беременности метаболический комплекс рекомендуется принимать ежемесячно, во время беременности — в течение всей беременности 10-12-дневными курсами с перерывом 2-3 недели.

Мембраностабилизирующая терапия:

Аскорбиновая кислота/рутозид	внутри 1 табл. (50 мг/50 мг) 3 р/сут, 1 мес.
-------------------------------------	--

Терапия тиреотропными ЛС

По показаниям могут быть назначены тиреотропные лекарственные средства.

Левотироксин натрия	внутри 25–50 мкг 1 р/сут за 30 мин до завтрака, длительность терапии определяется индивидуально
Левотироксин натрия/лиотиронин	внутри $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ табл. (40 мкг/10 мкг) 1 р/сут за 30 мин до завтрака, длительность терапии определяется индивидуально
Левотироксин натрия/лиотиронин/калия йодид	внутри $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ табл. (70 мкг/10 мкг/150 мкг) 1 р/сут за 30 мин до завтрака, длительность терапии определяется индивидуально

Индукция овуляции

При необходимости с целью обеспечения наступления беременности проводят контролируемую индукцию овуляции кломифеном или гонадотропинами.

Индукция овуляции кломифеном:

Кломифен	внутри 100 мг 1 р/сут в одно и то же время, с 5-го по 9-й день м. ц.
-----------------	--

Контрольное УЗИ проводят на 10-й день цикла, оценивают диаметр доминантного фолликула и толщину эндометрия. В дальнейшем УЗИ проводят через день, при размере лидирующего фолликула более 16 мм — ежедневно.

Стимуляция овуляции гонадотропинами показана в отсутствие адекватного фолликулогенеза после стимуляции кломифеном, при наличии выраженного периферического антиэстрогенного эффекта, недостаточной эстрогенной насыщенности.

ЛС выбора:

Менотропины	в/м 150–225 МЕ 1 р/сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут
Урофоллитропин	в/м 150–225 МЕ 1 р/сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут

Альтернативные ЛС (при высоком риске СГЯ):

Фоллитропин альфа	в/м 100–150 МЕ 1 р/сут в одно и то же время с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут
--------------------------	--

Во всех схемах с применением гонадотропинов адекватность дозы последних оценивают по динамике роста фолликулов (в норме 2 мм/сут). При медленном росте фолликулов дозу увеличивают на 75 МЕ, при слишком быстром росте — снижают на 75 МЕ.

Во всех схемах при наличии зрелого фолликула диаметром 18–20 мм, толщине эндометрия не менее 8 мм терапию прекращают, назначают ХГ.

Гонадотропин хорионический	в/м 10000 ЕД однократно
----------------------------	-------------------------

После констатации овуляции проводят поддержку лютеиновой фазы цикла.

ЛС выбора:

Дидрогестерон	внутри 10 мг 1–3 р/сут, 10–12 сут
---------------	-----------------------------------

Прогестерон	внутри 100 мг 2–3 р/сут, или во влагалище 100 мг 2–3 р/сут, или в/м 1,0 мл 2,5% р-ра 1 р/сут, 10–12 сут
-------------	---

Альтернативные ЛС (в отсутствие СГЯ):

Гонадотропин хорионический	в/м 1500–2500 ЕД 1 р/сут, на 3, 5 и 7-й дни лютеиновой фазы
----------------------------	---

Бесплодие трубно-перитонеальное

Лечение трубно-перитонеального бесплодия складывается из нескольких этапов.

Первый этап — эндоскопическая диагностика и хирургическая коррекция патологических изменений органов малого таза.

Второй этап — раннее восстановительное лечение с первых-вторых суток после хирургического вмешательства

в течение 3–10 дней. Применяют медикаментозные и немедикаментозные методы лечения:

- фармакотерапию:
 - антибактериальную терапию;
 - инфузионную терапию (растворы коллоидов и кристаллоидов);
 - иммунокорректирующую терапию;
- немедикаментозное лечение:
 - физиотерапию;
 - эфферентные методы лечения — плазмаферез, эндоваскулярное лазерное облучение крови, озонотерапию крови;
 - фитотерапию;
 - гирудотерапию.

Третий этап — отсроченное восстановительное лечение с учетом эндоскопического диагноза и результатов патоморфологического исследования эндометрия (продолжительность 1–3 месяца). Применяют медикаментозные и немедикаментозные методы лечения:

- фармакотерапию:
 - комбинированные пероральные контрацептивы (КПК) с низким содержанием эстрогенов, гестагенов;
 - гестагены;
 - агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ);
- немедикаментозное лечение (при хронических рецидивирующих сальпингитах):
 - физиотерапию (методику и число процедур подбирают индивидуально);
 - эфферентные методы лечения.

Четвертый этап — дополнительное обследование пациенток после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах путем проведения контрольных гистеросальпингографии, эхогистеросальпингографии или лапароскопии. При подтверждении проходимости маточных труб пациенткам разрешается половая жизнь без предохранения на фоне ультразвукового мониторинга.

га фолликулогенеза с целью достижения беременности. Продолжительность — не более 6 месяцев.

Пятый этап — период ожидания наступления беременности: контролируемая индукция овуляции в течение не более четырех циклов. ЛС и схемы их введения определяются с учетом клинико-лабораторных характеристик пациенток. Допустимы следующие схемы:

- индукция овуляции кломифеном;
- стимуляция овуляции гонадотропинами.

Во время индукции овуляции проводят тщательный ультразвуковой и гормональный мониторинг стимулированного цикла.

В отсутствие наступления спонтанной беременности в течение 6 месяцев или сохраняющемся нарушении проходимости маточных труб при контрольном обследовании на четвертом этапе рекомендуется применение методов вспомогательной репродукции (экстракорпоральное оплодотворение).

Антибактериальная терапия

Для снижения риска развития послеоперационных осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде рекомендовано в/в введение одной терапевтической дозы антибиотиков широкого спектра действия. Это позволяет снизить риск развития послеоперационных инфекционных осложнений в среднем на 10–30%.

Неблагоприятное влияние на исход оперативного вмешательства оказывают следующие факторы:

- наличие хронических очагов инфекции:
 - патология шейки матки;
 - хронический эндометрит;
 - сальпингоофорит;
 - ЗППП;
- длительное и травматичное вмешательство;
- большая кровопотеря.

Необходимость продолжения антибактериальной терапии в послеоперационном периоде зависит от перечисленных выше факторов, а также от осложнений послеоперационного периода (состояния пациентки, температуры тела, результатов клинического исследования крови).

ЛС выбора:

Цефазолин	в/в или в/м 1,0–2,0 г 3 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол в/в 100,0 мл 3 р/сут, 5–10 сут
Цефепим	в/в или в/м 1,0–2,0 г 2 р/сут, 5–10 сут
Цефоперазон	в/в или в/м 1,0–2,0 г 2 р/сут, 5–10 сут
Цефотаксим	в/в или в/м 1,0–2,0 г 2 р/сут, 5–10 сут
Цефуроксим	в/в или в/м 1,5 г 3 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол в/в 100,0 мл 3 р/сут, 5–10 сут

Альтернативные ЛС:

Азитромицин	внутри 0,5 г 2 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р/сут, 5–10 сут
Амоксициллин/ клавулановая кислота	в/в 1,2 г 3 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р/сут, 5–10 сут
Ампициллин/ сульбактам	в/в или в/м 1,5 г 3 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р/сут, 5–10 сут
Доксициклин	внутри 0,1 г 2 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р/сут, 5–10 сут
Имипенем/ циластатин	в/в или в/м 0,5–1,0 г 2–3 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р/сут, 5–10 сут
Меропенем	в/в 0,5–1,0 г 2–3 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р/сут, 5–10 сут
Офлоксацин	в/в 0,2 г 2 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р/сут, 5–10 сут
Рокситромицин	внутри 0,15 г 2 р/сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р/сут, 5–10 сут

При применении антибиотиков обязательно назначе-
ние противогрибковых ЛС.

Итраконазол	внутри 100 мг 2 р/сут, 5–10 сут
Флуконазол	внутри 150 мг, однократно

Иммунотерапия

Иммунокорректирующую терапию целесообразно начинать за 1–2 дня до оперативного лечения и продолжать в течение 5–10 дней в качестве монотерапии (при спаечном процессе I–II степеней в отсутствие признаков и хронического воспалительного процесса) или в сочетании с антибактериальной терапией (при спаечном процессе III–IV степеней).

ЛС выбора:

Аминодигидрофталазиндион натрия	в/м 0,1 г/сут, 5 сут, затем 0,1 г через сутки, на курс 5–10 инъекций
--	--

Альтернативные ЛС:

Полиоксидоний	в/м 6 мг 1 р/сут, 3 сут, затем 6 мг через сутки, на курс 5–10 инъекций
----------------------	--

Индукция овуляции

При необходимости с целью обеспечения наступления беременности проводят контролируемую индукцию овуляции кломифеном или гонадотропинами.

Индукция овуляции кломифеном:

Кломифен	внутри 100 мг 1 р/сут в одно и то же время, с 5-го по 9-й день м. ц.
-----------------	--

Контрольное УЗИ проводят на 10-й день цикла, оценивают диаметр доминантного фолликула и толщину эндометрия. В дальнейшем УЗИ проводят через день, при размере лидирующего фолликула более 16 мм — ежедневно.

Стимуляция овуляции гонадотропинами показана в отсутствие адекватного фолликулогенеза после стимуляции кломифеном, при наличии выраженного периферическо-

го антиэстрогенного эффекта, недостаточной эстрогенной насыщенности.

ЛС выбора:

Менотропины	в/м 150–225 МЕ 1 р/сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут
Урофоллитропин	в/м 150–225 МЕ 1 р/сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут

Альтернативные ЛС (при высоком риске СГЯ):

Фоллитропин альфа	в/м 100–150 МЕ 1 р/сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут
--------------------------	---

Во всех схемах с применением гонадотропинов адекватность дозы последних оценивают по динамике роста фолликулов (в норме 2 мм/сут). При медленном росте фолликулов дозу увеличивают на 75 МЕ, при слишком быстром росте — снижают на 75 МЕ.

Во всех схемах при наличии зрелого фолликула диаметром 18–20 мм, толщине эндометрия не менее 8 мм терапию прекращают, назначают ХГ.

Гонадотропин хорионический	в/м 10000 ЕД однократно
-----------------------------------	-------------------------

После констатации овуляции проводят поддержку лютеиновой фазы цикла.

ЛС выбора:

Дидрогестерон	внутри 10 мг 1–3 р/сут, 10–12 сут
Прогестерон	внутри 100 мг 2–3 р/сут или во влагалище 100 мг 2–3 р/сут или в/м 1,0 мл 2,5% р-ра 1 р/сут, 10–12 сут

Альтернативные ЛС (в отсутствие СГЯ):

Гонадотропин хорионический	в/м 1500–2500 ЕД 1 р/сут, на 3, 5 и 7-й дни лютеиновой фазы
-----------------------------------	---

В

Вагиноз бактериальный у беременных

Основные задачи фармакотерапии бактериального вагиноза:

- ликвидация условно-патогенных микроорганизмов и анаэробов;
- восстановление нормального микробиоценоза влагалища;
- предупреждение развития суперинфекции (грибы, энтеробактерии и др.);
- профилактика и лечение осложнений беременности (угроза прерывания, плацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия, задержка внутриутробного развития плода и др.);
- коррекция нарушений иммунного статуса.

Антимикробная терапия

На первом этапе лечения применяют ЛС, активные против анаэробных микроорганизмов. Лечение проводят при сроке беременности 16 недель и более.

ЛС выбора:

<i>Метронидазол</i>	<i>внутрь 0,5 г 2 р/сут или 0,25 г 3 р/сут, 7 сут, или во влагалище 5 г 0,75% крема 1–2 р/сут, 5–7 сут</i>
<i>Клиндамицин</i>	<i>во влагалище 5 г крема на ночь, 3 сут</i>

Нистатин/нифурател	во влагалище 1 свеча на ночь, 8 сут
Орнидазол	внутри 0,5 г 2 р/сут, 5 сут
Тернидазол/неомицин/ нистатин/преднизолон	во влагалище 1 табл. на ночь, 10 сут

Альтернативные ЛС:

Метронидазол	внутри 2 г, однократно
Орнидазол	внутри 1,5 г, однократно

ЛС для местного применения имеют преимущества из-за прямого действия на возбудителей, что позволяет назначать их в более низких дозах и снизить частоту побочных реакций.

При наличии смешанной инфекции:

Хлоргексидин	во влагалище 1 свеча 0,016 г 2 р/сут, 7-10 дней
--------------	---

Одновременно с противомикробными ЛС, активными против анаэробных микроорганизмов, для профилактики кандидоза назначают **противогрибковые ЛС** для местного применения.

Клотримазол	во влагалище 100 мг (1 вагинальная табл.) на ночь, 6 сут
Натамицин	во влагалище 100 мг (1 свеча) на ночь, 3-6 сут
Эконазол	во влагалище 1 свеча на ночь, 3 сут

При проведении терапии комбинированными ЛС дополнительно противогрибковые препараты не назначают.

Нормализация микрофлоры влагалища

Второй этап лечения — восстановление нормального микроценоза влагалища.

Бифидобактерии бифидум	во влагалище 1 свеча на ночь, 7-10 сут
Лактобактерии ацидофильные	во влагалище 1 свеча на ночь, 7-10 сут

Эти ЛС назначают лишь в отсутствие дрожжеподобных грибов в отделяемом из влагалища.

Иммунная терапия

При необходимости проводится коррекция нарушений иммунного статуса.

ЛС выбора:

<i>Имуноглобулин человека нормальный</i>	<i>в/в капельно 0,25 г/кг 1 р/2 сут, всего 3 введения (при рецидиве заболевания — повторный курс)</i>
--	---

Альтернативные ЛС:

<i>Женьшень, экстракт</i>	<i>внутри 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес</i>
<i>Интерферон альфа-2b</i>	<i>в прямую кишку 500 000 МЕ (1 свеча) 2 р/сут, 5 сут</i>
<i>Лимонника плоды, настойка</i>	<i>внутри 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес</i>
<i>Панкреатин/папаин/бромелаин/трипсин/химотрипсин/амилаза/липаза/рутозид</i>	<i>внутри 3–5 драже 3 р/сут, 1 мес</i>
<i>Элеутерококка корневища и корни, экстракт</i>	<i>внутри 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес</i>

Вагиноз бактериальный у небеременных

Основные задачи фармакотерапии бактериального вагиноза:

- ликвидация условно-патогенных микроорганизмов и анаэробов;
- восстановление нормального микробиоценоза влагалища;
- предупреждение развития суперинфекции (грибы, энтеробактерии и др.).

Антимикробная терапия

Для ликвидации условно-патогенных микроорганизмов и анаэробов можно назначать как ЛС для местного применения, так и системные противомикробные ЛС.

Клиндамицин	во влагалище 100 (1 свеча) на ночь, 3 сут, или 5 г 2% крема на ночь, 6 сут, или внутрь 300 мг 2 р/сут, 7 сут
Метронидазол	во влагалище 1 свеча 2 р/сут, 5 сут, или 5 г 0,75% геля на ночь, 5 сут, или внутрь 500 мг 2 р/сут, 7 сут
Метронидазол/ миконазол	во влагалище 1 табл. на ночь, 10 сут
Нифурател/нистатин	во влагалище 1 свеча на ночь, 8 сут
Хлоргексидин	во влагалище 1 свеча 0,016 г 2 р/сут 7–10 дней
Орнидазол	внутри 500 мг 2 р/сут, 7 сут
Тернидазол/неомицин/ нистатин/преднизолон	во влагалище 1 табл. на ночь, 6–12 сут
Тинидазол	внутри 2 г, однократно

В случае подозрения на смешанную инфекцию до идентификации возбудителя целесообразно применять антисептические средства:

Повидон-йод¹	во влагалище 1 свеча 0,2 г 2 р/сут, 7 дней или 1 свеча 1 р/сут, 14 дней
Хлоргексидин	во влагалище 1 свеча 0,016 г 2 р/сут 7–10 дней

Нормализация микрофлоры влагалища

ЛС, нормализующие микрофлору влагалища, назначают после окончания курса антибактериальной терапии.

Бифидобактерии бифидум	во влагалище 1 свеча на ночь, 10 сут
Лактобактерии ацидофильные	во влагалище 1 свеча на ночь, 10 сут

¹ Бетадин.



Современный подход к лечению бактериального вагиноза

Появление новых методов диагностики позволило по-новому взглянуть на проблему бактериального вагиноза (БВ), поскольку стало возможным идентифицировать микроорганизмы, плохо поддающиеся культивированию. Использование метода ПЦР позволило описать новый возбудитель *Atopobium vaginae*, с которым в настоящее время связывают развитие БВ и его рецидивы. Считается, что наличие *Atopobium v.* более специфично для БВ, чем *Gardnerella v.* и он определяется в 100 % случаев при рецидивирующем течении заболевания. Кроме того, было показано, что *Atopobium v.* и *Gardnerella v.* при бактериальном вагинозе образуют специальные ассоциации в виде так называемых биопленок (Mendling W., 2008).

Это позволило назвать главные причины рецидивов при БВ, первая из которых состоит в том, что *Atopobium v.* оказался резистентным к метронидазолу — основному препарату, применяемому при лечении БВ (De Backer E. et al., 2007; Michael J. F. et al., 2004). Вторая причина заключается в образовании биопленок, в которых устойчивый к метронидазолу атопобиум, защищает от его действия и гарднереллу. Еще одна причина заключается в том, что при лечении БВ клиндамицином (второй стандартный препарат) имеет место резкое угнетение лактобацилл и в силу этого через 3–4 месяца снова наблюдается рост условно-патогенных микроорганизмов и новый рецидив заболевания.

В исследованиях *in vitro* было показано, что атопобиум высокочувствителен к нифурателю (Togni G. et al., 2008). Другим преимуществом нифуратела, доказанным ранее, является отсутствие угнетения физиологической флоры, в частности лактобацилл (Balmer J. A., 1995; Серов В. Н., Шаповаленко С. А., 2004). В 2009–2010 гг. проведены клинические исследования, дока-

завшие преимущества нифуратела перед метронидазолом в лечении БВ. При использовании препарата Макмирор Комплекс (нифурател+нистатин) достигался высокий процент элиминации атопобиума и низкий процент рецидивов заболевания (Gomborg M. A., 2009; Перламутров Ю. Н., Гомберг М. А. и др., 2010). Элиминация атопобиума при использовании нифуратела составила 96%, в то время как эффективность метронидазола (Флагил) составила всего 6,7%.

Значение комбинации нифуратела и нистатина (Макмирор Комплекс) в современной гинекологической практике возрастает еще больше благодаря его выраженным противогрибковым свойствам, поскольку распространенность кандидозной суперинфекции после лечения БВ метронидазолом или клиндамицином постоянно растет.

На правах рекламы



ГЕКСИКОН® супп. ваг.

№ 10 – (хлоргексидин 16 мг)

Исследования и опыты применения, подтверждающие эффективность и безопасность препарата:

В 2006 г в ЦКДК ФГУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова Росздрава» проводилось «Сравнительно изучение эффективности и безопасности препарата «Гексикон», суппозитории вагинальные, в сравнении с препаратом «Флагил», суппозитории вагинальные, при бактериальном вагинозе». Сразу после окончания лечения эффективность препарата «Гексикон» составила 96,7% (в группе «Флагил» — 83,3%), через месяц после лечения положительный эффект был зарегистрирован у 96,6% пациенток, применявших «Гексикон» и у 93,4% пациенток, применявших «Флагил». Препарат Гексикон хорошо переносился пациентками, не зарегистрировано ни одного нежелательного явления, в группе больных, применявших «Флагил»,

нежелательные явления имели место в 3,3% случаев. Установлена совершенно отчетливая тенденция улучшения видового состава и количества молочнокислых бактерий при терапии препаратом Гексикон. Препарат Гексикон, в отличие от препарата «Флагил» не оказывает негативного влияния на лакто- и бифидобактерии.

На правах рекламы

ВИЧ-инфекция у беременных

Основная цель лечения пациентов с ВИЧ-инфекцией — продление жизни с максимальным сохранением ее качества.

Основные принципы лечения:

- создание охранительного психологического режима;
- своевременное начало эффективной антиретровирусной терапии и профилактики вторичных заболеваний;
- тщательный подбор необходимого минимума ЛС;
- ранняя диагностика и своевременное лечение вторичных заболеваний.

Для лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа применяют ЛС следующих групп:

- ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ;
- ингибиторы протеазы ВИЧ;
- ЛС из группы индукторов интерферонов, обладающие неспецифической противовирусной активностью.

Выделяют две основные группы показаний к антиретровирусной терапии у беременных:

- антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции;
- химиопрофилактика перинатальной передачи ВИЧ.

Это принципиально важно, поскольку **антиретровирусную терапию ВИЧ-инфекции** следует рассматривать как терапию, проводимую по жизненным показаниям. При решении вопроса о ее назначении необходимо придерживаться принципа **приоритета сохранения жизни матери** перед сохранением плода.

В то же время **химиопрофилактика перинатальной передачи инфекции** проводится в интересах плода, поскольку состояние матери в это время не требует применения антиретровирусных ЛС.

В некоторых случаях терапия ВИЧ-инфекции у матери является также профилактикой заражения плода.

При выявлении ВИЧ-инфекции на ранних сроках беременности (в I триместре) — если женщина планирует сохранить беременность, — вопрос о начале терапии крайне сложен из-за вероятности эмбриотоксического и тератогенного эффекта, но при высокой вирусной нагрузке задержка с назначением антиретровирусной терапии ухудшит прогноз течения заболевания у матери и повысит риск заражения плода.

Показания к антиретровирусной терапии определяют с учетом:

- стадии ВИЧ-инфекции;
- уровня лимфоцитов CD4;
- количества вирусных копий;
- срока беременности.

При сроке беременности до 10 недель лечение следует начинать:

- на стадии 2А, 2Б и 2В при вирусной нагрузке более 100 000 копий в 1 мл;
- на стадии 3А и 4А при количестве лимфоцитов CD4 менее 100 в 1 мкл, при вирусной нагрузке более 100 000 копий в 1 мл;
- на стадии 4В независимо от количества лимфоцитов CD4 и вирусной нагрузки.

Если лечение проводится в первые 14 недель беременности, предпочтительнее схемы, включающие дидано-

зин и фосфазид, — наименее опасные для плода в эти сроки.

Из ингибиторов протеазы предпочтение отдается нелфинавиру. Теоретически все ныне известные ингибиторы протеазы могут повышать у беременных риск развития сахарного диабета или по крайней мере гипергликемии. Поэтому беременные, получающие ингибиторы протеазы, должны быть проинструктированы относительно симптомов гипергликемии. Определение уровня глюкозы в крови необходимо осуществлять не реже одного раза в две недели.

При наступлении беременности на фоне проводимого лечения его рекомендуется продолжать, если ВИЧ-инфекция находится на стадиях 2Б, 2В, 4Б и 4В.

При этом необходимо учитывать риск для плода и корректировать схемы лечения. Женщине следует объяснить высокую вероятность тератогенного воздействия ЛС, применяемых на ранних стадиях эмбриогенеза. Наилучшим вариантом в данной ситуации будет прерывание беременности.

При продолжении ранее назначенной терапии рекомендуется заменить зидовудин или ставудин фосфазидом, а залцитабин или ламивудин — диданозином.

Интенсивность терапии определяется исходя из клинических, иммунологических и вирусологических показаний и данных об особенностях действия ЛС на организм беременной и плода.

При более благоприятных стадиях заболевания, если уровень лимфоцитов CD4 составляет не менее 200 клеток в 1 мкл, лечение следует прервать до завершения 13-й недели беременности. Однако если в этот период болезнь будет прогрессировать, лечение следует возобновить.

Необходимо иметь в виду, что при планируемой беременности прием антиретровирусных ЛС следует прекратить до наступления у женщины фертильного менструального цикла, чтобы избежать эмбриотоксического воздействия. Отмена препаратов после задержки менструации менее эффективна в связи с тем, что процессы раннего эмбриогенеза уже завершены.

В настоящее время в мире применяют несколько схем профилактического лечения с целью снижения риска передачи ВИЧ от матери плоду.

Протокол 076

Протокол 076 предусматривает предупреждение передачи на всех трех стадиях, когда возможна передача ВИЧ.

Предупреждение трансплацентарной передачи вируса:

Зидовудин	<i>внутрь 100 мг 5 р/сут или 200 мг 3 р/сут, с 14–34-й нед беременности до родов</i>
------------------	--

Предупреждение инфицирования ребенка при прохождении через естественные родовые пути матери:

Зидовудин	<i>в/в 2 мг/кг/ч в течение 1 ч, затем 1 мг/кг/ч, непрерывно до родоразрешения</i>
------------------	---

В/в инфузия во время родов позволяет быстро достичь необходимой концентрации в крови новорожденного, что очень важно, учитывая контакт ребенка с большим количеством инфицированной крови и других секретов матери.

Назначение зидовудина новорожденному с целью дальнейшего снижения риска развития у него ВИЧ-инфекции, связанного с возможным попаданием крови матери в кровеносную систему плода во время родового акта и непосредственно родоразрешения:

Зидовудин, сироп	<i>внутрь 2 мг/кг 4 р/сут с 8-го часа после рождения, 6 нед</i>
-------------------------	---

Критерии отбора ВИЧ-инфицированных беременных для проведения Протокола 076:

- беременность 14–34 недель;
- отсутствие ранее проводимого антиретровирусного лечения;
- отсутствие клинических показаний к проведению антиретровирусной терапии в антенатальном периоде;

- количество лимфоцитов CD4 более 200 в 1 мкл крови;
- отсутствие в анамнезе внутривенного потребления наркотических средств.

Короткий курс терапии зидовудином:

Зидовудин	внутри 300 мг 2 р/сут, с 36-й нед беременности до родов, затем 300 мг каждые 3 ч во время родов
------------------	---

Новорожденным рекомендуется искусственное вскармливание.

Комбинированная химиопрофилактика антенатального ВИЧ-инфицирования матери:

Зидовудин	внутри 300 мг 2 р/сут с 38-й нед беременности, до родов + Ламивудин внутри 150 мг 2 р/сут, с 38-й нед беременности до родов
------------------	---

Новорожденным:

Ламивудин	внутри 4 мг/кг 2 р/сут, 1 нед ± Зидовудин внутри 2 мг/кг 4 р/сут, 1 нед
------------------	---

Схемы, разработанные в РФ, для химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку

Химиопрофилактику начинают при сроке беременности не менее 14 недель (более раннее назначение не рекомендуется из-за возможного тератогенного эффекта).

Если ВИЧ-инфекция у беременной была выявлена на более поздних сроках, химиопрофилактику начинают как можно раньше (с момента установления диагноза).

Зидовудин	внутри 200 мг 3 р/сут, на весь срок беременности
------------------	--

При непереносимости зидовудина

Фосфазид	внутри 200 мг 3 р/сут, на весь срок беременности
-----------------	--

Для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку во время родов в РФ разработаны несколько схем химио-профилактики.

Зидовудин	<i>в/в 2 мг/кг/ч в течение 1 ч, затем 1 мг/кг/ч, непрерывно до родоразрешения</i>
------------------	---

Невирапин	<i>внутри 200 мг, однократно при начале родовой деятельности (прием зидовудина, если пациентка получала его во время беременности, не прекращается до завершения родов)</i>
------------------	---

Первая схема рекомендуется преимущественно пациенткам, не получавшим зидовудин в период беременности, а также пациенткам, ранее принимавшим невирапин.

Кроме того, предложены так называемые **резервные** схемы, которые рекомендуются при невозможности по каким-либо причинам применить одну из основных схем.

Зидовудин	<i>внутри 300 мг каждые 3 ч, от начала родовой деятельности до родоразрешения</i>
------------------	---

Фосфазид	<i>внутри 600 мг однократно при начале родовой деятельности, затем 400 мг каждые 4 ч (если в период беременности больная получала зидовудин, его следует отменить)</i>
-----------------	--

Вульвовагинит у девочек атопический

Лечение атопического вульвовагинита комплексное и включает следующие компоненты:

- местную терапию:
 - туалет наружных половых органов;
 - инстилляцию влагалища растворами антисептиков;
 - аппликации лекарственных веществ с анестезирующим, вяжущим, десенсибилизирующим и (или) другим действием на наружные половые органы;
- антибактериальную терапию (с учетом данных чувствительности);

- назначение антигистаминных ЛС;
- энзимотерапию.

Терапия антигистаминными средствами

Основу лечения атопического вульвовагинита составляют антигистаминные ЛС.

<i>Лоратадин</i>	<i>внутри 5 мг или 5 мл сиропа 1 р/сут (детям в возрасте 2–12 лет); 10 мг 1 р/сут (детям старше 12 лет), 8–10 сут</i>
<i>Фексофенадин</i>	<i>внутри 30 мг 2 р/сут (детям 6–11 лет); 120 мг 1 р/сут (детям старше 12 лет), 8–10 сут</i>
<i>Хифенадин</i>	<i>внутри 5 мг 2 р/сут (детям до 3 лет); 10–15 мг 3 р/сут (детям 3–7 лет); 15–25 мг 3 р/сут (детям старше 7 лет), 5–7 сут</i>
<i>Хлоропирамин</i>	<i>внутри 6,25 мг 3 р/сут (детям до 12 мес); 8,33 мг 3 р/сут (детям 1–6 лет); 12,5 мг 3 р/сут (детям 7–14 лет), 6–10 сут</i>

Терапия глюкокортикоидными средствами

Для усиления противоаллергического эффекта и оказания противовоспалительного действия используют ГКС.

<i>Бетаметазон, мазь</i>	<i>обрабатывать вульву 1 р/сут, 5–7 сут</i>
<i>Гидрокортизон, мазь</i>	<i>обрабатывать вульву 1 р/сут, 5–7 сут</i>
<i>Триамцинолон, мазь</i>	<i>обрабатывать вульву 1 р/сут, 5–7 сут</i>

Терапия антисептиками и антибактериальными средствами

Одновременно назначают антисептические ЛС для местного применения.

Алюминия ацетат	обрабатывать вульву и влагалище 1 р/сут, 5–7 сут
Дуба кора, отвар	обрабатывать вульву и влагалище 1 р/сут, 5–7 сут
Этакридин, 0,1 % водный р-р	обрабатывать вульву и влагалище 1 р/сут, 5–7 сут

Антибактериальная терапия целесообразна при атопическом вульвовагините, осложненном пиодермией (обязательно определение чувствительности выявленной микрофлоры к противомикробным ЛС).

Амоксициллин	внутри 20–40 мг/кг 2 р/сут, 5–7 сут
Ампициллин	внутри 12,5–25 мг/кг 4 р/сут (детям с массой тела менее 20 кг); 200 мг 4 р/сут (детям с массой тела более 20 кг), 5–7 сут
Доксициклин	внутри 4 мг/кг 1 р/сут, в 1-е сут, затем 2 мг/кг 1 р/сут, 5–7 сут (детям старше 8 лет и с массой тела более 50 кг)
Линкомицин	внутри 30–60 мг/кг/сут в 2–3 приема (детям младше 14 лет); 0,5 г 3 р/сут (детям старше 14 лет), 5–7 сут
Мидекамицин	внутри 20–40 мг/кг/сут в 3 приема (детям с массой тела менее 30 кг); 1,2 г/сут в 3 приема (детям с массой тела более 30 кг), 5–7 сут
Оксациллин	внутри 12,5–25 мг/кг 4 р/сут (детям до 6 лет); 0,25–0,5 г 4 р/сут (детям старше 6 лет), 5–7 сут
Хлорамфеникол	внутри 60 мг/кг/сут в 3–4 приема (детям до 8 лет); 200–300 мг 3–4 р/сут (детям старше 8 лет), 5–7 сут

Энзимотерапия

В комплексном лечении атопического вульвовагинита используют также пищеварительные ферменты.

Панкреатин	внутри 1 табл. 3 р/сут, 20–30 сут
Панкреатин/желчи компоненты/ гемицеллюлоза	внутри 1 драже 3 р/сут, 20–30 сут

Вульвовагинит у девочек кандидозный

Лечение вульвовагинитов комплексное и включает следующие компоненты:

- местную терапию;
- применение **противогрибковых ЛС**;
- применение ЛС, нормализующих микрофлору.

Противогрибковая терапия

Лечение кандидозного вульвовагинита заключается в назначении противогрибковых ЛС.

Кетоконазол	во влагалище 400 мг (1 свеча — после 12 лет, 1/2 свечи — до 12 лет) 1 р/сут, 3–5 сут
Натамицин	внутри 100 мг 4 р/сут, 5–7 сут или во влагалище 100 мг (1 свеча — после 12 лет, 1/2 свечи — до 12 лет) 1 р/сут, 6 сут
Нистатин	во влагалище 250000 ЕД (1 свеча) 1 р/сут, 7 сут
Флуконазол	внутри 3 мг/кг 1 р/сут, 5–7 сут

Восстановление нормальной микрофлоры влагалища

После окончания курса противогрибковой терапии показано применение ЛС, **восстанавливающих микрофлору влагалища**.

Бифидобактерии бифидум	внутри 10 доз/сут, 10–15 сут (у девочек допубертатного возраста)
-------------------------------	--

Вульвовагинит у девочек острый бактериальный

Лечение вульвовагинитов комплексное и включает следующие компоненты:

- местную терапию:
 - туалет наружных половых органов;
 - инстилляцию влагалища растворами антисептиков;
 - аппликации лекарственных веществ с анестезирующим, вяжущим, десенсибилизирующим и (или) другим действием на наружные половые органы;
- антибактериальную терапию (с учетом данных чувствительности);
- применение противогрибковых ЛС;
- назначение антигистаминных ЛС;
- применение поливитаминных комплексов;
- назначение иммуномодуляторов;
- применение ЛС, нормализующих микрофлору.

Терапия антисептиками и антибактериальными средствами

Терапию антисептическими ЛС для местного применения обычно сочетают с назначением антибактериальных ЛС внутрь.

Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний, 0,1 % р-р	инстилляцию влагалища 1 р/сут, 7–10 сут + Амоксициллин внутрь 20–40 мг/кг 2 р/сут, 5–7 сут, или Ампициллин внутрь 12,5–25 мг/кг 4 р/сут (детям с массой тела менее 20 кг); 200 мг 4 р/сут (детям с массой тела более 20 кг), 5–7 сут, или Доксизиклин внутрь 4 мг/кг 1 р/сут, в 1-е сут, затем 2 мг/кг 1 р/сут, 5–7 сут (детям старше 8 лет и с массой тела более 50 кг), или Линкомицин внутрь 30–60 мг/кг/сут в 2–3 приема (детям младше 14 лет); 0,5 г 3 р/сут (детям старше 14 лет), 5–7 сут, или Мидекамицин внутрь 20–40 мг/кг/сут в 3 приема (детям с массой тела
--	--

менее 30 кг); 1,2 г/сут в 3 приема (детям с массой тела более 30 кг), 5–7 сут, или **Оксациллин** внутрь 12,5–25 мг/кг 4 р/сут (детям до 6 лет); 0,25–0,5 г 4 р/сут (детям старше 6 лет), 5–7 сут, или **Хлорамфеникол** внутрь 60 мг/кг/сут в 3–4 приема (детям до 8 лет); 200–300 мг 3–4 р/сут (детям старше 8 лет), 5–7 сут

Хлоргексидин во влагалище 1 свеча 1–2 р/сут, 7–10 сут + **Амоксициллин** внутрь 20–40 мг/кг 2 р/сут, 5–7 сут, или **Ампициллин** внутрь 12,5–25 мг/кг 4 р/сут (детям с массой тела менее 20 кг); 200 мг 4 р/сут (детям с массой тела более 20 кг), 5–7 сут, или **Доксициклин** внутрь 4 мг/кг 1 р/сут, в 1-е сут, затем 2 мг/кг 1 р/сут, 5–7 сут (детям старше 8 лет и с массой тела более 50 кг), или **Линкомицин** внутрь 30–60 мг/кг/сут в 2–3 приема (детям младше 14 лет); 0,5 г 3 р/сут (детям старше 14 лет), 5–7 сут, или **Мидекамицин** внутрь 20–40 мг/кг/сут в 3 приема (детям с массой тела менее 30 кг); 1,2 г/сут в 3 приема (детям с массой тела более 30 кг), 5–7 сут, или **Оксациллин** внутрь 12,5–25 мг/кг 4 р/сут (детям до 6 лет); 0,25–0,5 г 4 р/сут (детям старше 6 лет), 5–7 сут, или **Хлорамфеникол** внутрь 60 мг/кг/сут в 3–4 приема (детям до 8 лет); 200–300 мг 3–4 р/сут (детям старше 8 лет), 5–7 сут

Хлоргексидин/лидокаин инстилляции влагалища 1 р/сут, 5–7 сут + **Амоксициллин** внутрь 20–40 мг/кг 1 р/сут, 5–7 сут, или **Ампициллин** внутрь 12,5–25 мг/кг 4 р/сут (детям с массой тела менее 20 кг); 200 мг 4 р/сут (детям с массой тела более 20 кг), 5–7 сут, или **Доксициклин** внутрь 4 мг/кг 1 р/сут, в 1-е сут, затем 2 мг/кг 1 р/сут, 5–7 сут (детям старше 8 лет и с массой тела более 50 кг), или **Линкомицин** внутрь 30–60 мг/кг/сут в 2–3 приема (детям младше 14 лет); 0,5 г 1 р/сут (детям старше 14 лет), 5–7 сут, или **Мидекамицин** внутрь 20–40 мг/кг/сут в 3 приема (детям с массой тела менее 30 кг); 1,2 г/сут в 3 приема (детям с массой тела более 30 кг), 5–7 сут, или **Оксациллин** внутрь 12,5–25 мг/кг 4 р/сут (детям до 6 лет); 0,25–0,5 г 4 р/сут (детям старше 6 лет), 5–7 сут, или **Хлорамфеникол** внутрь 60 мг/кг/сут в 3–4 приема (детям до 8 лет); 200–300 мг 3–4 р/сут (детям старше 8 лет), 5–7 сут

Противогрибковая терапия

Для профилактики развития грибковой инфекции одновременно с антибактериальными ЛС применяют **противогрибковые ЛС**.

Натамицин	внутри 100 мг 4 р/сут, 5–7 сут
Флуконазол	внутри 3 мг/кг 1 р/сут, 5–7 сут

Терапия антигистаминными средствами

С целью снижения риска развития аллергических реакций на противомикробные ЛС, а также более быстрого устранения клинических проявлений заболевания (зуда, отечности и т. д.) используют антигистаминные ЛС.

Клемастин	внутри 0,5 мг 2 р/сут, 8–10 сут (детям старше 6 лет)
Лоратадин	внутри 5 мг или 5 мл сиропа 1 р/сут (детям в возрасте 2–12 лет); 10 мг 1 р/сут (детям старше 12 лет), 8–10 сут
Фексофенадин	внутри 30 мг 2 р/сут (детям 6–11 лет); 120 мг 1 р/сут (детям старше 12 лет), 8–10 сут
Хлоропирамин	внутри 6,25 мг 3 р/сут (детям до 12 мес); 8,33 мг 3 р/сут (детям 1–6 лет); 12,5 мг 3 р/сут (детям 7–14 лет), 6–10 сут

Иммуномодулирующая терапия, витаминотерапия

Показания к иммуномодулирующей терапии:

- наличие множественных очагов хронического воспаления;
- частые обострения хронических очагов воспаления;
- вялое или латентное течение хронических воспалительных заболеваний;
- частые острые респираторные вирусные инфекции (более 3–4 раз в год);
- субфебрилитет;
- отсутствие клинического эффекта от проведения адекватной стандартной терапии.

Как правило, с целью иммунокоррекции у детей применяют ЛС интерферонов.

Интерферон альфа-2b	во влагалище 150000 МЕ (1 свеча) 2 р/сут, 5 сут, 2–3 курса с интервалом 5 сут
----------------------------	---

Возможно также использование **растительных ЛС** с адаптогенным, иммуномодулирующим, общетонизирующим действиями и **витаминов**.

Поливитамины	внутри 1 табл./капсула 1 р/сут, 30 сут + Женьшень, экстракт , внутри 15–20 капель 1 р/сут, 20–30 сут, или Лимонника плоды, настойка , внутри 15–20 капель 1 р/сут, 20–30 сут, или Элеутерококка корневища и корни, экстракт , внутри 15–20 капель 1 р/сут, 15–20 сут
---------------------	---

Восстановление нормальной микрофлоры влагалища

После окончания курса антибактериальной терапии показано применение **ЛС, восстанавливающих микрофлору влагалища**.

Бифидобактерии бифидум	внутри 10 доз/сут, 10–15 сут (у девочек допубертатного возраста)
-------------------------------	--

Лактобактерии ацидофильные	во влагалище 1 свеча на ночь, 10–12 сут (у девочек пубертатного возраста)
-----------------------------------	---

Вульвовагинит у девочек при глистной инвазии

Фармакотерапию осуществляют в рамках лечения основного заболевания:

Левамизол	внутри 2,5 мг/кг однократно
Мебендазол	внутри 25–50 мг (детям 2–10 лет); 100 мг (детям старше 10 лет) однократно
Пирантел	внутри 250 мг (детям 2–6 лет); 500 мг (детям 6–12 лет); 750 мг (детям старше 12 лет) однократно

Второй этап исследования заключается в том, что на основании полученных данных составляется отчет о результатах работы.

Второй этап исследования заключается в том, что на основании полученных данных составляется отчет о результатах работы.

Второй этап исследования заключается в том, что на основании полученных данных составляется отчет о результатах работы.

Второй этап исследования заключается в том, что на основании полученных данных составляется отчет о результатах работы.

Второй этап исследования заключается в том, что на основании полученных данных составляется отчет о результатах работы.

Второй этап исследования заключается в том, что на основании полученных данных составляется отчет о результатах работы.

Второй этап исследования заключается в том, что на основании полученных данных составляется отчет о результатах работы.

Второй этап исследования заключается в том, что на основании полученных данных составляется отчет о результатах работы.

Второй этап исследования заключается в том, что на основании полученных данных составляется отчет о результатах работы.

Второй этап исследования заключается в том, что на основании полученных данных составляется отчет о результатах работы.

Второй этап исследования заключается в том, что на основании полученных данных составляется отчет о результатах работы.

Акusher-Lib.ru

Г

Герпетическая инфекция (генитальная форма) у беременных

Тактика лечения зависит от срока беременности и клинической формы генитального герпеса (ГГ).

Прерывание беременности и оперативное родоразрешение

В I триместре беременности при выявлении и подтверждении диагноза **первого эпизода первичного ГГ** ставят вопрос о прерывании беременности по медицинским показаниям.

Кесарево сечение для профилактики неонатального герпеса рекомендуют только при наличии первого эпизода первичной инфекции в течение последних 3–4 недель беременности или при герпетических высыпаниях на половых органах за 2–5 дней до родоразрешения.

Противовирусная терапия

Безопасность проведения специфической противовирусной терапии у беременных не доказана.

При возникновении рецидива ГТ в I триместре беременности назначают:

Ацикловир, 5% крем	нанести на пораженную поверхность 4–5 р/сут, 5–10 сут
--------------------	---

При возникновении первого эпизода и рецидива ГТ во II и III триместрах беременности противовирусную терапию проводят по следующей схеме:

Ацикловир	внутри 200 мг 4 р/сут, 5 сут (при ГТ на сроке беременности до 36 нед) или до родов (при ГТ на сроке беременности более 36 нед)
Валацикловир	внутри 500 мг 2 р/сут, 5 сут (при ГТ на сроке беременности менее 36 нед) или до родов (при ГТ на сроке беременности более 36 нед)

Противовирусные ЛС проходят через плаценту, поэтому их следует применять с осторожностью.

Прием противовирусных средств сочетают с местной терапией.

Ацикловир, 5% крем	нанести на пораженную поверхность 4–5 р/сут, 5–10 сут
--------------------	---

Иммунотерапия

При ГТ у беременных рекомендуют также применение иммуномодуляторов и системных энзимов.

Иммуноглобулин человека нормальный	в/в капельно 0,25–0,5 г/кг 1 р/2 сут, всего 3 введения + Панкреатин/папаин/бромелаин/трипсин/химотрипсин/амилаза/липаза/рутозид внутри 3 драже 3 р/сут, 1–1,5 мес
Интерферон альфа-2b	в прямую кишку 500000 МЕ (1 свеча) 1 р/сут, 10 сут + Панкреатин/папаин/бромелаин/трипсин/химотрипсин/амилаза/липаза/рутозид внутри 3 драже 3 р/сут, 1–1,5 мес

Герпетическая инфекция (генитальная форма) у небеременных

Основные задачи противогерпетической терапии:

- уменьшение выраженности клинических проявлений;
- предупреждение развития рецидивов;
- профилактика передачи инфекции половому партнеру или новорожденному.

Выделяют **три основные схемы** лечения генитального герпеса (ГГ):

- применение противовирусных ЛС;
- иммунотерапию;
- комбинацию противовирусных ЛС с иммуномодуляторами.

При выборе схем лечения ориентируются:

- на частоту рецидивов и тяжесть клинического течения ГГ;
- состояние иммунной системы;
- психосоциальные последствия инфекции;
- наличие факторов риска передачи инфекции половому партнеру или новорожденному.

Терапия противовирусными средствами

В настоящее время существуют две схемы применения противовирусных ЛС:

- эпизодическая терапия;
- превентивная супрессивная терапия.

Эпизодическая терапия подразумевает прием ЛС во время обострения инфекции и показана пациенткам

с редкими, клинически невыраженными обострениями при наличии четкого продромального периода, во время которого необходимо начать прием ЛС.

Ацикловир	внутри 200 мг 5 р/сут, 5 сут
------------------	------------------------------

Валацикловир	внутри 500 мг 2 р/сут, 5 сут
---------------------	------------------------------

Фамцикловир	внутри 250 мг 2 р/сут, 5 сут
--------------------	------------------------------

Превентивная супрессивная терапия показана в следующих ситуациях:

- пациенткам с тяжелыми и частыми рецидивами (более 6 обострений в год, менструальный герпес);
- в парах, в которых один из партнеров не инфицирован ГГ и у него отсутствуют антитела в крови, с целью профилактики передачи инфекции;
- при наличии выраженных психосоциальных и психо-сексуальных реакций на рецидивы;
- при значительном влиянии инфекции на качество жизни пациента.

ЛС применяют ежедневно в непрерывном режиме в течение длительного времени (от 4–6 месяцев до 1–2 лет и более).

Ацикловир	внутри 200 мг 4 р/сут или 400 мг 2 р/сут, длительно
------------------	---

Валацикловир	внутри 500 мг 1 р/сут, длительно
---------------------	----------------------------------

Для санации влагалища при подозрении на смешанную инфекцию целесообразно применение:

Повидон-йод	во влагалище 200 мг (1 свеча) 2 р/сут, 7 дней или 1 раз перед сном, 14 дней
--------------------	--

Иммунная терапия

На стадии клинико-иммунологической ремиссии пациенткам с ГГ показана стимуляция неспецифической резистентности организма иммуномодуляторами (перед

началом лечения необходимо оценить интерфероновый статус и определить чувствительность клеток пациента к различным интерферогенам).

Аргинил-альфа-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинин	в/м 1 мл 1 р/2 сут, 5 инъекций
Инозин пранобекс	Во время обострения взрослым 50 мг/сут (6–8 таб.), разделенных на 3–4 приема 5–10 дней до исчезновения симптомов заболевания и в течение еще 2 дней уже при отсутствии симптомов. В бессимптомный период — по 1 таблетке 2 р/сут, 30 дней для уменьшения числа рецидивов
Интерферон альфа-2b	в прямую кишку 1 млн МЕ (1 свеча) 1 р/сут, 10 сут
Меглумина акридон-ацетат	в/м 0,25 г 1 р/2 сут, 10 инъекций
Натрия рибонуклеат	в/м 2 мл 1 р/2 сут, 5 инъекций
Синтетический мурамилдипептид	внутри 1 табл. 2 р/сут, 10 сут
Или синтетический гексапептид	в/м 1 мл 1 р/сут через сутки, 5 инъекций
Или Двуспиральная РНК лизата дрожжей <i>saccharomyces</i>	в/м 2 мл 1 р/сут через сутки, 5 инъекций

В фазе ремиссии возможно также применение герпетической вакцины (при тяжелых формах ГГ).

Вакцина для профилактики герпетических инфекций	в/к 0,25 мл 1 р/3 сут, 5 инъекций, затем перерыв 2 нед, затем 0,25 мл 1 р/7 сут, 5 инъекций
---	---

Цели вакцинации:

- профилактика инфицирования;
- предупреждение рецидивов ГГ;
- уменьшение выраженности клинических проявлений ГГ.

Через 6 месяцев по такой же схеме проводят ревакцинацию.

Комбинированная терапия

При планировании беременности у пациенток с тяжелым течением ГГ, при невынашивании беременности и выявлении в крови аутоиммунных маркеров (волчаночный антикоагулянт, антитела к хорионическому гонадотропину) показана **комбинированная терапия** с применением иммуноглобулинов (противовирусные ЛС + иммуноглобулин).

Специфический противогерпетический иммуноглобулин	в/м 3 мл 1 р/3–5 сут, 6 инъекций
---	-------------------------------------

В фазе ремиссии возможно применение **герпетической вакцины** (при тяжелых формах ГГ).

Гиперплазия эндометрия

Предлагаемые в настоящее время подходы к терапии гиперплазии эндометрия (ГЭ) включают:

- **фармакотерапию**, направленную на нормализацию состояния эндометрия и регуляцию ритма менструаций;
- **хирургическое лечение** (абляция эндометрия и гистерэктомия).

Метод лечения определяют после получения результатов гистологического исследования соскобов эндометрия и эндоцервикса. Метод лечения определяется:

- формой ГЭ;
- возрастом пациентки;
- клинико-патогенетическим вариантом ГЭ:
 - наличием или отсутствием метаболических нарушений;
 - характером течения заболевания (числом рецидивов);

— наличием пролиферативного процесса в миометрии (миомы и аденомиоза);

- сопутствующей экстрагенитальной патологией.

Показания к оперативному лечению:

- неэффективность консервативной терапии при предраковых состояниях эндометрия;
- рецидивирование предраковых процессов эндометрия;
- противопоказания к гормональной терапии;
- аденоматозная или атипическая ГЭ в пери- и постменопаузе.

Альтернативой гистерэктомии является абляция эндометрия, цель которой — разрушение функционального и базального слоев эндометрия.

Основное место в лечении ГЭ принадлежит **гормональной терапии**, оказывающей как местное воздействие на эндометрий, направленное на подавление пролиферации клеток слизистой оболочки матки, так и центральное действие, состоящее в ингибировании секреции гонадотропинов в гипофизе, приводящее к торможению стероидогенеза в яичниках.

При лечении ГЭ применяют ЛС следующих групп:

- гестагены;
- монофазные КПК;
- ЛС с антигонадотропным действием;
- агонисты ГнРГ.

Гиперплазия аденоматозная или атипическая

Проводят гестагенотерапию, применяют ЛС с антигонадотропным действием или агонисты ГнРГ.

Бусерелин, спрей

интраназально 150 мг в каждую ноздрю 3 р/сут со 2-го дня м. ц., 6 мес

Гестринон	внутри 2,5 мг 2 р/ нед со 2–4-го дня м. ц. непрерывно, 6 мес
Гидроксипрогестерон	в/м 250–500 мг 2 р/ нед, 6 мес
Гозерелин	п/к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 р/28 сут, 6 мес
Даназол	внутри 400–600 мг 1 р/сут со 2–4-го дня м. ц. непрерывно, 6 мес
Левоноргестрел внутриматочная система	ввести в полость матки на 4–6-й день м. ц. однократно
Лейпрорелин	в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, 6 мес
Медроксипрогестерон	в/м 150–500 мг 1 р/ нед, 6 мес
Трипторелин	в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, 6 мес

При положительном результате лечения после окончания основного курса терапии последующая тактика должна быть направлена на нормализацию ритма менструаций и профилактику рецидивов заболевания. С этой целью могут быть длительно (возможно в течение нескольких лет) использованы КПК или гестагены во вторую фазу м. ц. под контролем состояния эндо- и миометрия.

Необходимы динамическое трансвагинальное УЗИ и ежегодный вакуум-кюретаж эндометрия.

В отсутствие или при неполном морфологическом эффекте от терапии рекомендовано продолжение курса лечения еще на 6 месяцев с последующей гистероскопией и диагностическим выскабливанием.

Гиперплазия эндометрия в сочетании с миомой матки и (или) аденомиозом

У таких больных показано применение агонистов ГнРГ.

Бусерелин, спрей	интраназально 150 мг в каждую ноздрю 3 р/сут со 2-го дня м. ц., 6 мес
-----------------------------	--

Гозерелин	п/к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 р/28 сут, 6 мес
Лейпрорелин	в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, 6 мес
Трипторелин	в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, 6 мес

Гиперплазия эндометрия простая

Для лечения простой гиперплазии эндометрия применяют гестагены или КПК (у женщин репродуктивного возраста).

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р/сут, с 14-го по 28-й день м. ц., 6 мес
Норэтистерон	внутри 5 мг 1 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 6 мес
Прогестерон (в микрогранулах)	внутри 300–400 мг 1 р/сут, с 14-го по 28-й день м. ц., 6 мес
Этинилэстрадиол/ гестоден	внутри 30 мкг/75 мкг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 6 мес
Этинилэстрадиол/ дезогестрел	внутри 30 мкг/150 мкг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 6 мес
Этинилэстрадиол/ диеногест	внутри 30 мкг/2 мг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 6 мес
Этинилэстрадиол/ ципротерон	внутри 35 мкг/2 мг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 6 мес

Гиперплазия эндометрия простая рецидивирующая

Основу лечения составляет терапия гестагенами.

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 6 мес
Норэтистерон	внутри 5 мг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 6 мес
Прогестерон	внутри 300–400 мг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 6 мес

Гиперпролактинемия

Показания к лечению патологической гиперпролактинемии (ГП):

- бесплодие;
- выраженная гипофункция яичников;
- пролактинсекретирующая аденома гипофиза с клиническими проявлениями.

В настоящее время существуют три основных метода терапии ГП:

- фармакотерапия;
- хирургическое лечение;
- лучевая терапия.

Хирургическое лечение

Показания к хирургическому лечению:

- микро- и макроаденомы, нечувствительные к терапии агонистами дофаминовых рецепторов (бромкриптин более 20 мг/сут, карберголином более 3,5 мг, хинаголидом более 0,6 мг);
- непереносимость агонистов дофаминовых рецепторов;
- опухоли, прорастающие сфеноидальный синус или сопровождающиеся ликвореей;
- макроаденомы со значительным распространением за пределы турецкого седла и признаками сдавления перекреста зрительных нервов.

Лучевая терапия

Показания к лучевой терапии:

- неэффективность и непереносимость фармакотерапии;
- в качестве дополнительного воздействия у пациенток, в том случае если после операции у них осталась опухолевая ткань в большом объеме;

- противопоказания к оперативному лечению или отказ от него.

Терапия агонистами дофаминовых рецепторов

Фармакотерапия занимает основное место в лечении патологической ГП. Схемы лечения подбирают индивидуально (после начала терапии ежемесячно определяют уровень пролактина в сыворотке крови, дозы ЛС повышают до нормализации уровня пролактина). Терапию продолжают в среднем 6 месяцев после стойкого снижения уровня пролактина. Считается, что этот срок достаточен для восстановления менструальной и генеративной функции.

Бромокриптин — наиболее распространенный агонист дофаминовых рецепторов — до настоящего времени остается «золотым стандартом» в лечении ГП, эффективно снижающим уровень пролактина, уменьшающим размеры пролактином, восстанавливающим репродуктивную функцию. **Хинаголид** является высокоэффективным ЛС, характеризующимся хорошей переносимостью и длительным действием.

ЛС выбора:

Бромокриптин — внутрь 0,625–1,25 мг перед сном вместе с приемом пищи с последующим повышением дозы на 0,625–1,25 мг каждые 3–4 сут до 2,5–5 мг/сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 0,625–1,25 мг до 12,5 мг/сут), длительно

Хинаголид — внутрь 25 мкг 1 р/сут, 3 сут, затем 50 мкг 1 р/сут, 3 сут, длительно, затем 75 мкг 1 р/сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 75 мкг/сут до 600 мкг/сут)

Каберголин относится к наиболее эффективным ингибиторам секреции пролактина; его назначают при неэффективности терапии бромокриптином и хинаголидом или при опухоловой ГП.

Альтернативные ЛС (при ГП неопухолевой природы):

Каберголин	внутри 0,125 мг 2 р/ нед (при необходимости доза через 1 мес увеличивается до 0,5 мг/ нед, далее ежемесячно на 0,5 мг/ нед до 2 мг/ нед), длительно
-------------------	---

В случаях легкой и у некоторых больных со средне-тяжелой патологией возможно применение растительных препаратов.

Прутьяка обыкновенного плодов экстракт¹	внутри 3,2–4,8 мг (по 40 капель или по 1 табл.; таблетку не следует разжевывать) 1 р/сут утром, 3 мес
---	---

При ГП опухолевой природы:

Каберголин	внутри 0,25 мг 2 р/ нед (при необходимости доза ежемесячно увеличивается на 0,5 мг/ нед до 4 мг/ нед), длительно
-------------------	--

Гипогалактия и агалактия

Важную роль играет профилактика нарушений лактации.

В 1990 г. участниками совещания ВОЗ были выработаны 10 принципов успешного грудного вскармливания:

- обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления матерями грудного вскармливания;
- информировать всех беременных о преимуществах и методах грудного вскармливания;
- помогать матерям осуществлять грудное вскармливание в первые часы после родов;
- показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они отделены от своих детей;

¹ Циклодивон® (Бионорика, Германия) – раствор для приема внутрь, табл. по 30 кап./1 табл. 2 р/сут.

- не давать новорожденным иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением строгих медицинских показаний;
- практиковать совместное пребывание матери и новорожденного;
- поощрять грудное вскармливание по требованию;
- не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств;
- поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания.

Раннее прогнозирование гипогалактии и выделение групп риска ее развития имеет существенное значение в организации мероприятий по профилактике и коррекции.

Для нормального становления лактации в послеродовом периоде необходимы:

- раннее прикладывание к груди (в первые 2 ч после родов);
- совместное пребывание матери и ребенка, что позволяет установить психоэмоциональный контакт, а также кормление по требованию;
- психотерапия (формирование доминанты на лактацию, разъяснение преимуществ грудного вскармливания);
- обучение технологии правильного кормления и сцеживания;
- профилактика трещин и ссадин сосков;
- соблюдение режима дня и питания кормящей матери (полноценный отдых 8 ч в день, энергетическая ценность рациона должна составлять не менее 3500 ккал, в рацион необходимо включить молочные продукты, мясо, фрукты, овощи; объем жидкости должен составлять не менее 1,5 л; следует избегать острых приправ и пряностей). Пищу рекомендуется принимать 5–6 раз в день, желательно за 30 мин до кормления.

С целью стимуляции лактации широко используют комплексные гомеопатические препараты «Млекоин» и «Агнус-плюс», включающие крапиву, ветреницу, баранью траву. Широко применяют также фитотерапию:

смесь хмеля, крапивы, укропа, тмина, фенхеля, аниса. Смеси можно готовить самим или пользоваться готовыми фиточаями «Лактовит», «Лактогон». Иногда принимают никотиновую кислоту за 15 мин до кормления.

При недостаточной эффективности гомеопатических или растительных ЛС:

Гормональное ЛС, получаемое из передней доли гипофиза крупного и мелкого рогатого скота (стимулятор лактации)	в/м 100 ЕД 1–2 р/сут, 6 сут + Маточное молочко сублингвально 10 мг 3 р/сут, 10–15 сут + Метоклопрамид в/м 2 мл 2–3 р/сут, 6 сут + Окситоцин в/м 1 мл (5 ЕД) 2 р/сут, 6 сут + 3,5,7,3'4'-Пентаоксифлавоны внутрь 1 табл. 3 р/сут за 30 мин до кормления, 6 сут + Тиреоидин внутрь 0,025 г 3 р/сут, 7 сут
---	---

Пациенткам с пониженным содержанием белка в сыворотке крови рекомендуются с целью коррекции гипогалактии белково-витаминные пищевые добавки «Мама Плюс», «Млечный путь», «Фемилак», «Энфи Мама».

Гипотиреоз у беременных

Основной принцип лечения гипотиреоза — проведение заместительной терапии тиреоидными гормонами.

Врачебная тактика при беременности на фоне гипотиреоза основывается на положении, что беременные с этим заболеванием относятся к группе высокого риска развития перинатальной патологии.

Проведение адекватной заместительной терапии тиреоидными гормонами под контролем уровня ТТГ и Т4 в крови — залог успешного исхода беременности.

Заместительную терапию левотироксином у беременных проводят из расчета 2,3 мкг/кг массы тела, причем при впервые выявленном во время беременности гипотиреозе необходимо сразу назначать полную заместительную дозу.

Левотироксин натрия	внутри 150–200 мкг 1 р/сут утром натощак, за 30 мин до завтрака, до окончания беременности, затем коррекция дозы
---------------------	--

Гонорея у беременных неосложненная

Лечение беременных осуществляется в условиях стационара сразу после установления диагноза вне зависимости от срока гестации.

Применяют противомикробные ЛС, не оказывающие отрицательного влияния на плод.

ЛС выбора:

Спектиномицин	в/м 2 г однократно
---------------	--------------------

Цефотаксим	в/м 1,5 г однократно
------------	----------------------

Цефтриаксон	в/м 0,25 г однократно
-------------	-----------------------

Альтернативные ЛС:

Эритромицин	внутри 0,5 г 6 р/сут, 2 сут, затем 0,5 г 5 р/сут, 2 сут
-------------	---

Эффективность этих схем составляет не менее 95 %.

Как способ **первичной профилактики** при незащищенном половом акте:

Хлоргексидин	во влагалище 16 мг (1 свеча) однократно, не позднее 2 ч после незащищенного полового акта (независимо от фазы менструального цикла)
--------------	---

Гонорея у беременных осложненная

Антибактериальная терапия

Антибактериальная терапия проводится длительными курсами.

Цефоперазон	в/в или в/м 1 г 2 р/сут, до разрешения клинической симптоматики
--------------------	---

Цефотаксим	в/в 1 г 3 р/сут, до разрешения клинической симптоматики и в течение последующих 1–2 сут
-------------------	---

При сопутствующей хламидийной инфекции ЛС выбора или альтернативные ЛС применяют в сочетании с макролидами или амоксициллином.

Азитромицин	внутри 1 г однократно
--------------------	-----------------------

Амоксициллин	внутри 0,5 г 3 р/сут, 7–10 сут
---------------------	--------------------------------

Амоксициллин/клавулановая кислота	внутри 0,375 г 3 р/сут, 7 сут
--	-------------------------------

Спирамицин	внутри 3000000 ЕД 3 р/сут, 7–10 сут
-------------------	-------------------------------------

Иммунотерапия

При необходимости проводят следующую терапию:

- профилактику и лечение осложнений беременности;
- коррекцию нарушений иммунного и интерферонового статуса.

ЛС выбора:

Имуноглобулин человека нормальный	в/в капельно 0,25 г/кг 1 р/2 сут, всего 3 введения (при рецидиве заболевания — повторный курс)
--	--

Альтернативные ЛС:

Женьшень, экстракт	внутри 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес
---------------------------	--------------------------------------

Интерферон альфа-2b	в прямую кишку 500000 МЕ (1 свеча) 2 р/сут, 5 сут
----------------------------	---

Лимонника плоды, настойка	внутри 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес
----------------------------------	--------------------------------------

Панкреатин/папаин/бромелаин/трипсин/химотрипсин/амилаза/липаза/рутозид	внутри 3–5 драже 3 р/сут, 1 мес
---	---------------------------------

Элеутерококка корневища и корни, экстракт	внутри 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес
--	--------------------------------------

Депрессивные расстройства у беременных и кормящих

После того как диагноз депрессивного расстройства поставлен, основной задачей лечебного процесса становится сокращение времени проявления соматических и психопатологических симптомов. В первую очередь должны применяться высокоэффективные средства, характеризующиеся низкой вероятностью развития побочных эффектов.

Психотропные средства беременным назначают при крайней необходимости по строгим показаниям:

- выраженные аффективные проявления с тревогой, ажитацией, расстройствами сна и аппетита, усугубляющих соматическое состояние беременных и родильниц;
- суицидальные тенденции и мысли.

При фармакотерапии необходимо оценить **три группы факторов риска применения определенных антидепрессантов**:

- тератогенные воздействия;
- перинатальные синдромы (токсические состояния сразу после родов);
- послеродовые психозы.

Большое значение для успешной терапии имеет раннее выявление депрессий, манифестирующих в период беременности.

Благодаря этому удастся провести щадящую психофармакотерапию — купирование депрессивных расстройств на еще неразвернутой стадии с применением антидепрессивных ЛС в невысоких дозах непродолжительными курсами. Наиболее обоснован прием в этот период следующих антидепрессантов:

Имипрамин — противопоказан в первом триместре беременности!!!	внутри после еды, начиная с 75–100 мг/сут, постепенно повышая дозу на 25 мг/сут до получения антидепрессивного эффекта, среднетерапевтическая доза 200–250 мг/сут, максимальная доза 300 мг/сут, длительность лечения в среднем 4–6 нед, затем дозу постепенно понижают на 25 мг через каждые 2–3 сут, поддерживающая доза 25 мг 1–4 р/сут (слишком раннее прекращение лечения может привести к возобновлению депрессии, отменять ЛС следует постепенно)
---	--

Миансерин — применяют с осторожностью, оценив риск для ребенка и пользу для матери	внутри — начиная с 30–40 мг/сут, при недостаточном клиническом эффекте дозу постепенно увеличивают до 90–150 мг/сут в 2–3 приема или однократно на ночь, после стабилизации состояния дозу постепенно снижают до минимальной поддерживающей
---	---

Моклобемид	внутри после еды, начиная с 300 мг/сут, среднетерапевтическая доза 300–600 мг/сут в 2–3 приема, максимальная доза 600 мг/сут
-------------------	--

Эти действия могут быть оценены и как меры профилактики послеродовых депрессий.

В послеродовом периоде при выборе антидепрессантов необходимо учитывать риск развития токсических эффектов у грудных детей, вскармливаемых матерью, которая принимает психотропные средства. Допустимо применение тех же ЛС, что и у беременных.

Депрессивные расстройства у небеременных

Основные задачи лечения:

- уменьшить (полностью исключить) все признаки и симптомы депрессивного расстройства;
- восстановить психосоциальные и коммуникационные возможности пациентки до преморбидного уровня;
- свести к минимуму вероятность ухудшения состояния или рецидива заболевания.

В системе лечебных мероприятий при терапии аффективных (депрессивных) расстройств выделяют три относительно самостоятельных этапа:

- **первый этап** — купирующая терапия (от момента начала лечения аффективной симптоматики до установления клинической ремиссии), направленная на быстрое устранение клинических проявлений заболевания. Основными терапевтическими принципами этого этапа являются гибкий, динамичный подход к терапии с адекватным темпом наращивания дозировок и быстрым переходом к интенсивным методам ведения пациента в отсутствие или недостаточной эффективности терапии;
- **второй этап** — долечивающая или стабилизирующая терапия: продолжение эффективной терапии с момента достижения клинической (терапевтической) ремиссии до предполагаемого спонтанного окончания фазы. Этот этап включает в себя также долечивание остаточной симптоматики, борьбу с аффективной неустойчивостью, прецидивными или ранними рецидивными расстройствами, включая их быстрое выявление и своевременное усиление терапии, дли-

тельность которой зависит от эндогенно запрограммированных характеристик течения заболевания;

- **третий этап** — профилактическая терапия, направленная на предотвращение развития рецидивов заболевания.

Основа фармакотерапии депрессивных расстройств — применение антидепрессантов. К антидепрессантам, применяемым в акушерско-гинекологической практике, предъявляются следующие требования:

- отсутствие выраженных побочных эффектов;
- минимальная выраженность нежелательных нейротропных и соматотропных эффектов;
- ограниченность признаков поведенческой токсичности (степени нарушения психомоторного и когнитивного функционирования под влиянием психотропных ЛС);
- минимальный тератогенный эффект, не препятствующий проведению психофармакотерапии во время беременности;
- низкая вероятность взаимодействия с другими ЛС;
- безопасность при передозировке;
- простота использования.

Если состояние пациентки отвечает критериям депрессии в соответствии с МКБ-10, отсутствуют противопоказания и ограничения, стандартная терапия антидепрессантами может проводиться в амбулаторных условиях. Исключения составляют тяжелые, осложненные формы депрессий с психотическими включениями.

Выбор антидепрессанта прежде всего должен проводиться с учетом спектра его психотропной активности и преобладающей клинической симптоматики (тревожной или адинамической) в структуре депрессии.

При преобладании тревоги и ажитации показано назначение антидепрессантов с седативным эффектом.

Амитриптилин	внутри после еды, начиная с 50–75 мг/сут, постепенно повышая дозу на 25–50 мг/сут до получения желаемого антидепрессивного эффекта, среднетерапевтическая доза 150–250 мг/сут в 3–4 приема в течение дня и перед сном, максимальная доза 300 мг/сут — в условиях стационара, поддерживающая доза 25–75 мг/сут
Кломипрамин	внутри — начиная с 20–50 мг/сут, среднетерапевтическая доза 25–75 мг/сут в 3 приема, максимальная доза 300 мг/сут (эффект наступает на 3–5-е сутки лечения)
Пипофезин	внутри после еды, начиная с 25–50 мг/сут, постепенно повышая дозу на 25–50 мг/сут до получения желаемого антидепрессивного эффекта, среднетерапевтическая доза 150–200 мг/сут в 3–4 приема в течение дня, максимальная доза 300 мг/сут — в условиях стационара, при достижении терапевтического эффекта дозу постепенно снижают, поддерживающая доза 25–75 мг/сут
Пирлиндол	внутри после еды, начиная с 50–75 мг/сут, постепенно повышая дозу на 25–50 мг/сут до получения желаемого антидепрессивного эффекта, среднетерапевтическая доза 150–300 мг/сут в 3–4 приема в течение дня и перед сном, максимальная доза 300 мг/сут — в условиях стационара, поддерживающая доза 25–75 мг/сут
Флувоксамин	внутри после еды, начиная с 50–75 мг/сут, постепенно повышая дозу на 25–50 мг/сут до получения желаемого антидепрессивного эффекта, среднетерапевтическая доза 150–300 мг/сут в 3–4 приема, максимальная доза 400 мг/сут, поддерживающая доза 25–75 мг/сут

При преобладании динамической симптоматики применяют антидепрессанты стимулирующего действия.

Имипрамин	внутри после еды, начиная с 75–100 мг/сут, постепенно повышая дозу на 25 мг/сут до получения антидепрессивного эффекта, среднетерапевтическая доза 200–250 мг/сут, максимальная доза 300 мг/сут, длительность лечения в среднем 4–6 нед, затем дозу постепенно понижают на 25 мг через каждые 2–3 сут, поддерживающая доза 25 мг 1–4 р/сут (слишком раннее прекращение лечения может привести к возобновлению депрессии, отменять ЛС следует постепенно)
Флуоксетин	внутри, начальная доза 20 мг/сут, среднетерапевтическая доза 20–40 мг/сут, максимальная доза 80 мг/сут, поддерживающая доза 20 мг/сут
Растительный антидепрессант¹	Внутри, по 1 драже 3 р/сут 4 недели

¹ Гелариум[®] Гиперикум (Бионорика, Германия) — драже д/приема внутри. По 1 др. 3 р/сут.

По мере редукции адинамической симптоматики возможна актуализация тревоги, требующая дополнительного назначения анксиолитиков.

Алпразолам	внутри — начиная с 0,25–0,5 мг/сут, при необходимости повышения дозы ее следует увеличивать постепенно, вначале в вечерний, а затем в дневной прием, максимальная суточная доза 4 мг/сут в 3 приема, при прекращении терапии дозу следует снижать постепенно, не более чем на 0,5 мг через каждые 3 сут, у некоторых пациентов может потребоваться еще более медленная отмена препарата (режим дозирования устанавливается индивидуально и может изменяться в процессе лечения в зависимости от достигнутого клинического эффекта и переносимости ЛС, рекомендуется использование минимальных эффективных доз)
Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин	внутри 0,25–0,5 мг 2–3 р/сут (в амбулаторных условиях) или 3–5 мг/сут (в стационарных условиях)
Диазепам	внутри 5–10 мг 2–3 р/сут, максимальная доза 60 мг/сут, или 2,5 мг 1–2 р/сут (или 5 мг вечером) (работающим пациентам), или 2,5 мг 3 р/сут (при тревожных состояниях) (режим дозирования устанавливается индивидуально в зависимости от состояния пациента, клинической картины заболевания и чувствительности к ЛС)

При сосуществовании тревоги и заторможенности показано назначение антидепрессантов сбалансированного действия или антидепрессантов в сочетании с транквилизаторами.

Пароксетин	внутри 20 мг 1 р/сут утром, при необходимости и хорошей переносимости дозу можно увеличивать на 10 мг с интервалом 1 нед, максимальная доза 50 мг/сут
Пирлиндол	внутри после еды, начиная с 50–75 мг/сут, постепенно повышая дозу на 25–50 мг/сут до получения желаемого антидепрессивного эффекта, среднетерапевтическая доза 150–300 мг/сут в 3–4 приема в течение дня и перед сном, максимальная доза 400 мг/сут — в условиях стационара, после достижения терапевтического эффекта лечение продолжают индивидуально подобранной дозой 2–4 нед, после чего дозу постепенно уменьшают

Сертралин — внутрь — начиная с 50 мг 1 р/сут, при необходимости дозу повышают с интервалом 1 нед, максимальная доза 200 мг/сут

Циталопрам — внутрь в любое время суток вне зависимости от приема пищи — 20 мг 1 р/сут, максимальная доза 60 мг/сут

Терапию начинают с минимальных доз ЛС, подбирая дозу постепенно (увеличение дозировок при применении классических антидепрессантов должно быть максимально быстрым для достижения индивидуальной терапевтически эффективной дозы).

Монотерапия выбранным антидепрессантом продолжается не менее 4 недель.

При положительном результате (выраженном улучшении или ремиссии) целесообразно продолжение терапии в снижающихся дозах в течение 2 недель. При отчетливом, но неполном улучшении состояния терапию продолжают до 2 месяцев.

В отсутствие очевидного положительного эффекта первого курса терапии (снижение через 4 недели терапии выраженности депрессии менее чем на 50 % от исходного уровня по шкале Гамильтона) производится замена ЛС антидепрессантом иной химической структуры.

При выявлении в процессе первого курса терапии определенных устойчивых проявлений депрессии, связанных с недостаточной эффективностью первоначально выбранной терапии, назначают антидепрессанты, обладающие избирательностью действия:

- ингибиторы МАО (обратимые и необратимые);
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

К другим факторам, влияющим на выбор антидепрессанта, относятся:

- соматическое состояние пациентки с учетом индивидуальных противопоказаний к назначению определенных ЛС;
- сопутствующая фармакотерапия, назначенная в связи с хроническими соматическими заболеваниями, и возможные нежелательные взаимодействия ЛС.

Во всех случаях фармакотерапии необходимо подробно объяснить пациентке особенности фармакологического действия конкретного антидепрессанта, вероятность наступления терапевтического эффекта не ранее 1–2 недель с начала лечения, предупредить о всех возможных побочных эффектах.

Дисменорея у подростков

Основные задачи лечения:

- устранение выраженного болевого синдрома;
- нормализация состояния вегетативной нервной системы и психоэмоционального статуса пациентки;
- устранение либо облегчение симптомов основных органических причин дисменореи (внутреннего генитального эндометриоза, острых и хронических воспалительных процессов в органах малого таза);
- нормализация м. ц. (при нарушенном ритме или при недостаточности лютеиновой фазы).

Базисная терапия при первичной дисменорее зависит от тяжести заболевания.

Альтернативная терапия при первичной дисменорее (вне зависимости от степени тяжести) включает:

Зафирлукаст внутрь 20 мг 2 р/сут, за 2–3 сут до начала предполагаемой менструации и в течение 1–2 сут после ее начала, 6–12 мес

Монтелукаст внутрь 10 мг 1 р/сут, за 2–3 сут до начала предполагаемой менструации и в течение 1–2 сут после ее начала, 6–12 мес

Лечение **вторичной дисменореи** осуществляют в рамках лечения основного заболевания.

При легкой форме дисменореи, преобладании смешанного и парасимпатического вариантов вегетативной нервной системы на фоне отсутствия отклонений гормонального статуса:

Диклофенак внутрь 0,5–2 мг/кг/сут в 2 приема или в прямую кишку 50 мг 1 р/сут, за 2–3 сут до начала предполагаемой менструации и в течение 1–2 сут после ее начала, не менее 6–12 циклов, или + **Белладонны алкалоиды/фенобарбитал/эрготамин** внутрь 1 табл. 3 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально ± **Женьшень, экстракт**, внутрь 15–30 капель 2 р/сут, 2–3 мес, или **Лимонника плоды, настойка**, внутрь 15–30 капель 2 р/сут, 2–3 мес, или **Пирацетам*** внутрь 400–800 мг/сут, 1,5–2 мес, или **Элеутерококка корневища и корни, экстракт**, внутрь 15–30 капель 2 р/сут, 2–3 мес

Нимесулид внутрь 100 мг 3 р/сут, за 2–3 сут до начала предполагаемой менструации и в течение 1–2 сут после ее начала, не менее 6–12 циклов + **Белладонны алкалоиды/фенобарбитал/эрготамин** внутрь 1 табл. 3 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально ± **Женьшень, экстракт**, внутрь 15–30 капель 2 р/сут, 2–3 мес, или **Лимонника плоды, настойка**, внутрь 15–30 капель 2 р/сут, 2–3 мес, или **Пирацетам*** внутрь 400–800 мг/сут, 1,5–2 мес, или **Элеутерококка корневища и корни, экстракт**, внутрь 15–30 капель 2 р/сут, 2–3 мес

*При жалобах на снижение памяти, внимания, эмоциональную лабильность.

При мастодинии и масталгии:

Комбинированный гомеопатический препарат растительного происхождения с допаминергическим действием внутрь 30 капель или 1 табл. 2 р/сут, не менее 3 мес, без перерыва во время менструации (улучшение наступает, как правило, через 6 нед)

У пациенток с жалобами на частые головокружения, повышенную раздражительность возможно применение гомеопатических ЛС.

При дисменорее средней степени тяжести и преобладании симпатического тонуса вегетативной нервной системы на фоне недостаточности лютеиновой фазы и ановуляции:

Дидрогестерон внутрь 10 мг 2 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц. (при дисменорее на фоне внутреннего эндометриоза) или с 16-го по 25-й день м. ц. (при недостаточности лютеиновой фазы, в т. ч. и на фоне идиопатической гиперпролактинемии), 6–9 мес + **Винпоцетин** внутрь 2,5 мг 2 р/сут, 3–4 мес, с двухмесячными перерывами между курсами (2 курса в год) ± **Карбамазепин*** внутрь 100–200 мг 2 р/сут, 1–2 мес или **Фенитоин*** внутрь 2–1 табл. (0,117 г) 1–2 р/сут, 1–2 мес

Прогестерон во влагалище 200 мг/сут, 6–9 мес (при выраженных нарушениях функции ЖКТ, некомпенсированной дискинезии желчевыводящих путей) + **Винпоцетин** внутрь 2,5 мг 2 р/сут, 3–4 мес, с двухмесячными перерывами между курсами (2 курса в год) ± **Карбамазепин*** внутрь 100–200 мг 2 р/сут, 1–2 мес или **Фенитоин*** внутрь S–1 табл. (0,117 г) 1–2 р/сут, 1–2 мес

*При наличии пароксизмальной активности по данным ЭЭГ.

При тяжелой дисменорее и парасимпатической направленности тонуса вегетативной нервной системы:

Этинилэстрадиол/гестоден внутрь 20 мкг/75 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес + **Аскорбиновая кислота** внутрь 1 г/сут, с 16-го по 1-й день последующего м. ц., 2–3 мес + **Витамин Е** внутрь 400 мг/сут, с 18-го по 3-й день последующего м. ц., 2–3 мес + **Магния лактат/пиридоксин*** внутрь 1–2 табл. 3 р/сут, 2–3 мес, с 1–2-месячными перерывами (3–4 курса в год)

Этинилэстрадиол/дезогестрел внутрь 20 мкг/150 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес + **Аскорбиновая кислота** внутрь 1 г/сут, с 16-го по 1-й день последующего м. ц., 2–3 мес + **Витамин Е** внутрь 400 мг/сут, с 18-го по 3-й день последующего м. ц., 2–3 мес + **Магния лактат/пиридоксин*** внутрь 1–2 табл. 3 р/сут, 2–3 мес, с 1–2-месячными перерывами (3–4 курса в год)

При дефиците магния назначают 2 табл. 3 р/сут; при этом необходимо периодическое определение магния в сыворотке крови.

В качестве альтернативных ЛС по стандартным схемам могут применяться гестагены.

Дидрогестерон внутрь 10 мг 2 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц. (при дисменорее на фоне внутреннего эндометриоза) или с 16-го по 25-й день м. ц. (при недостаточности лютеиновой фазы, в том числе и на фоне идиопатической гиперпролактинемии), 6–9 мес

Прогестерон во влагалище 200 мг/сут, 6–9 мес (при выраженных нарушениях функции ЖКТ, некомпенсированной дискинезии желчевыводящих путей)

Дистрофия печени острая жировая у беременных

Терапевтическая тактика при ведении беременных с острой жировой дистрофией печени у беременных (ОЖДПБ) заключается в немедленном бережном родоразрешении с последующим проведением комплекса лечебных мероприятий, направленных на коррекцию нарушений функционирования различных органов и систем.

Лечебные мероприятия при ОЖДПБ включают:

- интенсивную предоперационную подготовку (инфузионно-трансфузионная терапия);
- срочное абдоминальное родоразрешение до гибели плода и появления признаков ДВС-синдрома;
- заместительную и гепатопротекторную терапию;
- профилактику массивной кровопотери во время операции и в послеродовом периоде;
- антибактериальную терапию (для профилактики гнойно-септических осложнений).

Повторные беременности не противопоказаны, так как рецидивы ОЖДПБ не наблюдаются.

Инфузионно-трансфузионная терапия

Терапия должна быть комплексной и включать использование ЛС из разных фармакологических групп. В первую очередь необходима инфузионно-трансфузионная терапия, которая включает:

- свежезамороженную плазму или альбумин (10–20 % р-р);
- декстраны;
- повидон;
- гидроксипропилированный крахмал (6 % или 10 % р-р);
- растворы солей натрия и калия;
- декстозу.

Терапия средствами, улучшающими реологические и коагуляционные свойства крови

Терапию дополняют назначением дезагрегантов и антикоагулянтов.

Дипиридамол	внутри 50 мг 3 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально
--------------------	---

Пентоксифиллин	внутри 100 мг 3 р/сут или в/в 5 мл 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально
-----------------------	---

Торможение фибринолитической активности плазмы осуществляется с помощью ингибиторов протеолиза в сочетании с ингибиторами фибринолиза.

Апротинин	в/в 40 000–60 000 ЕД 1 р/сут, 2–3 сут, затем 10 000–20 000 ЕД 1 р/сут (в первые 2 сут после операции 100 000 ЕД 4 р/сут), длительность терапии определяют индивидуально + Транексамовая кислота в/в болюсно 750 мг 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально
------------------	---

Терапия глюкокортикоидными средствами

Указанная комплексная терапия реализуется на фоне введения ГКС.

Преднизолон	в/в 500 мг 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально
--------------------	---

Терапия витаминами, антиоксидантами и гепатопротекторами

Кроме того, назначают **витамины, антиоксиданты и гепатопротекторы.**

Кокарбоксилаза	внутри 100 мг 1 р/сут, длительно + Аскорбиновая кислота, 5% р-р, в/в 5 мл 1 р/сут, 3–4 нед, или Витамин Е внутри 600 мг 1 р/сут, 3–4 нед, или Глутаминовая кислота внутри 0,25 г 4–6 р/сут, 3–4 нед + Фосфолипиды внутри 175–300 мг или в/в 250–750 мг 1 р/сут, 3–4 нед
Пиридоксин, 1–5% р-р	в/м 1 мл 1 р/сут, 3–4 нед + Аскорбиновая кислота, 5% р-р, в/в 5 мл 1 р/сут, 3–4 нед, или Витамин Е внутри 600 мг 1 р/сут, 3–4 нед, или Глутаминовая кислота внутри 0,25 г 4–6 р/сут, 3–4 нед + Фосфолипиды внутри 175–300 мг или в/в 250–750 мг 1 р/сут, 3–4 нед
Тиамин, 2,5–5% р-р	в/м 1 мл 1 р/сут, 3–4 нед + Аскорбиновая кислота, 5% р-р, в/в 5 мл 1 р/сут, 3–4 нед, или Витамин Е внутри 600 мг 1 р/сут, 3–4 нед, или Глутаминовая кислота внутри 0,25 г 4–6 р/сут, 3–4 нед + Фосфолипиды внутри 175–300 мг или в/в 250–750 мг 1 р/сут, 3–4 нед
Фолиевая кислота	внутри 0,3 г 3 р/сут, 3–4 нед + Аскорбиновая кислота, 5% р-р, в/в 5 мл 1 р/сут, 3–4 нед, или Витамин Е внутри 600 мг 1 р/сут, 3–4 нед, или Глутаминовая кислота внутри 0,25 г 4–6 р/сут, 3–4 нед + Фосфолипиды внутри 175–300 мг или в/в 250–750 мг 1 р/сут, 3–4 нед
Цианокобаламин	в/м 200 мкг 1 р/сут, 3–4 нед + Аскорбиновая кислота, 5% р-р, в/в 5 мл 1 р/сут, 3–4 нед, или Витамин Е внутри 600 мг 1 р/сут, 3–4 нед, или Глутаминовая кислота внутри 0,25 г 4–6 р/сут, 3–4 нед + Фосфолипиды внутри 175–300 мг или в/в 250–750 мг 1 р/сут, 3–4 нед

Антибактериальная терапия

Антибактериальная терапия начинается с начала родоразрешения и включает антибиотики с бактерицидной активностью и широким спектром антибактериального воздействия, такие как **комбинированные уреидопенициллины, цефалоспорины III и IV поколений, карбапенемы и фторхинолоны.**

Имипенем/циластатин	в/в 750 мг 2 р/сут, 5–10 сут
Меропенем	в/в 0,5–1 г 3 р/сут, 5–10 сут
Офлоксацин	внутри 100–200 мг 2 р/сут, 5–10 сут
Пиперациллин/тазобактам	в/в медленно в течение 30 мин 4 г/0,5 г 3 р/сут, 5–10 сут
Цефепим	внутри 2 г 2 р/сут, 5–10 сут
Цефотаксим	внутри 1–2 г 1–2 р/сут, 5–10 сут
Цефтриаксон	внутри 0,5–1 г 1–2 р/сут, 5–10 сут

Задержка полового развития центрального происхождения (гипоталамическая форма)

Тактика лечения определяется индивидуально и зависит от выявленных этиологических факторов, формы задержки полового развития (ЗПР), результатов проведенного обследования.

Обязателен комплексный подход.

В первую очередь (по возможности) необходимо проведение терапии заболеваний, послуживших причиной развития гипоталамо-гипофизарной недостаточности.

При алиментарной недостаточности показаны полноценное питание и нормализация массы тела, устранение чрезмерных физических или эмоциональных нагрузок.

Витаминотерапия и терапия средствами, улучшающими мозговую кровоток и высшую нервную деятельность

При гипоталамической форме ЗПР и сохранной гормональной функции гипофиза (проба с агонистами ГнРГ

положительная) показана терапия, направленная на улучшение деятельности ЦНС в циклическом режиме, до нормализации функции гипоталамических структур мозга.

Винпоцетин внутрь 5 мг 3 р/сут, 1 мес, 2–3 курса в год + **Аскорбиновая кислота** внутрь 0,5 г 2 р/сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., 3 мес, 2–3 курса в год + **Витамин Е** внутрь 200–400 мг/сут, 3 мес, 2–3 курса в год + **Магния лактат/пиридоксин** внутрь 1 табл. 2 р/сут, 3 мес, 2–3 курса в год + **Фолиевая кислота** внутрь 1 мг 3 р/сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., по 3 мес, 2–3 курса в год

Глицин внутрь 100 мг 3 р/сут, 1–3 мес, 2–3 курса в год + **Аскорбиновая кислота** внутрь 0,5 г 2 р/сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., 3 мес, 2–3 курса в год + **Витамин Е** внутрь 200–400 мг/сут, 3 мес, 2–3 курса в год + **Магния лактат/пиридоксин** внутрь 1 табл. 2 р/сут, 3 мес, 2–3 курса в год + **Фолиевая кислота** внутрь 1 мг 3 р/сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., по 3 мес, 2–3 курса в год

Пирацетам внутрь 400 мг 2 р/сут, 1 мес, 2–3 курса в год + **Аскорбиновая кислота** внутрь 0,5 г 2 р/сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., 3 мес, 2–3 курса в год + **Витамин Е** внутрь 200–400 мг/сут, 3 мес, 2–3 курса в год + **Магния лактат/пиридоксин** внутрь 1 табл. 2 р/сут, 3 мес, 2–3 курса в год + **Фолиевая кислота** внутрь 1 мг 3 р/сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., по 3 мес, 2–3 курса в год

Могут также быть назначены ЛС с противосудорожной активностью.

Карбамазепин внутрь 100 мг 1 р/сут на ночь, 2–4 мес

Заместительная гормональная терапия

В целях улучшения положительной обратной связи гипоталамических структур проводится циклическая ЗГТ в течение 3–6 месяцев.

Эстрадиол внутрь 2 мг 1 р/сут, или гель нанести на кожу живота или ягодиц 1 мг 1 р/сут, непрерывно + **Дидрогестерон**

	внутри 10 мг 2 р/сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла или Прогестерон внутри 100 мг 2 р/сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, непрерывно + Дидрогестерон внутри 10 мг 2 р/сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла или Прогестерон внутри 100 мг 2 р/сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла
Этинилэстрадиол	внутри 25–50 мкг/сут, непрерывно + Дидрогестерон внутри 10 мг 2 р/сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла или Прогестерон внутри 100 мг 2 р/сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла

Фитотерапия и терапия гомеопатическими средствами

Как альтернатива описанной терапии могут применяться растительные и гомеопатические ЛС.

Комбинированный гомеопатический препарат растительного происхождения	внутри 30 капель или 1 табл. 2 р/сут, не менее 3 мес, без перерыва во время менструации (капли немного разбавляют водой или другой жидкостью, таблетки принимают с небольшим количеством жидкости)
Прутьяка обыкновенного плодов экстракт	внутри 40 капель или 1 табл. 1 р/сут утром, 3 мес, без перерыва во время менструации (таблетку не следует разжевывать)

Задержка полового развития центрального происхождения (гипофизарная форма)

При гипофизарной форме ЗПР и отрицательной пробе с агонистом ГнРГ показано проведение ЗГТ.

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, 14 сут +* Эстрадиол/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 14 сут
Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, 12 сут +* Эстрадиол/норэтистерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут +* Эстрадиол внутри 1 мг 1 р/сут, 6 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/левоноргес- трел внутри 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат/ципротерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат/мед- роксипрогестерон внутри 2 мг/20 мг 1 р/сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р/сут, 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг, 12 сут +* Эстрадиола валерат внутри 1 мг 1 р/сут, 7 сут
* После окончания курса лечения.	

В последующем при желании женщины забеременеть проводится терапия бесплодия, включая ЗГТ и стимуляцию овуляции.

Задержка полового развития яичникового происхождения

В связи с высоким риском малигнизации гонад при наличии хромосомы Y необходимо их оперативное удаление в основном лапароскопическим доступом.

В отсутствие хромосомы Y в кариотипе или после оперативного удаления гонад при ее наличии проводят ЗГТ.

Основные цели ЗГТ:

- феминизация фигуры, развитие оволосения, соответствующего полу, молочных желез, матки;
- подавление уровня гонадотропинов;

- поддержание циклических изменений в эндометрии с менструальноподобной реакцией;
- профилактика эстрогендефицитных состояний (остеопороза, метаболических нарушений, урогенитальных расстройств);
- социальная и психологическая адаптация.

В качестве I этапа терапии пациенткам с костным возрастом от 4 до 11 лет показаны синтетические аналоги гормона роста или анаболические стероидные ЛС.

Надролон в/м 25–50 мг 1 р/3–4 нед, длительность терапии определяют индивидуально, повторный курс через 8 нед после последней инъекции

Соматропин п/к 0,14 МЕ/кг (4,3 МЕ/м²) 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально

Эти ЛС назначаются эндокринологом при выявлении недостаточности гормона роста под контролем рентгенографии черепа или томографии головного мозга.

Лечение прекращают при достижении пациенткой роста, достаточного для взрослого человека, или при закрытии эпифизов трубчатых костей.

При применении синтетических аналогов гормона роста одновременно назначают препараты кальция.

В качестве альтернативного лечения может быть использована схема неспецифической стимуляции роста:

Ретинол внутрь 5000 МЕ 3 р/сут, 1 мес +* Глютаминовая кислота внутрь за 15–30 мин до еды 1 г 3 р/сут, 1 мес +* Фолиевая кислота внутрь 1 мг 3 р/сут, 1 мес + Аскорбиновая кислота внутрь после еды 100–200 мг 1 р/сут, 1 мес +* Поливитаминны 1 табл. 1 р/сут, 2 мес +* Витамин Е внутрь 200 мг 1 р/сут, 1 мес +* Клонидин внутрь 0,075 мг на ночь, 2 мес

* После окончания курса лечения.

На фоне вышеуказанной терапии дополнительно назначают:

Левотироксин натрия внутрь 25 мкг 1 р/сут, 8 мес + Маточное молочко внутрь 1 табл. 3 р/сут, 8 мес + Корня петрушки отвар внутрь 3 ст. л. 2 р/сут, по 10 сут в течение 8 мес

На II этапе терапии при «типичной» форме у пациенток с костным возрастом 11–12,5 лет наиболее целесообразно применение натуральных эстрогенов до появления первой менструальноподобной реакции.

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, непрерывно, или пластырь приклеить на кожу 1 р/ нед, длительно
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, непрерывно
Этинилэстрадиол	внутри 25–50 мкг/сут, непрерывно

В последующем длительно, по крайней мере на протяжении всего репродуктивного периода жизни, применяют следующие схемы ЗГТ:

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, непрерывно, или пластырь приклеить на кожу 1 р/ нед или Эстрадиола валерат 2 мг 1 р/сут, непрерывно или Этинилэстрадиол внутри 25–50 мкг/сут непрерывно.
Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, или гель нанести на кожу живота или ягодиц 1 мг 1 р/сут, постоянно + Дидрогестерон внутри 10 мг 2 р/сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла или Прогестерон внутри 100 мг 2 р/сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат/медроксипрогестерон внутри 2 мг/20 мг 1 р/сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р/сут, 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг, 12 сут +* Эстрадиола валерат внутри 1 мг 1 р/сут, 7 сут

*После окончания курса лечения.

Применение эстрадиола в виде геля предпочтительно и у пациенток старше 18 лет с дисгенезией гонад, страдающих заболеваниями ЖКТ или гепатобилиарной системы.

При позднем обращении пациенток (старше 16 лет) для быстрого появления вторичных половых признаков и увеличения матки предпочтительна следующая схема ЗГТ:

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат/медроксипрогестерон внутри 2 мг/20 мг 1 р/сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р/сут, 7 сут
---------------------------	--

* После окончания курса лечения.

После достижения желаемого результата возможно изменение режима ЗГТ.

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, 14 сут +* Эстрадиол/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 14 сут
-----------	---

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат/ципротерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 суток
--------------------	--

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг, 12 сут +* Эстрадиола валерат внутри 1 мг 1 р/сут, 7 сут
--------------------	--

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/ левоноргестрел внутри 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
--------------------	---

* После окончания курса лечения.

Пациенткам с «чистой» и «смешанной» формами дисгенезии гонад, особенно высокорослым, лечение желательно начинать при костном возрасте 9–11 лет.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон внутри 2 мг/20 мг 1 р/сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р/сут, 7 сут
--------------------	--

* После окончания курса лечения.

Наряду с системной ЗГТ в целях профилактики рецидивов атрофического вульвовагинита показана местная терапия эстрогенами.

Эстриол	во влагалище 1 аппликатор 1 р/ нед или 1 свеча на ночь 1 р/ нед, длительность терапии определяют индивидуально
---------	---

Для желающих реализовать свою репродуктивную функцию с целью подготовки к нидации (имплантации) яйцеклетки наиболее приемлемо назначение следующей схемы ЗГТ не менее чем на 3–6 месяцев:

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон внутри 2 мг/20 мг 1 р/сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р/сут, 7 сут
--------------------	--

* После окончания курса лечения.

Вопрос о возможности видации следует решать при повышении содержания плазменного эстрадиола до значений, превышающих 300 пмоль/л, нормализации уровня ФСГ и ЛГ и при достижении толщины эндометрия более 0,8 см.

Во избежание передозировки и нежелательных побочных эффектов в первые 2 года ЗГТ целесообразно проводить контрольные исследования через короткие, трехмесячные интервалы. Подобная тактика позволяет, кроме того, наладить психологический контакт с пациентками и своевременно корректировать назначаемое лечение.

Зоб токсический диффузный (болезнь Грейвса—Базедова) у беременных

В настоящее время используют три варианта лечения диффузного токсического зоба (ДТЗ): лечение тиреостатическими ЛС, хирургическое и лечение радиоактивным ¹³¹I. Последний вариант для беременных неприемлем.

Терапия тиреостатическими средствами

Лечение тиреостатическими ЛС заключается в применении тиамазола или пропилтиоурацила, которые подавляют биосинтез тиреоидных гормонов. При беременности более целесообразно применение пропилтиоурацила, поскольку он хуже проникает через плаценту и в молочную железу.

Для достижения эутиреоидного состояния:

Пропил-тиоурацил	внутри независимо от приема пищи 100 мг 3–4 р/сут, 3–4 нед
-------------------------	--

Тиамазол	внутри независимо от приема пищи 15–20 мг 1 р/сут, 3–4 нед
-----------------	--

Для поддержания эутиреоидного состояния:

Пропил-тиоурацил	внутри независимо от приема пищи 50–100 мг 1 р/сут, 12–18 мес
-------------------------	---

Тиамазол	внутри независимо от приема пищи 2,5–5 мг 1 р/сут, 12–18 мес
-----------------	--

После исчезновения признаков тиреотоксикоза дозы тиреостатических средств можно снижать и, поскольку во II и III триместрах беременности обычно наблюдается ремиссия ДТЗ, эти ЛС можно вообще отменить. Некоторые клиницисты, учитывая стрессовое воздействие родов, считают целесообразным продолжать лечение низкими дозами тиреостатических средств до самых родов и даже после них.

После родов за состоянием женщины с тиреотоксикозом необходимо тщательно наблюдать, поскольку в этот период возрастает риск рецидива. В некоторых случаях лучше продолжить лечение низкими дозами тиреостатических ЛС в течение не менее 6 месяцев, даже если к моменту родов отмечалась ремиссия заболевания.

Лечение тиреостатическими ЛС во время беременности нельзя назвать абсолютно безопасным, но оно необходимо, поскольку заболевание беременных тиреотоксикозом повышает риск рождения мертвого ребенка, наступления преждевременных родов или развития гестоза. Повышаются также частота неонатальной смертности, вероятность рождения ребенка с дефицитом массы тела.

При тиреотоксическом кризе назначают высокие дозы тиреостатических ЛС, причем предпочтение следует отдать пропилтиоурацилу, который дополнительно препятствует превращению T_4 в T_3 на периферии.

Пропил-тиоурацил	внутри независимо от приема пищи 600 мг, однократно, затем 300 мг каждые 6–8 ч, до ликвидации клинических проявлений криза
Тиамазол	внутри 60–80 мг, однократно, затем 30 мг каждые 6–8 ч, до ликвидации клинических проявлений

Кроме того, в/в назначают ГКС, которые подавляют секрецию гормонов ЩЖ и уменьшают превращение T_4 в T_3 , компенсируют относительную надпочечниковую недостаточность, оказывают иммуносупрессивное действие.

Гидрокортизон	в/в 50–100 мг каждые 6–8 ч, до ликвидации клинических проявлений криза
----------------------	--

Непрерывно проводят дезинтоксикационную терапию, при этом общее количество переливаемой жидкости составляет 3 л. При гипертермии рекомендуются влажные обертывания тела. При необходимости назначают транквилизаторы.

Оперативное лечение

Оперативное лечение во время беременности (субтотальная резекция щитовидной железы) показано в отсутствие эффекта от консервативного лечения ДТЗ средней тяжести и при узловом зобе, при необходимости использования высоких доз тиреостатических ЛС для поддержания эутиреоидного состояния, при подозрении на малигнизацию и при зобе больших размеров. Наиболее целесообразно осуществить операцию в начале II триместра беременности. Хирургическое лечение на более ранних сроках чаще приводит к спонтанному аборту. Подготовка к операции заключается в назначении тиамазола до достижения эутиреоидного состояния, преднизолона, витаминов. С целью предупреждения возможного прерывания беременности после операции необходимо назначать ЛС, снижающие возбудимость матки, и гестагены.

Планирование семьи при диффузном токсическом зобе

Оптимальный период для планирования семьи — полное устранение тиреотоксикоза, при этом обязательным условием является исчезновение из крови антител к рецептору ТТГ (тиреостимулирующих иммуноглобулинов) до наступления беременности. В противном случае они поступят в кровь плода и будут стимулировать его щитовидную железу, что приведет к развитию врожденного тиреотоксикоза.

При легкой форме ДТЗ беременность может быть сохранена, но требуются обязательное наблюдение акушера-гинеколога, эндокринолога и лечение в первой половине беременности.

Заболевание средней и тяжелой степени тяжести при неэффективности комплексной консервативной терапии служит показанием к хирургическому лечению в конце I — начале II триместра беременности или прерыванию беременности и обязательному последующему лечению тиреотоксикоза.

Женщину, страдающую ДТЗ, необходимо госпитализировать в ранние сроки беременности, так как именно в это время чаще наблюдается обострение заболевания и довольно часто возникает угроза прерывания беременности. Госпитализация может понадобиться для коррекции гормональных нарушений, при присоединении гестоза и других осложнений беременности.

Родоразрешение должно производиться на фоне эутиреоза, чтобы не спровоцировать развитие тиреотоксического криза. Ведение родов предусматривает выжидательную тактику; необходим контроль за состоянием сердечно-сосудистой системы, по показаниям применяют сердечно-сосудистые ЛС в связи с опасностью развития декомпенсации кровообращения. В послеродовом и ран-

нем послеродовом периодах должна проводиться профилактика кровотечения.

Зоб токсический узловой (многоузловой) у беременных

Поскольку лечение радиоактивным йодом во время беременности не применяется, показано хирургическое лечение при сохранении беременности. В период подготовки к операции назначают тиреостатические ЛС, пропранолол.

Зоб узловой на фоне аутоиммунных заболеваний щитовидной железы у беременных

На фоне хронического аутоиммунного тиреоидита может возникнуть любое узловое образование, морфологическую характеристику которого следует уточнять при проведении пункционной биопсии узла. В том случае если у больной с подтвержденным хроническим аутоиммунным тиреоидитом в щитовидной железе (ЩЖ) методом УЗИ выявляется узловое образование, а при цитологическом исследовании из этого образования получен материал, характерный для пролиферирующего узлового коллоидного аутирео-

идного зоба, то лечение такой пациентки необходимо осуществлять в соответствии с вышеуказанными принципами. Если же у больной с хроническим аутоиммунным тиреоидитом при УЗИ выявляются очаги повышенной неоднородности в ЩЖ, отличающиеся структурно от окружающей ткани, и при цитологическом исследовании пунктат из них характерен для усиленной лимфоидной инфильтрации, обнаруживаемой при гипертрофической форме хронического аутоиммунного тиреоидита, то лечение проводят в соответствии с алгоритмом терапии тиреоидита.

Зоб эндемический эутиреоидный диффузный у беременных

Основными задачами консервативного лечения эутиреоидного зоба являются стабилизация размеров узловых образований и отсутствие формирования новых узлов в ткани щитовидной железы (ЩЖ), а также уменьшение ее размеров.

Терапия тиреостатическими средствами и препаратами йода

Медикаментозную терапию эутиреоидного йододефицитного зоба проводят с помощью препаратов йода, тиреоидных гормонов или комбинации этих ЛС.

Как правило, для большинства больных достаточно назначения калия йодида в физиологической дозе.

Калия йодид

внутри 200 мкг 1 р/сут, 1,5–2 года

В том случае если через 6 месяцев отмечается значительное уменьшение или нормализация размеров ЩЖ, рекомендуется продолжить прием препаратов йода в профилактической дозе.

Если на фоне приема препаратов йода в течение 6 месяцев не произошло нормализации размеров ЩЖ, то показано применение левотироксина.

<i>Левотироксин натрия</i>	<i>внутри утром, за 30 мин до завтрака, 100–150 мкг 1 р/сут, длительно ± Калия йодид внутри 200 мкг/сут, длительно</i>
----------------------------	--

Адекватную дозу подбирают в соответствии с уровнем ТТГ, который должен быть на нижней границе нормы. После нормализации размеров ЩЖ по данным УЗИ, проводимого каждые 6 месяцев, рекомендуется переход на длительный прием профилактических доз йода.

Профилактика

Задачей профилактических мероприятий является достижение оптимального уровня потребления йода населением.

Для удовлетворения потребности организма в йоде рекомендуются следующие нормы его ежедневного потребления (ВОЗ, 1996):

- 50 мкг — для детей грудного возраста;
- 90 мкг — для детей от 2 до 6 лет;
- 120 мкг — для детей от 7 до 12 лет;
- 150 мкг — для подростков старше 12 лет и взрослых;
- 200 мкг — для беременных и кормящих женщин.

В связи с этим каждый житель йододефицитного региона должен получать ежедневно дополнительное количество йода:

- дети в препубертатном периоде — 100 мкг;
- подростки — 200 мкг;
- взрослые — 150 мкг;
- беременные и кормящие женщины — 200 мкг.

Дети грудного возраста получают йод с молоком матери.

Для преодоления дефицита йода используют следующие методы профилактики:

- **массовую йодную профилактику** — профилактику в масштабе популяции, осуществляемую путем внесения йода в наиболее распространенные продукты питания (хлеб, соль);
- **групповую йодную профилактику** — профилактику в масштабе определенных групп повышенного риска развития йододефицитных заболеваний: детей, подростков, беременных и кормящих женщин. Осуществляется путем регулярного длительного приема препаратов, содержащих физиологические дозы йода;
- **индивидуальную йодную профилактику** — профилактику у отдельных лиц путем длительного приема препаратов, содержащих физиологические дозы йода.

Предотвратить формирование зоба во время беременности можно систематическим приемом калия йодида.

<i>Калия йодид</i>	<i>внутри 200 мкг 1 р/сут, длительно</i>
--------------------	--

Можно также применять комплексные витаминно-минеральные препараты, содержащие йод.

Зоб эндемический эутиреоидный узловый (многоузловой) у беременных

Узловой эутиреоидный зоб в виде одиночного или множественных узлов нередко диагностируют у молодых женщин. Вероятность развития тиреотоксикоза при этом

во время беременности невелика, поскольку возрастает потребность в тиреоидных гормонах и ускоряется клиренс йода. После родов, в отличие от ДТЗ, риск развития тиреотоксикоза у женщин с узлами ЩЖ не увеличивается. Если возникают показания к удалению узла, операцию лучше производить во II триместре беременности либо через некоторое время после родов. После операции при необходимости проводят заместительную терапию тиреоидными гормонами. Узловой зутиреоидный зоб не является показанием к прерыванию беременности.

Консервативное лечение (левотироксином в дозе, позволяющей поддерживать уровень ТТГ на нижней границе физиологической нормы — 0,5–1 мЕ/л) оправдано при наличии у больной одиночного узлового коллоидного зутиреоидного зоба (УКЗ) небольших размеров, преимущественно паренхиматозного типа строения (узел не более 3 см) или многоузлового зоба на ранних стадиях (при небольшом числе узловых образований и умеренной пролиферации фолликулярных клеток, а также при условии, что исходный уровень ТТГ не ниже 1 мЕ/мл). Основная цель лечения — предотвратить или замедлить дальнейший рост узла.

Левотироксин натрия	внутри утром, за 30 мин до завтрака, 100–150 мкг 1 р/сут, 12 мес
---------------------	---

Использование комбинированных препаратов (левотироксин натрия/йодид калия) при лечении УКЗ вполне оправдано, особенно у пациенток, проживающих в регионах с умеренной или тяжелой степенью йодной недостаточности. Однако эффект от такой терапии будет несколько более отсроченным, чем при монотерапии левотироксином. Кроме того, более предпочтительно начинать лечение узлового зутиреоидного зоба именно с левотироксина, так как в патогенезе зоба помимо йодной недостаточности могут принимать участие и другие зобогенные факторы или врожденный дефект синтеза тиреоидных гормонов.

На фоне лечения проводят контрольные определения уровня ТТГ в крови и УЗИ ЩЖ каждые 3–4 месяца.

После отмены левотироксина пациентки с положительными результатами терапии должны получать физиологическое количество йода с пищей либо дополнительно в виде ЛС во избежание рецидива заболевания.

Калия йодид *внутри 150–200 мкг 1 р/сут, длительно*

Назначение препаратов тиреоидных гормонов при узловом зобе не показано:

- при длительно существующих узловых (многоузловых) зобах;
- при наличии выраженного кистозного компонента в узловом образовании;
- если размер одного из образований 3 см и более.

Абсолютные противопоказания к назначению левотироксина больным с узловым зобом:

- **кардиологические:**
 - ИБС с тяжелыми нарушениями ритма сердца, политопная или частая экстрасистолия;
 - стенокардия напряжения III–IV функциональных классов;
 - нестабильная стенокардия;
 - выраженная недостаточность кровообращения (начиная со стадии IIb);
- **эндокринологические:**
 - базальный уровень ТТГ менее 1 мЕ/л;
 - признаки повышенной функциональной активности тиреоцитов при цитологическом исследовании пунктата;
 - «горячие» узлы при сканировании.

Гипотиреоз

Врачебная тактика при беременности на фоне гипотиреоза основывается на положении, что беременные с этим заболеванием относятся к группе высокого риска

перинатальной патологии. Проведение адекватной заместительной терапии тиреоидными гормонами под контролем уровня ТТГ и Т₄ в сыворотке крови — залог успешного исхода беременности.

Заместительную терапию левотироксином у беременных проводят из расчета 2,3 мкг/кг массы тела, причем при впервые выявленном во время беременности гипотиреозе необходимо сразу назначать полную заместительную дозу.

Левотироксин натрий	внутри 150–200 мкг утром натощак за 30 мин до завтрака 1 р/сут до окончания беременности, затем коррекция дозы
----------------------------	---

Аутоиммунный тиреоидит Хашимото

При развитии гипотиреоза проводят заместительную терапию тиреоидными гормонами.

Левотироксин натрий	внутри 150–200 мкг утром натощак за 30 мин до завтрака 1 р/сут до окончания беременности, затем коррекция дозы
----------------------------	---

Послеродовой тиреоидит

Лечение направлено на коррекцию нарушения функции ЩЖ. Лечение проводится только при выраженных клинических проявлениях.

При появлении отчетливых симптомов или при сохранении лабораторных признаков гипотиреоза необходимо начать лечение левотироксином.

Левотироксин натрий	внутри 100–150 мкг утром натощак за 30 мин до завтрака 1 р/сут, 6 мес.
----------------------------	---

Через 6 месяцев после назначения левотироксина следует сделать попытку его отмены и определить функцию

ЩЖ (не менее чем через 4–6 недель после прекращения лечения). При восстановлении функции ЩЖ дальнейшая терапия не рекомендована.

При сохраняющемся гипотиреоза лечение левотироксином следует продолжить, и через 3–6 месяцев попытаться его отменить. Сохранение гипотиреоза более 6 месяцев с высокой вероятностью указывает на формирование стойкого манифестного гипотиреоза, что обуславливает необходимость пожизненной терапии левотироксином.

Левотироксин натрий	внутри 25–50 мкг/сут утром за 30 мин до завтрака, с последующим повышением дозы на 25–50 мкг/сут до 100–150 мкг/сут, пожизненно
----------------------------	---

Как правило транзиторный тиреотоксикоз при послеродовом тиреоидите проходит самостоятельно в течение 3–5 недель, при необходимости могут быть назначены β -блокаторы.

Пропранолол	внутри 20–40 мг 3–4 р/сут, до ликвидации клинических проявлений
--------------------	---

К

Кандидоз урогенитальный у беременных

Лечение проводят только в случае микробиологически подтвержденного урогенитального кандидоза (УК) при наличии клинических признаков вульвовагинита.

Для лечения беременных рекомендуется проводить только местную терапию с учетом срока беременности.

Изоконазол	во влагалище 0,6 г (1 свеча), однократно, или 1% крем нанести на пораженную поверхность 3–5 г на ночь, 7 сут (при грибковом поражении вульвы или кожи в области промежности) или
Сертаконазол ¹	влагалищные свечи 0,3 г однократно на ночь, при сохранении симптомов заболевания через 7 дней повторно 0,3 г на ночь
Кетоконазол	во влагалище 400 мг (1 свеча) 1 р/сут на ночь, 5 дней
Клотримазол	во влагалище 0,1 г (1 вагинальная табл.) или 1% крем 3–5 г на ночь, 7 сут
Миконазол	во влагалище 0,1 г (1 свеча) на ночь, 7 сут
Натамицин	во влагалище 0,1 г (1 свеча) на ночь, 6* сут или 9** сут
Нистатин	во влагалище 250 000 ЕД (1 свеча) на ночь, 14 сут
Нистатин/нифурател	во влагалище 1 свеча на ночь, 8–10 сут
Тернидазол/неомицин/нистатин/преднизолон	во влагалище 1 табл. на ночь, 6–10 сут
Эконазол	во влагалище 0,15 г (1 свеча) на ночь, 6 сут или хлоргексидин во влагалище 0,016 мг (1 свеча) 2 р/сут, 7–10 дней

* Острая форма.

** Рецидив хронической формы.

¹ Задаин.

В I триместре беременности возможно применение только натамицина; кетоконазол (Ливарол), комбинация нистатин/нифурател (Макмирор Комплекс), а также все остальные ЛС можно применять начиная со II триместра беременности.

В отсутствие эффекта от лечения необходимо провести повторный курс, используя другие ЛС.

Помимо применения противогрибковых ЛС, необходимо проводить профилактику и терапию осложнений беременности (угроза прерывания, плацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия плода, задержка внутриутробного развития плода и др.).

Кандидоз урогенитальный у небеременных

Цели лечения:

- элиминация возбудителя;
- устранение факторов, поддерживающих рецидивирующий характер заболевания;
- лечение сопутствующих заболеваний, утяжеляющих течение УК.

Основное место в фармакотерапии УК принадлежит противогрибковым ЛС, назначать которые необходимо с учетом выявленного вида *Candida* и данных о чувствительности к основным ЛС.

Вопрос о необходимости фармакотерапии при бессимптомном носительстве в настоящее время до конца не решен. Возможно назначение противогрибковых ЛС перед предстоящими диагностическими вмешательствами.

При неосложненном течении УК возможно проведение эмпирической фармакотерапии, однако выполнение микроскопического и культурального исследований перед началом лечения предпочтительно.

Применяют препараты локального действия.

Бутоконазол	Во влагалище 1 доза из специального аппликатора — однократно
Изоконазол	во влагалище 1 свеча 1 р/сут, 6 сут или кетоконазол во влагалище 400 мг (1 свеча) 1р/сут, 6 сут или Клотримазол во влагалище 200 мг на ночь, 6 сут или 500 мг, однократно
Сертаконазол¹	300 мг во влагалище перед сном, однократно
Кетоконазол	во влагалище 400 мг (1 свеча) 1 р/сут на ночь, 5 дней.
Метронидазол/миконазол	во влагалище 1 табл. на ночь, 10 сут
Миконазол	вагинальные овули, 1200 мг, однократно, или 400 мг 1 р/сут, 3 сут, или 1 свеча на ночь, 7 сут
Натамицин	во влагалище 100 мг (1 свеча) на ночь, 6–9 сут
Неомицин/полимиксин В/нистатин	во влагалище 1 табл. на ночь, 10 сут
Нистатин	во влагалище 250 000 ЕД (1 свеча) на ночь, 14 сут, или 500 000 ЕД (1 свеча) на ночь, 7 сут
Нифурател/нистатин	во влагалище 1 свеча на ночь, 8 сут
Омоконазол	во влагалище 150 мг (1 свеча) на ночь, 6 сут, или 300 мг (1 свеча) на ночь, 3 сут, или 900 мг (1 свеча) на ночь, однократно или Повидон-йод во влагалище 200 мг (1 свеча) 2 р/сут, 7 дней или 1 раз перед сном, 14 дней
Тернидазол/неомицин/нистатин/преднизолон	во влагалище 1 табл. на ночь, 6–12 сут
Циклопирокс	во влагалище 1 свеча на ночь, 6 сут
Эконазол	во влагалище 1 свеча на ночь, 6 сут или Хлоргексидин во влагалище 0,016 (1 свеча) 2 р/сут 7–10 дней
Используют также	препараты для п/о применения.
Итраконазол	внутри 200 мг 2 р/сут, 3 сут
Флуконазол	внутри 150 мг, однократно

С целью профилактики рецидивов УК ЛС для местного применения рекомендовано назначать за 6 дней до менструации или в течение 6 дней после нее, в течение 6 мес.

При осложненном течении УК длительность фармакотерапии увеличивается, как правило, в 2 раза. Предпочтение отдается противогрибковым ЛС с максимально широким

¹ Залаин.

спектром действия, с целью предотвращения рецидивов лечение продолжается в течение 6 месяцев.

<i>Итраконазол</i>	внутри 200 мг 1 р/сут, 3 сут, затем 200 мг в 1-й день м. ц., 6 мес
<i>Кетоконазол</i> ¹	во влагалище по 400 мг 1 р/сут 10 дней, затем по 400 мг/1 р/сут 5 дней (до или после м. ц.) в течение 6 мес
<i>Флуконазол</i>	внутри 150 мг на 1-е и 4-е сут лечения, затем 150 мг в 1-й день м. ц., 6 мес

При подозрении на системные резервуары гриба в ЖКТ:

<i>Натамицин</i>	внутри 100 мг 4 р сут, 5–10 сут или <i>Нистатин</i> внутри 500000 ЕД 4 р/сут
------------------	---

Киста яичников функциональная в пубертатном периоде

Выжидательная тактика

При обнаружении кисты в эмбриональном или неонатальном периоде необходимо придерживаться выжидательной тактики. Содержимое кисты аспирируют под контролем УЗИ только в тех случаях, когда имеется высокий риск гипоплазии легкого вследствие его сдавления опухолевидным образованием.

В пубертатном периоде динамическое наблюдение за образованием с использованием УЗИ показано на протяжении не более 3 месяцев.

Хирургическое лечение

Осложненное течение функциональных кист яичников (ФКЯ) практически во всех случаях является показанием к лапароскопии.

¹ Ливарол.

Объем оперативного вмешательства зависит от степени сохранности яичниковой ткани:

- при апоплексии показано ушивание разрыва или гемостаз посредством эндокоагуляции;
- при перекруте яичника:
 - в отсутствие некротических изменений — органосохраняющая операция;
 - при полном нарушении питания яичника и его некрозе — овариэктомия.

Гормональная терапия

Гормональная терапия показана в пубертатном периоде при подозрении на ФКЯ или при персистирующем фолликуле диаметром более 2 см, а в нейтральном периоде — при наличии симптомов преждевременного полового развития (ППР).

<i>Дидрогестерон</i>	<i>внутри 10 мг 2 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не более 3 мес</i>
<i>Прогестерон</i>	<i>внутри 100 мг 3 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не более 3 мес</i>

Отсутствие положительной динамики (уменьшение или исчезновение образования, по данным УЗИ, проводимого на 7–8-й день м. ц. в течение 3 месяцев) является показанием к оперативному лечению — лапароскопии, энуклеации кисты.

Противовоспалительная терапия

С учетом возможности развития ФКЯ на фоне воспалительного процесса рекомендована также противовоспалительная терапия.

<i>Диклофенак</i>	<i>внутри 0,5–2 мг/кг/сут в 2 приема или в прямую кишку 50 мг (1 свеча) 1 р/сут, 7 сут</i>
<i>Индометацин</i>	<i>внутри 1,5–2,5 мг/кг/сут в 3–4 приема, 7 сут (детям старше 12 лет), 7 сут</i>
<i>Нимесулид</i>	<i>внутри 50–100 мг 2 р/сут, 7 сут</i>

Профилактика рецидивов кист

Для предотвращения повторного образования функциональных кист показано восстановление ритма менструаций с учетом нарушения гормонального статуса.

При недостаточности лютеиновой фазы м. ц. назначают гестагены.

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не менее 6 мес
----------------------	--

Прогестерон	внутри 100 мг 2–3 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не менее 6 мес
--------------------	---

В случае гипозэстрогемии (снижение функции яичников) показано применение микродозных КПК.

Этинилэстрадиол/гестоден	внутри 20 мкг/75 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., не менее 6 мес
---------------------------------	---

Этинилэстрадиол/дезогестрел	внутри 20 мкг/150 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., не менее 6 мес
------------------------------------	--

В последующем показана циклическая витаминотерапия в течение 3 месяцев.

Аскорбиновая кислота	внутри 0,5 г 2 р/сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., 3 мес (курсы повторяют 2–3 р/год)+ Витамин Е внутри 200–400 мг/сут, 3 мес (курсы повторяют 2–3 р/год) + Магния лактат/пиридоксин внутри 1 табл. 2 р/сут, 3 мес (курсы повторяют 2–3 р/год) + Фолиевая кислота внутри 1 мг 3 р/сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., 3 мес (курсы повторяют 2–3 р/год)
-----------------------------	--

При выявлении хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, провоцирующих рецидивы кист, проводят их лечение.

Киста яичников фолликулярная и киста желтого тела в зрелом возрасте

Кисты нередко исчезают без лечения.

При неосложненном течении и небольших размерах кист (менее 4 см в диаметре) в отсутствие нарушений м. ц. возможно наблюдение в течение 3 месяцев.

При осложненном течении в остром периоде рекомендуются:

- постельный режим;
- холод на низ живота;
- в/в введение изотонического раствора натрия хлорида или 5% р-ра глюкозы.

Оперативное лечение

Показания к оперативному вмешательству (лапароскопия или лапаротомия):

- гемоперитонеум при разрыве кисты;
- перекрут кисты;
- уменьшение размеров кисты менее чем в 2 раза через 3 месяца после начала фармакотерапии.

Противовоспалительная терапия

При осложненном течении фолликулярной и кисты желтого тела (КЖТ) в острый период назначают НПВС.

<i>Ацеклофенак</i>	<i>внутри 100 мг 2–3 р/сут, 2–3 сут</i>
<i>Диклофенак</i>	<i>внутри 100 мг 2–3 р/сут, 2–3 сут, или в/м 75 мг 2–3 р/сут, 2–3 сут, или свечи ректальные 50–100 мг 2–3 р/сут, 2–3 сут</i>

Ибупрофен	внутри 200–600 мг 1–2 р/сут, 2–3 сут
Индометацин	внутри 25 мг 2–4 р/сут, 2–3 сут или свечи ректальные 50–100 мг 2–4 р/сут, 2–3 сут
Кетопрофен	внутри 50 мг 1–3 р/сут, 2–3 сут, или в/м 100 мг 1–3 р/сут, или свечи ректальные 100 мг 3 р/сут, 2–3 сут
Мелоксикам	внутри 7,5–15 мг 1–2 р/сут, 2–3 сут
Мефенамовая кислота	внутри 500 мг 3–4 р/сут, 2–3 сут
Напроксен	внутри 250 мг 1–3 р/сут, 2–3 сут
Пироксикам	внутри 10–20 мг 1–3 р/сут, 2–3 сут или свечи ректальные 10–20 мг 1–3 р/сут, 2–3 сут
Сулиндак	внутри 200 мг 1–2 р/сут, 2–3 сут
Теноксикам	внутри 20 мг 1–3 р/сут, 2–3 сут
Тиапрофеновая кислота	внутри 100–300 мг 1–3 р/сут, 2–3 сут
Фенилбутазон	внутри 200 мг 1–2 р/сут, 2–3 сут
Фенопрофен	внутри 200 мг 1–2 р/сут, 2–3 сут

Гормональная терапия

После исчезновения боли и нормализации общего состояния назначают ЛС, направленные на выключение функции яичников. Как правило, 3–6-месячный курс терапии высокодозированными КПК эффективен для лечения как фолликулярных кист, так и КЖТ (кроме того, прием этих ЛС снижает риск возникновения таких кист в последующем).

Этинилэстрадиол/гестоден	внутри 30 мкг/75 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем через 7-дневный перерыв в течение 21 дня, 3–6 мес
Этинилэстрадиол/дезогестрел	внутри 30 мкг/150 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем через 7-дневный перерыв в течение 21 дня, 3–6 мес
Этинилэстрадиол/левоноргестрел	внутри 50 мкг/250 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем через 7-дневный перерыв в течение 21 дня, 3–6 мес
Этинилэстрадиол/норгестимат	внутри 35 мкг/250 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем через 7-дневный перерыв в течение 21 дня, 3–6 мес

Этинилэстрадиол/ норэтистерон	внутри 50 мкг/1 мг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем через 7-дневный перерыв в течение 21 дня, 3–6 мес
----------------------------------	--

Этинилэстрадиол/ ципротерон	внутри 35 мкг/2 мг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем через 7-дневный перерыв в течение 21 дня, 3–6 мес
--------------------------------	--

При КЖТ эффективно применение гестагенов.

Дидрогестерон	внутри 10–20 мг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–6 мес
---------------	---

Левоноргестрел	внутри 30 мкг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–6 мес
----------------	---

Линестренол	внутри 500 мкг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–6 мес
-------------	--

Норэтистерон	внутри 5 мг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–6 мес
--------------	---

При тяжелом течении, не требующем оперативного вмешательства, частых рецидивах кист показано назначение ЛС, обладающих антигонадотропным действием.

Бусерелин, спрей	150 мкг в каждую ноздрю 3 р/сут, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
---------------------	--

Гестринон	внутри 2,5 мг 2 р/ нед непрерывно, со 2–4-го дня м. ц., 6–8 мес
-----------	--

Гозерелин	п/к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 р/28 сут, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
-----------	--

Даназол	внутри 100–200 мг 1 р/сут непрерывно, со 2–4-го дня м. ц., 6–8 мес
---------	---

Лейпрорелин	в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
-------------	--

Трипторелин	в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
-------------	--

При тяжелом течении, не требующем оперативного вмешательства, частых рецидивах кист показано назначение ЛС, обладающих антигонадотропным действием.

Бусерелин, спрей	150 мкг в каждую ноздрю 3 р/сут со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес или
---------------------	---

Гестринон	внутри 2,5 мг 2 р/ нед непрерывно со 2–4-го дня м. ц., 6–8 мес или
-----------	---

Гозерелин	п/к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 раз в 28 сут со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес или
-----------	---

Даназол	внутри 100–200 мг в сут непрерывно со 2–4-го дня м. ц., 6–8 мес или
---------	--

Лейпрорелин	в/м 3,75 мг 1 раз в 28 сут со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес или
Трипторелин	в/м 3,75 мг 1 раз в 28 сут со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес.

При неосложненных кистах диаметром более 4 см, нарушениях м. ц. (задержки менструаций или ациклические кровянистые выделения) назначают КПК или гестагены по схемам, приведенным выше (длительность лечения обычно составляет 3 месяца).

Контрацепция

Контрацепция гормональная

Комбинированные пероральные контрацептивы

По количеству эстрогенного компонента в составе таблетки их подразделяют на *высокодозированные*, *низкодозированные* и *микродозированные*. К высокодозированным относятся ЛС, содержащие 50 мкг, к низкодозированным — 30–35 мкг, к микродозированным — 20 мкг этинилэстрадиола.

КПК подразделяют также на монофазные и многофазные.

Монофазные КПК — контрацептивы с постоянным на протяжении приема ежедневной дозой эстрогенов и гестагена.

Многофазные КПК — двух- и трехфазные ЛС с переменной дозой эстрогена и гестагена, имитирующие колебания содержания естественных яичниковых гормонов, в течение нормального менструального цикла.

Монофазные КПК:

Этинилэстрадиол/ гестаген	внутри 20 мкг/75 мкг 1 р/сут 21 день, затем 7 дней перерыв или
Этинил/ дезогестрел	внутри 20 мкг/150 мкг 1р/сут. 21 сут, затем перерыв 7 сут или
Этинилэстрадиол/ норгестимат	внутри 35 мкг/250 мкг 1р/сут, 21 сут, затем перерыв 7 сут
Этинилэстрадиол/ гестаген	внутри 30 мкг/75 мкг 1 р/сут 21 день, затем 7 дней перерыв
Этинилэстрадиол/ дроспиренон	внутри 20 мкг/3 мг 1/сут, 28 сут, без перерыва

Многофазные КПК:

Этинилэстрадиол/ левоноргестрел	внутри 30 мкг/50 мкг 1 р/сут с 1-го по 6 день м. ц.+ Этинилэстрадиол/левоноргестрел внутри 40мкг/75 мкг 1р/сут с 7-го по 11-й день м. ц Этинилэстрадиол/левоноргестрел внутри 30 мкг/125 мкг 1р/сут с 12-го по 21-й день м. ц ± Плацебо внутри 1 табл. 1 р/сут с 22-го по 28-й день м. ц, или Этинилэстрадиол/гестоден внутри 30 мкг/50 мкг 1 р/сут с 1-го по 6-й день м. ц.+ Этинилэстрадиол/гестоден внутри 40 мкг/70 мкг 1 р/сут с 7-го по 11-й день м. ц Этинилэстрадиол/гестоден внутри 50 мкг/100 мкг 1 р/сут с 12-го по 21-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или Этинилэстрадиол/дезогестрел внутри 30 мкг/50 мкг 1 р/сут с 1-го по 6-й день м. ц.+ Этинилэстрадиол/дезогестрел внутри 40 мкг/75 мкг 1р/сут с 7-го по 12-й день м. ц Этинилэстрадиол/дезогестрел внутри 30 мкг/125 мкг 1р/сут с 13-го по 21-й день м. ц., затем перерыв 7 сут
------------------------------------	--

У женщин с признаками гиперандрогении (гирсутизм, акне, жирная себорея) предпочтительно использовать КПК, в состав которых входят прогестагены, обладающие антиандрогенными свойствами:

Этинилэстрадиол/ диеногест	внутри 30 мкг/2 мг 1 р/сут с 1-го по 21-й день м. ц. или Этинилэстрадиол/хлормадион ацетат внутри 30 мкг/2 мг 1 р/сут с 1-го по 21-й день м. ц. или Этинилэстрадиол/ципротерон внутри 35 мкг/2 мг 1р/сут с 1-го по 21-й день м. ц.
Этинилэстрадиол/ дроспиренон	внутри 30 мкг/3 мг 1 р/сут, 21-й сут, затем перерыв 7 сут.

Чистые прогестагены

Контрацептивная эффективность этих препаратов составляет от 3 до 10 беременностей на 100 женщин в течение 1 года.

«Мини-пили» в качестве метода контрацепции имеют ряд преимуществ:

- отсутствие эстрогензависимых побочных реакций;
- лучшая переносимость;
- возможность применения во время лактации;
- менее выраженное по сравнению с КПК системное влияние на организм;
- оказывают незначительное влияние на углеводный, жировой, белковый обмен, не влияют на АД;
- имеют выраженный лечебный и защитный эффект при дисменорее, воспалительных заболеваниях органов малого таза, ФКМ, генитальном эндометриозе;
- могут применяться у женщин с экстрагенитальной патологией (пороки сердца, сахарный диабет безосудистых осложнений, варикозное расширение вен, артериальная гипертония, мигрень);
- у курящих женщин старше 35 лет.

*Дезогестрел
внутри*

75 мкг 1 р/сут с 1-го дня м. ц. в непрерывном режиме или Левоноргестрел внутри 30 мкг 1 р/сут с 1-го дня м. ц. в непрерывном режиме или Линестренол внутри 500 мкг 1 р/сут с 1-го дня м. ц. в непрерывном режиме

Инъекционная контрацепция

В настоящее время применяют 2 вида инъекционных стероидных ЛС:

*Медрокси-
прогестерон
(депо)*

*в/м 150 мг 1 раз в 90 сут или Норэтистерон в/м 200 мг
1 раз в 60 сут*

Экстренная контрацепция

Наиболее эффективны 2 метода экстренной контрацепции.

Использование ЛС и введение внутриматочного контрацептива.

Гормональная экстренная контрацепция. С этой целью используют КПК и чистые прогестагены в первые 24–72 ч после незащищенного полового акта.

КПК:

Этинилэстрадиол/ левоноргестрел	50 мкг/0,25 мг + Этинилэстрадиол/левоноргестрел
	50 мкг/0,25 мг + Этинилэстрадиол/левоноргестрел
	50 мкг/0,25 мг + Этинилэстрадиол/левоноргестрел
	50 мкг/0,25 мг

Чистые прогестагены:

Левоноргестрел	внутри 0,75 мг, затем перерыв 12 ч и повторный прием ЛС в той же дозе или Левоноргестрел внутри 1,5 мг, однократно (предпочтительно в течение 12 ч, но не позднее 72 ч после полового акта)
----------------	---

Данозол представляет соединение, обладающее способностью подавлять продукцию гонадотропинов, в результате чего происходит торможение овуляции и атрофия эндометрия.

Данозол	внутри 600 мг, затем перерыв 12 ч и повторный прием ЛС
---------	--

Мифепристон — синтетический антагонист прогестерона, производное норэтистерона.

Мифепристон	внутри 600 мг 1 р/сут, однократно или Мифепристон внутри 200 мг 1 р/сут с 23-го по 27-й день м. ц.
-------------	--

Введение ВМК может быть произведено в течение 5–7 дней после незащищенного полового акта. Учитывая риск развития воспалительных заболеваний гениталий

введение ВМК нецелесообразно применять у молодых нерожавших женщин, при наличии более одного полового партнера, при случайных половых связях.

Следует особо подчеркнуть, что ЭК — это разовая контрацепция. Ее категорически нельзя использовать постоянно. В определенных ситуациях ЭК является единственной возможностью предотвращения нежеланной беременности.

Внутриматочная контрацепция

Все ВМК подразделяют на 2 типа:

- нейтральные (немедикаментозные);
- медикаментозные, содержащие медь и гестагены.

ВМК является оптимальным методом контрацепции для рожавших женщин, имеющих одного полового партнера.

Обследование перед введением ВМК:

- сбор анамнеза для исключения противопоказаний;
- гинекологическое обследование;
- бактериоскопическое исследование отделяемого вагины, цервикального канала и уретры;
- ПЦР диагностика ИППП;
- ОАК;
- ОАМ;
- анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В, С;
- ТВУЗИ органов малого таза.

Введение ВМК врач производит:

- на 4–8 день м. ц.;
- после кесарева сечения ил после родов через 48 часов;
- сразу или в течение 4-х дней после аборта.

ВМК рекомендуют использовать в течение 3–5 лет. По истечению этого срока ВМК необходимо удалить, и при необходимости заменить на новый.

Спермициды

В России зарегистрированы следующие лекарственные формы:

- вагинальные суппозитории;
- вагинальные таблетки;
- вагинальный крем;
- вагинальные тампоны;
- вагинальные капсулы.

Спермициды на основе бензалкония хлорида обладают выраженным спермицидным и антисептическим действием, не травмируют слизистую оболочку влагалища. Бензалкония хлорид не проникает в кровь и грудное молоко, поэтому может применяться после родов в период грудного вскармливания. Лекарственные формы на основе бензалкония хлорида отличаются временем начала действия, продолжительностью контрацептивного эффекта, наличием лубрикантного (увлажняющего) эффекта.

Спермициды на основе ноноксинола выпускаются в виде вагинальных суппозиториях.

Преимущества спермицидов:

- снижают риск инфекций, передаваемых половым путем;
- не оказывают системного действия на организм женщины;
- могут использоваться в течение длительного времени;
- могут сочетаться с другими барьерными методами;

Ограничения к использованию:

- анатомические особенности, затрудняющие введение средства;
- острые воспалительные заболевания половых органов;
- повышенная чувствительность к компонентам ЛС.

Климактерический период и менопауза

Так как большинство заболеваний в климактерическом периоде возникает в результате дефицита половых гормонов, патогенетически обосновано назначение ЗГТ с целью замещения гормональной функции яичников у женщин, испытывающих дефицит половых гормонов. Важно достичь таких уровней гормонов в крови, которые бы реально улучшили общее состояние, обеспечили и профилактику поздних обменных нарушений и не вызывали побочных эффектов.

Показания к применению ЗГТ в перименопаузе:

- ранняя и преждевременная менопауза (в возрасте моложе 40 лет);
- искусственная менопауза (хирургическая, рентгенотерапия);
- первичная аменорея;
- вторичная аменорея (более 1 года) в репродуктивном возрасте;
- ранние вазомоторные симптомы климактерического синдрома в пременопаузе;
- урогенитальные расстройства (УГР);
- наличие факторов риска развития остеопороза (см. «Остеопороз в постменопаузе»).

В постменопаузе ЗГТ назначают с **лечебной и профилактической целью**: с лечебной — для коррекции нейровегетативных, косметических, психологических расстройств, УГР; с профилактической — для предотвращения остеопороза.

В настоящее время достоверных данных об эффективности ЗГТ для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний нет.

Основные принципы ЗГТ:

- используются лишь натуральные эстрогены и их аналоги. Доза эстрогенов небольшая и соответствует тако-

вой в ранней и средней фазе пролиферации у молодых женщин;

- обязательное сочетание эстрогенов с прогестагенами (при сохраненной матке) предотвращает развитие гиперплазии эндометрия;
- все женщины должны быть информированы о возможном влиянии кратковременного и длительного дефицита эстрогенов на организм. Следует также информировать женщин о положительном влиянии ЗГТ, противопоказаниях и побочных эффектах ЗГТ;
- для обеспечения оптимального клинического эффекта с минимальными побочными реакциями крайне важно определить наиболее приемлемые оптимальные дозы, типы и пути введения гормональных ЛС.

Существуют три основных режима ЗГТ:

- монотерапия эстрогенами или гестагенами;
- комбинированная терапия (эстроген-гестагенные ЛС) в циклическом режиме;
- комбинированная терапия (эстроген-гестагенные ЛС) в монофазном непрерывном режиме.

С лечебной целью ЗГТ назначают сроком до пяти лет. При более длительном применении в каждом конкретном случае должны соизмеряться эффективность (например, снижение риска перелома шейки бедренной кости вследствие остеопороза) и безопасность (степень риска развития рака молочной железы) этой терапии.

В настоящий момент ограничений по срокам назначения ЗГТ нет, при условии ежегодной оценки пользы и риска врачом, а также обсуждения соотношения риск/польза с пациенткой. При получении ЗГТ женщины должны проводить обследование каждые 6 месяцев, включающее: ТВУЗИ, биохимический анализ крови, коагулограмму, осмотр гинеколога. Маммография показана ежегодно для женщин старше 50 лет и 1 раз в 2 года моложе 50 лет.

Данные проведенных в США исследований (WHI и «Изучение Здоровья Медсестер» (Nurses' Health Study)) свидетельствуют, что долгосрочное использование моно-

терапии эстрогенами в течение 7 и 15 лет соответственно не увеличивает риск развития рака молочных желез у женщин.

Монотерапия эстрогенами и гестагенами

Монотерапия эстрогенами рекомендуется женщинам с удаленной маткой.

<i>Эстрадиол</i>	<i>внутри 2 мг 1 р/сут, циклически (курс терапии составляет 21 сут, перерывы между курсами 1 нед) или постоянно, до 5 лет</i>
<i>Эстрадиола валерат</i>	<i>внутри 2 мг 1 р/сут, циклически (курс терапии составляет 21 сут, перерывы между курсами 1 нед) или постоянно, до 5 лет</i>
<i>Эстрогены конъюгированные</i>	<i>внутри 0,625 мг 1 р/сут, циклически (курс терапии составляет 21 сут, перерывы между курсами 1 нед) или постоянно, до 5 лет</i>

Эстрогены можно также вводить через кожу.

<i>Эстрадиол, гель</i>	<i>нанести на кожу живота или ягодиц 0,5–1 мг 1 р/сут, постоянно, или пластырь приклеить на кожу 0,05–0,1 мг 1 р/нед, до 5 лет</i>
------------------------	--

Показания к чрескожному введению эстрогенов.

- нечувствительность к пероральным ЛС;
- заболевания печени, поджелудочной железы, синдром мальабсорбции;
- нарушения в системе гемостаза, высокий риск развития венозного тромбоза;
- гипертриглицеридемия, развившаяся до перорального применения эстрогенов (особенно конъюгированных) или на его фоне;
- гиперинсулинемия;
- артериальная гипертензия;
- повышенный риск образования камней в желчных путях;
- курение;

- мигрень;
- для снижения инсулинорезистентности и улучшения толерантности к глюкозе;
- для полного выполнения больными схемы ЗГТ.

Монотерапию гестагенами назначают в пременопаузе женщинам с миомой матки и аденомиозом, при которых не требуется оперативное лечение, с дисфункциональными маточными кровотечениями.

<i>Дидрогестерон</i>	внутри 10–20 мг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день или с 11-го по 25-й день м. ц., до 5 лет
<i>Левоноргестрел, внутриматочная система</i>	ввести в полость матки, однократно
<i>Дезогестрел</i>	внутри 75 мкг 1р/сут 28 дней непрерывно
<i>Медроксипрогестерон</i>	внутри 10 мг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день или с 11-го по 25-й день м. ц., до 5 лет
<i>Прогестерон</i>	внутри 100–200 мкг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день или с 11-го по 25-й день м. ц., или во влагалище 100–200 мкг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день или с 11-го по 25-й день м. ц., до 5 лет

При нерегулярных циклах гестагены можно назначать только с 11-го по 25-й день м. ц. (для его регуляции); при регулярных подходят обе схемы применения ЛС.

Терапия комбинированными двух- или трехфазными эстроген-гестагенными ЛС в циклическом или непрерывном режиме

Такая терапия показана женщинам в перименопаузе с сохраненной маткой.

Применение двухфазных эстроген-гестагенных ЛС в циклическом режиме:

<i>Эстрадиола валерат</i>	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* <i>Эстрадиола валерат/левоноргестрел</i> внутри 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
---------------------------	---

Эстрадиола валерат внутрь 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* **Эстрадиола валерат/медроксипрогестерон** внутрь 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или **Эстрадиола валерат/ципротерон** внутрь 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут

* После окончания курса лечения.

Применение двухфазных эстроген-гестагенных ЛС в непрерывном режиме:

Эстрадиол внутрь 2 мг 1 р/сут, 14 сут +* **Эстрадиол/дидрогестерон** внутрь 2 мг/10 мг 1 р/сут, 14 сут

Эстрогены конъюгированные/медроксипрогестерон внутрь 0,625 мг/5 мг 1 р/сут, 14 сут + **Эстрогены конъюгированные/медроксипрогестерон** внутрь 0,625 мг/5 мг 1 р/сут, 14 сут

* После окончания курса лечения.

Применение двухфазных эстроген-гестагенных ЛС с пролонгированной эстрогенной фазой в непрерывном режиме:

Эстрадиола валерат внутрь 2 мг 1 р/сут, 7 сут +* **Эстрадиола валерат/медроксипрогестерон** внутрь 2 мг/20 мг 1 р/сут, 14 сут +* **Плацебо** внутрь 1 р/сут, 7 сут

* После окончания курса лечения.

Применение трехфазных эстроген-гестагенных ЛС в 3 непрерывном режиме:

Эстрадиол внутрь 2 мг 1 р/сут, 12 сут +* **Эстрадиол/норэтистерон** внутрь 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут +* **Эстрадиол** внутрь 1 мг 1 р/сут, 6 сут

* После окончания курса лечения.

Терапия комбинированными монофазными эстроген-гестагенными ЛС в непрерывном режиме

Показана женщинам в постменопаузе с сохраненной маткой. Данный режим ЗГТ рекомендуется также женщинам, перенесшим гистерэктомию по поводу аденомиоза или рака внутренних половых органов (матки, шейки матки, яични-

ков) не ранее чем через 1–2 года после операции (назначение согласуют с онкологами). Показания — тяжелый КС после излечения начальных стадий рака эндометрия и злокачественных опухолей яичников (излеченный рак шейки матки, вульвы и влагалища не считаются противопоказаниями к применению монофазных эстроген-гестагенных ЛС).

<i>Эстрадиол/дидрогестерон</i>	<i>внутри 1 мг/5 мг 1 р/сут, постоянно</i>
<i>Эстрадиола валерат/диеногест</i>	<i>внутри 2 мг/2 мг 1 р/сут, постоянно</i>
<i>Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон</i>	<i>внутри 2 мг/5 мг 1 р/сут, постоянно, или 1 мг/2,5 мг 1 р/сут, постоянно</i>
<i>Эстрадиол/дроспиренон</i>	<i>внутри 1 мг/2 мг 1 р/сут постоянно</i>
<i>Эстрадиол/дидрогестерон</i>	<i>внутри 1 мг/5 мг 1 р/сут, постоянно</i>
<i>Эстрадиол/норэтистерон</i>	<i>внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, постоянно</i>
<i>Эстрогены конъюгированные/ медроксипрогестерон</i>	<i>внутри 0,625 мг/5 мг 1 р/сут, постоянно, или 0,625 мг/2,5 мг 1 р/сут, постоянно</i>

Терапия ЛС с эстрогенным, гестагенным и андрогенным эффектами

К альтернативным ЛС у женщин в постменопаузе относят комбинированное эстроген-андрогенное ЛС и тиболон, дающий эстрогенный, гестагенный и андрогенный эффекты. **Эстрадиол/прастерон** показан в том числе женщинам после овариэктомии, поскольку у них развивается эстроген- и андрогендефицитное состояние.

<i>Тиболон</i>	<i>внутри 2,5 мг 1 р/сут, постоянно</i>
<i>Эстрадиол/ прастерон</i>	<i>в/м 4 мг/200 мг 1 р каждые 4 недели, затем при достижении эффекта интервал между введениями может быть увеличен до 5–6 недель</i>

Показания к применению ЛС с эстрогеноподобным действием в перименопаузе:

- ранняя и преждевременная менопауза (37–45 лет);
- искусственная менопауза (хирургическая, рентгенотерапия);

- ранние вазомоторные симптомы КС в пременопаузе;
- урогенитальные расстройства
- Наличие противопоказаний к применению ЗГТ
- Нежелание пациентки по каким-либо причинам использовать ЗГТ

Сагенил

внутри 100 мг 1 р/сут, длительно

Фитотерапия, терапия, гомеопатическими средствами

При противопоказаниях к ЗГТ или нежелании женщины принимать ЗГТ возможно назначение растительных (фитогормонов, фитоэстрогенов) и гомеопатических ЛС.

Фитогормоны — вещества растительного происхождения, оказывающие терапевтический эффект благодаря изофлавиновой структуре. Они содержатся в таких растениях, как цимицифуга¹, мельброзия, рапontiцин.

Кровотечения маточные в последовом периоде

В случае появления кровяных выделений в последовом периоде при наличии признаков полного отделения плаценты с целью ускорения выделения последа показано применение приема Абуладзе или Креде—Лазаревича.

В отсутствие признаков полного отделения плаценты и кровопотери, достигающей 250–300 мл, показано руч-

¹ Климадинон®/Климадинон® УНО (Бионорика, Германия) — раствор д/приема внутрь, таблетки, покрытые оболочкой. По 30 кап./1 табл. 2 р/сут; Уно — по 1 табл. 1 р/сут в течение 3 мес.

ное отделение плаценты и выделение последа. После выделения последа вводят сокращающие матку средства, проводят инфузионную терапию и возмещение кровопотери. Показано введение антибиотиков.

При истинном приращении плаценты ручное отделение неэффективно. Необходимо произвести лапаротомию, надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки в зависимости от места локализации плаценты.

Общие принципы ведения родов:

- коррекция гемодинамических нарушений;
- устранение источника кровотечения путем ампутации или экстирпации матки;
- купирование коагулопатии (кровотечения);
- заместительная терапия факторами свертывания крови и их ингибиторами.

Профилактика кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах включает в себя:

- своевременное лечение воспалительных заболеваний, борьбу с искусственными абортами и невынашиванием;
- рациональное ведение беременности, профилактику гестозов и осложнений беременности;
- правильную оценку акушерской ситуации в родах, оптимальную регуляцию родовой деятельности, обезболивание родов и своевременное решение вопроса об оперативном родоразрешении;
- рациональное ведение послеродового и раннего послеродового периодов, профилактическое введение медикаментозных средств, вызывающих сокращение матки, в конце периода изгнания, в послеродовом и раннем послеродовом периодах;
- после рождения ребенка обязательными являются опорожнение мочевого пузыря, лед на нижние отделы живота после рождения последа, периодический наружный массаж матки, тщательный учет теряемой крови и оценка общего состояния роженицы. Лечение должно быть комплексным и заключаться

в остановке кровотечения, возмещении кровопотери и терапии ее последствий, коррекции гемостаза, профилактике гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде.

Терапия утеротоническими средствами

Динопрост в/в капельно 1 мл (5 мг) (в 500 мл 5% р-ра декстрозы или 500 мл 0,9% р-ра натрия хлорида), однократно + **Метилэргометрин**, 0,02% р-р, в/в 1 мл, однократно + **Окситоцин** в/в капельно 1 мл (5 ЕД) (в 500 мл 5% р-ра декстрозы или 500 мл 0,9% р-ра натрия хлорида), однократно

Гемостатическая и кровезамещающая терапия

Альбумин, 5% р-р в/в капельно 200–400 мл 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + **Аминометилбензойная кислота** в/в 50–100 мг 1–2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + **Апротинин** в/в капельно 50000–100000 ЕД до 5 р/сут или 25000 ЕД 3 р/сут (в зависимости от конкретного ПС), длительность терапии определяют индивидуально + **Гидроксиэтилкрахмал**, 6 или 10% р-р, в/в капельно 500 мл 1–2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + **Декстран**, средняя молекулярная масса 30000–40000 в/в капельно 400 мл 1–2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + **Кальция глюконат**, 10% р-р, в/в 10 мл 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + **Плазма бесцитратная** в/в 250 мл 1–2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + **Транексамовая кислота** в/в 500 мг 1–2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + **Этамзилат**, 0,125% р-р, в/в 2–4 мл 2–3 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально

По показаниям применяют эритроцитарную и тромбоцитарную массу.

Гемостатическую терапию проводят до остановки кровотечения.

Антибактериальная терапия

Для профилактики развития гнойно-воспалительных осложнений назначают антибактериальные ЛС.

Амоксициллин/клавулановая кислота	в/м 1,0 г/0,2 г 3 р/сут, 7 сут
Ампициллин	в/м 0,25–0,5 г 4 р/сут, 7 сут
Ампициллин/оксациллин	в/м 1 г 4 р/сут, 7 сут
Гентамицин	в/м 80 мг 2 р/сут, 7 сут
Линкомицин	в/м 0,6 г 2 р/сут, 7 сут
Метронидазол, 0,5% р-р	в/в капельно 100 мл 2 р/сут, 7 сут
Цефазолин	в/м 1 г 3–4 р/сут, 7 сут

Противоанемическая терапия

Железа (III) гидроксид полимальтозат	внутри 1 табл, 2 р/сут или в/м 2 мл 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + Фолиевая кислота
Железа сульфат/аскорбиновая кислота	внутри 0,5–1 мг 2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + Цианокобаламин в/в 100 мкг/сут, длительность терапии определяют индивидуально
Железа сульфат/аскорбиновая кислота	внутри 0,05 г (в пересчете на железо) 2–3 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + Фолиевая кислота внутри 0,5–1 мг 2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + Цианокобаламин в/в 100 мкг/сут, длительность терапии определяют индивидуально

Кровотечения маточные в раннем послеродовом периоде

При задержке в матке частей плаценты показано их удаление.

При коагулопатиях показана их коррекция в зависимости от имеющихся изменений.

При нарушении сократительной способности матки в раннем послеродовом периоде при кровопотере, превышающей 0,5 % массы тела (350–400 мл), должны быть использованы все средства борьбы с этой патологией:

- опорожнение мочевого пузыря мягким катетером;
- наружный массаж матки;
- применение холода на нижние отделы живота;
- использование средств, усиливающих сокращение миометрия;
- ручное обследование стенок полости послеродовой матки;
- клеммы на параметрий по Бакшееву;
- при неэффективности проведенных мероприятий обоснованы лапаротомия и экстирпация матки.

При продолжающемся кровотечении показана эмболизация сосудов малого таза или перевязка внутренних подвздошных артерий.

Важное значение при лечении гипотонического кровотечения имеют своевременно начатая инфузионная терапия и возмещение кровопотери, применение препаратов, улучшающих реологические свойства крови и микроциркуляцию, предупреждающих развитие геморрагического шока и коагулопатических нарушений.

Терапия утеротоническими средствами

Динопрост	в/в капельно 1 мл (5 мг) (в 500 мл 5% р-ра декстрозы или 500 мл 0,9% р-ра натрия хлорида), однократно + Метилэргометрин, 0,02% р-р, в/в 1 мл, однократно + Окситоцин в/в капельно 1 мл (5 ЕД) (в 500 мл 5% р-ра декстрозы или 500 мл 0,9% р-ра натрия хлорида), однократно
------------------	--

Гемостатическая и кровезамещающая терапия

Альбумин, 5% р-р	в/в капельно 200–400 мл 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + Аминометилбензойная кислота в/в 50–100 мг 1–2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + Апротинин в/в капельно 50000–100000 ЕД до 5 р/сут или 25000 ЕД 3 р/сут (в зависимости от конкретного ЛС), длительность терапии определяют индивидуально + Гидросизтилкрахмал , 6 % или 10 % р-р, в/в капельно 500 мл 1–2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + Декстран , средняя молекулярная масса 30000–40000 в/в капельно 400 мл 1–2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + Кальция глюконат , 10 % р-р, в/в 10 мл 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + Плазма бесцитратная в/в 250 мл 1–2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + Транексамовая кислота в/в 500 мг 1–2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + Этамзилат , 0,125 % р-р, в/в 2–4 мл 2–3 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально
-----------------------------	---

По показаниям применяют эритроцитарную и тромбоцитарную массу.

Гемостатическую терапию проводят до остановки кровотечения.

Противоанемическая терапия

Железа (III) гидроксид и полимальтозат	внутри 1 табл. 2 р/сут или в/м 2 мл 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + Фолиевая кислота внутри 0,5–1 мг 2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + Цианокобаламин в/в 100 мкг/сут, длительность терапии определяют индивидуально
---	--

Железа сульфат/ аскорбиновая кислота	внутри 0,05 г (в пересчете на железо) 2–3 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + Фолиевая кислота внутри 0,5–1 мг 2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + Цианокобаламин в/в 100 мкг/сут, длительность терапии определяют индивидуально
---	--

Кровотечения маточные в пубертатном периоде

Основные задачи лечения маточных кровотечений в пубертатном периоде (МКПП):

- остановка кровотечения;
- регуляция менструального цикла;
- коррекция нарушений физического и психического состояния.

Тактика лечения определяется индивидуально в каждом конкретном случае.

I этап лечения

I этап лечения — остановка маточного кровотечения. Выбор метода гемостаза определяется общим состоянием пациентки и выраженностью кровопотери.

Гемостатическая терапия

Лечение начинают с симптоматической гемостатической терапии.

Аминокaproновая кислота	внутри 5 г, однократно, затем 1 г каждый час в течение не более 8 ч ± Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в/м 0,5 мл 2 р/сут, 3–4 сут или Окситоцин в/м 5 МЕ 2 р/сут, 3–4 сут
Апротинин	в/в 100 000 ЕД каждые 2–3 ч, по мере улучшения состояния дозу постепенно уменьшают до 300 000–500 000 ЕД/сут, 3–4 сут ± Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в/м 0,5 мл 2 р/сут, 3–4 сут или Окситоцин в/м 5 МЕ 2 р/сут, 3–4 сут
Кальция хлорид, 10 % р-р	в/в 10 мл 1–2 р/сут, 3–4 сут ± Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в/м 0,5 мл 2 р/сут, 3–4 сут или Окситоцин в/м 5 МЕ 2 р/сут, 3–4 сут

Менадиона натрия бисульфит	внутри 15 мг 1 р/сут, 3–4 сут ± Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в/м 0,5 мл 2 р/сут, 3–4 сут или Окситоцин в/м 5 МЕ 2 р/сут, 3–4 сут
Транексамовая кислота	внутри 1–1,5 г 3–4 р/сут или в/в 5 мл 2–4 р/сут, 3–4 сут ± Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в/м 0,5 мл 2 р/сут, 3–4 сут или Окситоцин в/м 5 МЕ 2 р/сут, 3–4 сут
Этамзилат	внутри 500 мг 4 р/сут или в/м 2 мл 2 р/сут, 3–4 сут ± Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в/м 0,5 мл 2 р/сут, 3–4 сут или Окситоцин в/м 5 МЕ 2 р/сут, 3–4 сут

Метилэргометрин можно назначать в сочетании с этамзилатом, однако при наличии или при подозрении на наличие полипа эндометрия либо миомы от назначения метилэргометрила лучше воздержаться из-за возможности усиления кровяных выделений и возникновения болей внизу живота.

Физиотерапия

Помимо фармакотерапии применяют немедикаментозные методы воздействия.

Могут быть использованы следующие физиотерапевтические методики:

- гальванизация синокаротидной зоны;
- вибрационный массаж паравертебральных зон;
- эндоназальная гальванизация;
- эндоназальный электрофорез ионов кальция.

Гормональная терапия

Показания к гормональному гемостазу:

- отсутствие эффекта от симптоматической терапии;
- тяжелая анемия на фоне длительного кровотечения;
- рецидивирующие кровотечения в отсутствие органических заболеваний матки.

Гормональную терапию назначают по следующим схемам:

Эстрадиол	внутри 2 мг 2 р/сут, до остановки кровотечения, затем 2 мг 1 р/сут, общая длительность терапии 21 сут + Дидрогестерон внутри 10 мг 2 р/сут, с 16-го дня приема эстрогенов, 10 сут или Прогестерон внутри 100 мг 3 р/сут, с 16-го дня приема эстрогенов, 10 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 2 р/сут, до остановки кровотечения, затем 2 мг 1 р/сут, общая длительность терапии 21 сут + Дидрогестерон внутри 10 мг 2 р/сут, с 16-го дня приема эстрогенов, 10 сут или Прогестерон внутри 100 мг 3 р/сут, с 16-го дня приема эстрогенов, 10 сут
Этинилэстрадиол/ дезогестрел	внутри 30 мкг/150 мкг по 1/2 табл. каждые 4 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1/2 табл./сут до 1 табл./сут, общая длительность терапии 21 сут
Этинилэстрадиол/ левоноргестрел	внутри 30 мкг/150 мкг по 1/2 табл. каждые 4 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1/2 табл./сут до 1 табл./сут, общая длительность терапии 21 сут

Терапия препаратами железа

При выраженной анемии назначаются препараты железа.

Железа глюконат/ марганца глюконат/ меди глюконат, р-р	внутри 100–200 мг/сут (по железу) в 2–4 приема (взрослым); 5–7 мг/кг/сут в 2–4 приема (подросткам)
Железа сульфат*/ аскорбиновая кислота	внутри 100 мг/60 мг 2 р/сут, или 80 мг/30 мг 1–2 р/сут, или 50 мг/30 мг 1–2 р/сут, 8 нед после нормализации уровня гемоглобина
* Во всех препаратах доза железа сульфата приведена при перерасчете на Fe ²⁺ .	

Критерием эффективности проводимого лечения препаратами железа служит появление ретикулярного криза (повышение числа ретикулоцитов по сравнению с исходным уровнем) с последующим увеличением уровня гемоглобина. В этом случае терапию продолжают в суточной

дозе до полной нормализации уровня гемоглобина. После этого лечение проводят еще не менее 8 недель, сократив суточную дозу препарата до разовой, что позволит удовлетворить потребности роста организма и пополнить запасы железа.

В тех случаях, когда прием препаратов железа не сопровождается ретикулярным кризом и увеличением уровня гемоглобина, лечение прекращают. Необходимо помнить, что при остром воспалительном процессе у подростков железо практически не усваивается и накапливается в очаге воспаления, а не расходуется на синтез гемоглобина.

Хирургическое лечение

При неэффективности гормональной терапии, рецидивирующих и анемизирующих кровотечениях с целью гемостаза и диагностики патологических состояний эндометрия показано **выскабливание слизистой оболочки тела матки под контролем гистероскопии.**

Противомикробная терапия

На I этапе лечения одновременно с гемостатической терапией могут быть назначены **противомикробные ЛС.**

Показания к антибактериальной терапии:

- рецидивирующие или длительные (более двух месяцев) анемизирующие кровотечения;
- выявление патогенной (условно-патогенной) микрофлоры (в количествах, превышающих нормальный уровень) после раздельного диагностического выскабливания.

Антибактериальная терапия должна проводиться с учетом чувствительности флоры влагалища или цервикального канала к антибиотикам, одновременно для профилактики дисбактериоза назначают **противогрибковые ЛС.**

Амоксициллин/ клавулановая кислота	внутри 625 мг 3 р/сут, 7 сут + Метронидазол в/в 500 мг 1 р/сут, 3 сут + Кетоконазол внутри 200 мг 2 р/сут, 7–14 сут, или Флуконазол внутри 150 мг, однократно
Джозамицин	внутри 500 мг 2 р/сут, 7–10 сут + Метронидазол в/в 500 мг 1 р/сут, 3 сут + Кетоконазол внутри 200 мг 2 р/сут, 7–14 сут, или Флуконазол внутри 150 мг, однократно
Офлоксацин	внутри 200 мг 2 р/сут, 7–10 сут + Метронидазол в/в 500 мг 1 р/сут, 3 сут + Кетоконазол внутри 200 мг 2 р/сут, 7–14 сут, или Флуконазол внутри 150 мг, однократно
Рокситромицин	внутри 150 мг 2 р/сут, 7–10 сут + Метронидазол в/в 500 мг 1 р/сут, 3 сут + Кетоконазол внутри 200 мг 2 р/сут, 7–14 сут, или Флуконазол внутри 150 мг, однократно
Цефтриаксон	в/м 1 г 2 р/сут, 5 сут + Метронидазол в/в 500 мг 1 р/сут, 3 сут + Кетоконазол внутри 200 мг 2 р/сут, 7–14 сут, или Флуконазол внутри 150 мг, однократно

II этап лечения

II этап лечения МКПП включает терапию, направленную на регуляцию м. ц. и профилактику рецидива кровотечения, коррекцию нарушений физического и психического состояния:

- коррекцию пищевого поведения (калорийное и разнообразное питание с достаточным количеством животного белка);
- соблюдение режима труда и отдыха, закаливание;
- коррекцию осанки (при необходимости);
- немедикаментозную противорецидивную терапию:
- иглорефлексотерапию;
- магнитотерапию;
- электропунктуру;
- санацию очагов инфекции;
- витаминотерапию;
- гормональную терапию;
- терапию, направленную на улучшение функции центральной нервной системы.

Витаминотерапия

Витаминотерапия проводится циклически.

Аскорбиновая кислота	внутри 0,5 г 2 р/сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., 3 мес (2–3 курса в год) + Витамин Е внутри 200–400 мг/сут, 3 мес (2–3 курса в год) + Магния лактат/пиридоксин внутри 1 табл. 2 р/сут, 3 мес (2–3 курса в год) + Фолиевая кислота внутри 1 мг 3 р/сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., 3 мес (2–3 курса в год)
-----------------------------	--

Гормональная терапия

Выбор метода гормональной терапии диктуется степенью эстрогенной насыщенности организма.

При гипоэстрогенных МКПН назначаются ЛС, содержащие натуральные эстрогены.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, с 5-го по 13-й день м. ц., 6–12 мес + Эстрадиола валерат/левоноргестрел внутри 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, с 14-го по 25-й день м. ц., 6–12 мес
---------------------------	---

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, с 5-го по 15-й день м. ц., 6–12 мес + Эстрадиола валерат/медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 6–12 мес или Эстрадиола валерат/ципротерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 6–12 мес
---------------------------	--

При нормальном или повышенном содержании эстрадиола в сыворотке крови ЛС выбора являются гестагены или КПК.

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2–3 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не менее 3–4 мес
----------------------	--

Прогестерон	внутри 100 мг 2–3 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не менее 3–4 мес
--------------------	---

Этинилэстрадиол/гестоден	внутри 30 мкг/75 мкг, с 1-го по 21-й день м. ц., 3 мес
---------------------------------	--

Этинилэстрадиол/дезогестрел	внутри 30 мкг/150 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3 мес
------------------------------------	---

Этинилэстрадиол/левоноргестрел	внутри 30 мкг/150 мкг, с 1-го по 21-й день м. ц., 3 мес
---------------------------------------	---

Через три месяца приема низкодозных КПК возможно назначение микродозных КПК.

Этинилэстрадиол/ гестоден	внутри 20 мкг/75 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес
------------------------------	--

Этинилэстрадиол/ дезогестрел	внутри 20 мкг/150 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес
---------------------------------	---

Терапия, направленная на улучшение функции ЦНС

Одновременно с витаминотерапией и гормональной терапией используют ЛС, улучшающие функциональное состояние ЦНС.

Глутаминовая кислота	внутри 0,5 г 2 р/сут, 3 мес (2–3 курса в год) + Ацетиламиноянтарная кислота внутри 10 мл 1 р/сут, 1 мес (2–3 курса в год,) или Винпоцетин внутри 5 мг 3 р/сут, 1–2 мес, или Глицин внутри 50–100 мг 2–3 р/сут, 1–2 мес, или Пентоксифиллин внутри 10 мг/кг/сут в 3 приема, 1–2 мес, или Пирацетам внутри 50–100 мг 1–2 р/сут, 2–3 нед— 2 мес, или Циннаризин внутри 6,25–12,5 мг 1–2 р/сут, 1–2 мес + Карбамазепин внутри 100 мг 2 р/сут, 2–4 нед, или Фенитоин внутри 117– 234 мг (1/2–1 таблетка) 1–2 р/сут, 3–6 мес
-------------------------	---

Лимфогранулематоз у беременных

В настоящее время существует три метода лечения лимфогранулематоза — химиотерапия, лучевая терапия и комбинированное лечение.

До недавнего времени выявление лимфогранулематоза во время беременности считалось абсолютным показанием к ее прерыванию вне зависимости от срока.

Однако в последнее десятилетие были опубликованы результаты нескольких исследований, показавших возможность лечения этого заболевания во время беременности с использованием химиопрепаратов, не проникающих через плацентарный барьер и не оказывающих выраженного мутагенного воздействия.

Тактика ведения беременных с впервые диагностированным лимфогранулематозом или его рецидивом зависит от срока беременности и особенностей клинического течения заболевания:

- при выявлении лимфогранулематоза в **I триместре** целесообразно прерывание беременности;
- во **II триместре** (если женщина настаивает на сохранении беременности) необходимо проведение химиотерапии. Прервать лечение следует за три недели до планируемых родов, чтобы избежать миелосупрессивного влияния лечения на кроветворную систему ребенка;

- в III триместре при хорошем самочувствии беременной и в отсутствие симптомов интоксикации, быстрого прогрессирования болезни и синдрома сдавления верхней полой вены предпочтительна и возможна выжидательная тактика и донашивание беременности до сроков, близких к срокам родов. Однако сразу после родов необходимо прерывать лактацию и начать лечение. В настоящее время большинство авторов считают возможным проводить химиотерапию и в последнем триместре беременности.

Отдельные клиники при I или II стадиях заболевания и при поражении только шейно-надключичных лимфатических узлов применяют лучевую терапию.

Для лечения лимфогранулематоза во время беременности наиболее целесообразно применять следующую схему полихимиотерапии:

Блеомицин	<i>в/в капельно 10 мг/м² в 1-й и 14-й день + Винбластин в/в капельно 6 мг/м² в 1-й и 14-й день + Дакарбазин в/в струйно 375 мг/м² в 1-й и 14-й день + Доксорубин в/в капельно 25 мг/м² в 1-й и 14-й день</i>
------------------	--

Препараты блеомицин, доксорубин, винбластин относятся к категории D.

При I и II стадиях с благоприятным прогнозом необходимо использование не менее четырех курсов химиотерапии, при остальных стадиях — не менее шести курсов.

Повторный курс проводят через две недели.

Меноррагии

Терапия меноррагии всегда включает два этапа:

- первый этап — остановка маточного кровотечения;
- второй этап — лечение выявленной патологии (медикаментозное или хирургическое) с целью профилактики рецидивов кровотечения.

Выбор метода лечения на этих этапах зависит от причины, приведшей к меноррагии.

Методы остановки маточного кровотечения:

- симптоматическая гемостатическая терапия или гормональный гемостаз — при дисфункциональных меноррагиях;
- лечение основного заболевания (помимо консервативной гемостатической терапии) при экстрагенитальной патологии:
 - гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание стенок полости матки, резектоскопия или гистерэктомия — при наличии внутриматочной патологии;
 - оперативное лечение — часто при осложненной маточной и внематочной беременности;
 - эмболизация или склерозирование маточных сосудов — при их аномалиях.

При дисфункциональных меноррагиях лечение начинают с симптоматической гемостатической терапии.

Применяют ЛС следующих групп:

- нестероидные противовоспалительные средства (НПВС);

- ингибиторы фибринолиза;
- ЛС, оказывающие ангиопротективное действие и улучшающие микроциркуляцию.

Наиболее рационально комплексное использование ЛС всех трех групп.

Терапия НПВС

Применение НПВС способствует уменьшению менструальной кровопотери и выраженности альгодисменореи.

<i>Диклофенак</i>	<i>внутри 50 мг 2 р/сут. до остановки кровотечения</i>
<i>Мефенамовая кислота</i>	<i>внутри 0,5 г 3 р/сут. до остановки кровотечения</i>
<i>Напроксен</i>	<i>внутри 0,5 г 3 р/сут. до остановки кровотечения</i>
<i>Флурбипрофен</i>	<i>внутри 50 мг 4 р/сут. до остановки кровотечения</i>

Терапия ингибиторами фибринолиза

Применение ингибиторов фибринолиза приводит к выраженному уменьшению кровопотери, повышению уровня гемоглобина крови.

<i>Аминокапроновая кислота</i>	<i>внутри 4–8 г/сут. до остановки кровотечения</i>
<i>Аминометилбензойная кислота</i>	<i>внутри 750 мг/сут. до остановки кровотечения</i>
<i>Транексамовая кислота</i>	<i>внутри 3–6 г/сут. до остановки кровотечения</i>

Терапия ЛС, оказывающими ангиопротективное действие и улучшающими микроциркуляцию

Данные ЛС применяют в комплексе с другими ЛС, оказывающими гемостатическое действие.

<i>Этамзилат</i>	<i>внутри 0,25–0,5 г 4 р/сут. до остановки кровотечения</i>
------------------	---

Гормональная терапия

В отсутствие эффекта от негормональной гемостатической терапии в течение трех дней с момента ее начала с целью остановки кровотечения проводят **гормональный гемостаз**.

Медрокси-прогестерон	внутри 10 мг каждые 6 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1/2 табл. в день до 10 мг 1 р/сут, 14–21 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг каждые 4–6 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1/2 табл. в день до 2 мг 1 р/сут, 14 сут +* Дидрогестерон внутри 10 мг 1 р/сут, 10–14 сут или Медроксипрогестерон внутри 10 мг 1 р/сут, 10–14 сут
Эстрогены конъюгированные	внутри 0,625 мг каждые 4–6 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1/2 табл. в день до 0,625 мг 1 р/сут или в/в 20–25 мг, затем внутри по схеме, описанной выше, 14 сут +* Дидрогестерон внутри 10 мг 1 р/сут, 10–14 сут или Медроксипрогестерон внутри 10 мг 1 р/сут, 10–14 сут
Этинилэстрадиол/гестоден	внутри 30 мкг/75 мкг каждые 4–6 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1/2 табл. в день до 30 мкг/75 мкг 1 р/сут, 21 сут
Этинилэстрадиол/дезогестрел	внутри 30 мкг/150 мкг каждые 4–6 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1/2 табл. в день до 30 мкг/150 мкг 1 р/сут, 21 сут
Этинилэстрадиол/диеногест	внутри 30 мкг/2 мг каждые 4–6 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1/2 табл. в день до 30 мкг/2 мг 1 р/сут, 21 сут
Этинилэстрадиол/ципротерон	внутри 35 мкг/2 мг каждые 4–6 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1/2 табл. в день до 35 мкг/2 мг 1 р/сут, 21 сут

* После окончания курса лечения.

Примечание: при анемии назначение «чистых» гестагенов с целью гемостаза не рекомендуется.

При выборе схемы лечения предпочтение отдают КПК.

При тяжелых меноррагиях целесообразно «выключение» менструации путем введения внутриматочной рилизинг-системы с левоноргестрелом, назначения ЛС с антигонадотропным действием или агонистов ГнРГ.

Бусерелин, спрей	интраназально 150 мг в каждую ноздрю 3 р/сут, 6 мес
Гестринон	внутри 2,5 мг 2 р/нед, 6 мес
Гозерелин	п/к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 р/28 сут, 6 мес
Даназол	внутри 200 мг 2–3 р/сут, 6 мес
Левоноргестрел, внутриматочная система	ввести в полость матки на 3–5-й день м. ц., однократно
Лейпрорелин	в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, 6 мес
Трипторелин	в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, 6 мес

В отсутствие эффекта от гормонотерапии показано хирургическое лечение — абляция эндометрия или гистерэктомия.

Профилактика рецидива меноррагий

После остановки кровотечения при дисфункциональных меноррагиях с целью профилактики их рецидива можно применять КПК или гестагены.

Длительность терапии определяется ее эффективностью и заинтересованностью женщины в беременности и может варьировать от 3 до 12 месяцев и более.

Профилактическая терапия КПК:

Этинилэстрадиол/ гестоден	внутри 30 мкг/75 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем 7 дневный перерыв, далее в течение 21 дня 3–12 мес
Этинилэстрадиол/ дезогестрел	внутри 30 мкг/150 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем 7 дневный перерыв, далее в течение 21 дня, 3–12 мес
Этинилэстрадиол/ диеногест	внутри 30 мкг/2 мг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем 7 дневный перерыв, далее в течение 21 дня, 3–12 мес
Этинилэстрадиол/ ципротерон	внутри 35 мкг/2 мг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем 7 дневный перерыв, далее в течение 21 дня, 3–12 мес

Профилактическая терапия гестагенами:

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–12 мес
Медрокси- прогестерон	внутри 10 мг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–12 мес
Норэтистерон	внутри 5 мг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–12 мес
Прогестерон	внутри 200–300 мг/сут в 2–3 приема, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–12 мес

В дни менструации можно проводить негормональную гемостатическую терапию по схемам, указанным выше. Длительность ее может варьировать от 3 до 12 месяцев и более.

Микоплазмоз урогенитальный у беременных

Комплексное лечение уrogenитального микоплазмоза (УГМ) у беременных включает:

- этиотропную терапию;
- назначение иммуномодулирующих ЛС;
- коррекцию нарушений в системе «мать—плацента—плод».

Противомикробная (этиотропная) терапия

Показания к этиотропной терапии:

- клинические проявления инфекционно-воспалительного процесса в уrogenитальном тракте;
- получение положительных результатов бактериологического исследования (обсемененность $\geq 10^6$ КОЕ/мл);
- наличие признаков внутриутробного инфицирования плода.

Применение противомикробных ЛС рекомендовано со II триместра беременности (не ранее 16–18-й недели и беременности).

ЛС выбора:

Джозамицин	внутри 0,5 г 3 р/сут, 7–10 сут
Спирамицин	внутри 3000000 ЕД 3 р/сут, 7–10 сут
Эритромицин	внутри 0,5 г 4 р/сут, 7–10 сут

Альтернативные ЛС:

Азитромицин	внутри 1 г, однократно или 0,5 г 1 р/сут, 3 сут
Эритромицин	внутри 0,25 г 4 р/сут, 14 сут

Так как УГМ чаще всего является ассоциированной инфекцией, наряду с перечисленными в схему лечения необходимо включить ЛС, активные в отношении анаэробов, и противогрибковые средства.

Метронидазол	внутри 2 г, однократно или 0,5 г 2 р/сут, 7 сут + Изоконазол во влагалище 0,6 г (1 свеча), однократно, или Клотримазол во влагалище 100 мг (1 вагинальная табл.) на ночь, 7 сут, или Натамицин во влагалище 100 мг (1 свеча) на ночь, 3–6 сут
--------------	---

Орнидазол	внутри 1,5 г, однократно + Изоконазол во влагалище 0,6 г (1 свеча), однократно, или Клотримазол во вла- галице 100 мг (1 вагинальная табл.) на ночь, 7 сут, или На- тамицин во влагалище 100 мг (1 свеча) на ночь, 3–6 сут
-----------	---

Тернидазол/ неомицин/ нистатин/ преднизолон	во влагалище 1 табл. на ночь, 6–10 сут
--	--

Восстановление микрофлоры влагалища

После проведения антибактериальной терапии с целью восстановления микроценоза влагалища рекомендуется назначение ЛС, восстанавливающих микрофлору вла-
галицы.

<i>Бифидобактерии бифидум</i>	<i>во влагалище 1 свеча на ночь, 10 сут</i>
<i>Лактобактерии ацидофильные</i>	<i>во влагалище 1 свеча на ночь, 10 сут</i>

Иммунотерапия

При необходимости проводят коррекцию нарушений иммунного и интерферонового статуса.

ЛС выбора:

<i>Иммуноглобулин человека нормальный</i>	<i>в/в капельно 0,25 г/кг 1 р/2 сут, всего 3 введения (при рецидиве заболевания — повторный курс)</i>
---	---

Альтернативные ЛС:

<i>Женьшень, экстракт</i>	<i>внутри 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес</i>
<i>Интерферон альфа-2b</i>	<i>в прямую кишку 500000 МЕ (1 свеча) 2 р/сут, 10 сут</i>
<i>Лимонника плоды, настойка</i>	<i>внутри 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес</i>
<i>Панкреатин/папаин/бромелаин/трипсин/химотрипсин/амилаза/липаза/рутозид</i>	<i>внутри 3–5 драже 3 р/сут, 2 нед–2 мес</i>
<i>Элеутерококка корневища и корни, экстракт</i>	<i>внутри 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес</i>

Микоплазмоз уrogenитальный у небеременных

Критериями для назначения этиотропной терапии при выявлении уrogenитального микоплазмоза (УГМ) следует считать:

- клинические проявления воспалительного процесса уrogenитального тракта;

- предстоящие оперативные или инвазивные вмешательства (роды, аборт, введение ВМС и т. д.);
- бесплодие, если все другие причины устранены;
- беременность с отягощенным акушерским анамнезом (выкидыши, преждевременные роды, мертворождение, перинатальная патология) и осложненным течением данной беременности.

При выявлении урогенитальных микоплазм в низких титрах (менее 10^4 КОЕ/мл) и в отсутствие клинических проявлений патологического процесса возможно рассматривать наличие микоплазм как носительство, при этом антибактериальная терапия не требуется.

Противомикробная терапия

Представители семейства *Mycoplasmataceae* чувствительны к противомикробным ЛС следующих фармацевтических групп:

- тетрациклинам;
- макролидам;
- линкозамидам;
- аминогликозидам;
- фторхинолонам.

С учетом этого для лечения урогенитального микоплазмоза назначают:

Азитромицин	внутрь 0,25 мг 1 р/сут, 6 сут
Гентамицин	в/м 80 мг г 3 р/сут, 7 сут
Джозамицин	внутрь 500 мг 2 р/сут, 10 сут
Доксициклин	внутрь 0,1 г 2 р/сут, 10 сут
Кларитромицин	внутрь 0,25 мг 2 р/сут, 10 сут
Метациклин	внутрь 0,3 г 4 р/сут, 10 сут
Мидекамицин	внутрь 0,4 г 3 р/сут, 10 сут
Офлоксацин	внутрь 0,2–0,4 г 2 р/сут, 10 сут
Рокситромицин	внутрь 0,15 г 2 р/сут, 10 сут
Тетрациклин	внутрь 0,5 г 4 р/сут, 10 сут
Эритромицин	внутрь 0,5 г 4 р/сут, 10 сут

Учитывая частое сочетание УГМ с инфекцией, вызванной бактероидами, анаэробами и грибами, в схемы антибактериальной терапии должны быть включены метронидазол и противогрибковые ЛС.

<i>Метронидазол</i>	<i>внутри 0,25 г 3 р/сут, 10 сут + Итраконазол внутри 100 мг 2 р/сут, 5–10 сут, или Флуконазол внутри 150 мг, однократно</i>
---------------------	--

Энзимная терапия

Антибактериальную терапию целесообразно проводить на фоне применения протеолитических ферментных препаратов или системных энзимов, потенцирующих действие антибиотиков.

<i>Панкреатин/папаин/бромелаин/трипсин/химотрипсин/амилаза/липаза/рутозид</i>	<i>внутри 1–5 драже 3 р/сут, 2 нед– 2 мес</i>
---	---

<i>Химотрипсин</i>	<i>в/м 2,5 мг 1 р/сут. Перед непосредственным использованием растворяют 5 мг в 1–2 мл физиологического раствора или 0,5%– 2% раствора прокаина, 10 сут</i>
--------------------	--

Примечание: при введении химотрипсина обязательное участие врача!

ВВЕДЕНИЕ
1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ
2. МЕТОДИКА РАБОТЫ

3. РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ
4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

5. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
6. ПРИЛОЖЕНИЯ

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ
8. ВЫВОДЫ

9. ЗАДАНИЯ К РАБОТЕ

10. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ
11. ЗАДАНИЯ К РАБОТЕ

Невынашивание беременности привычное аутоиммунного генеза (антифосфолипидный синдром)

Подозрение на наличие первичного антифосфолипидного синдрома (АФС) может возникнуть при таких данных анамнеза пациентки: привычное невынашивание беременности, эпизоды тромбофилических осложнений, предшествующие беременности с задержкой развития плода, раннее начало токсикоза второй половины беременности, осложнения в виде отслойки нормально расположенной плаценты, отслойка хориона.

Методом выбора в лечении тромбофилических осложнений является плазмаферез.

Терапия глюкокортикоидными средствами

Вопрос о целесообразности использования ГКС при лечении женщин с АФС вызывает наибольшие споры. Многие исследователи считают нецелесообразным использова-

ние ГКС из-за их побочных действий. Однако антитела, вызывающие тромбофилические нарушения (относятся к иммуноглобулинам IgG), проникают к плоду и оказывают на него тот же эффект, что и на мать. В связи с этим для снижения риска тромбофилических осложнений у плода показан прием ГКС, но в меньших дозах, чем при системных заболеваниях.

<i>Метилпреднизолон</i>	<i>внутри 4 мг 1-2 р/сут, длительно</i>
-------------------------	---

<i>Преднизолон</i>	<i>внутри 5 мг 1-2 р/сут, длительно</i>
--------------------	---

Доза и длительность терапии определяются индивидуально с учетом срока беременности, активности ВА или анти-ХГ антител и степени выраженности тромбофилических нарушений. Отменяют ГКС постепенно, при АФС — через 7–10 суток после родов под контролем гемостаза, при анти-ХГ антителах — сразу после родов.

Терапия средствами, улучшающими реологические и коагуляционные свойства крови

При повышении агрегации тромбоцитов назначают антиагреганты и (или) антикоагулянты.

Из антиагрегантных ЛС наиболее часто и с наибольшим успехом применяют ацетилсалициловую кислоту.

<i>Ацетилсалициловая кислота</i>	<i>внутри после еды 100 мг 1 р/сут, до 7-9 сут до планируемого родоразрешения</i>
----------------------------------	---

В I триместре при явлениях угрозы прерывания беременности назначать ацетилсалициловую кислоту нецелесообразно, так как она ингибирует агрегацию тромбоцитов на 7–9 суток; поэтому в случае выкидыша возможно кровотечение. Прекращать прием ацетилсалициловой кислоты следует не позднее 7–9 суток до родоразрешения. Длительность приема определяется с учетом состояния тромбоцитарного звена гемостаза.

Дипиридамо́л — один из наиболее часто используемых антиагрегантов второго класса. Он подавляет активность фосфодиэстеразы и аденозиндезаминазы, активирует аденилатциклазу, что способствует накоплению цАМФ в тромбоцитах и гладкомышечных клетках сосудистой стенки, вызывает ее расслабление и предотвращает агрегацию, адгезию тромбоцитов.

<i>Дипиридамо́л</i>	<i>внутри 25 мг 3 р/сут, до 24 ч до планируемого родоразрешения</i>
---------------------	---

Длительность лечения подбирается индивидуально с учетом выраженности нарушений тромбоцитарного звена гемостаза. Дипиридамо́л улучшает микроциркуляцию, усиливает ангиогенез, обладает иммуномодулирующим эффектом. Прекращать прием ЛС необходимо за 24 ч до родоразрешения. Побочные эффекты включают слабость, тошноту, снижение АД.

Возможно применение пентоксифиллина.

<i>Пентоксифиллин</i>	<i>внутри 200 мг 3 р/сут, длительно</i>
-----------------------	---

При приеме пентоксифиллина нередко отмечается головная боль.

К третьей группе антиагрегантных ЛС относятся мембраностабилизирующие ЛС, такие как декстраны.

<i>Декстран, средняя молекулярная масса 30 000–40 000</i>	<i>в/в капельно 400 мл 2–3 р/сут, введения повторяют через день, длительность терапии определяют индивидуально</i>
---	--

Их назначение часто сочетается с применением гепарина. Нередки побочные явления — головная боль, познание.

К антикоагулянтам, которые можно использовать в акушерской практике, относят гепарин натрия и низкомолекулярные гепарины. Длительность лечения и дозы определяются индивидуально с учетом тяжести АФС, синдрома анти-ХГ и выраженности тромбофилических нарушений.

Гепарин натрия в/в капельно 5000–15 000 ЕД в 0,9% р-ре хлорида натрия или п/к 5000 ЕД 2–3 р/сут, длительно

При лечении гепарином необходим контроль уровня тромбоцитов и АТ III. При снижении этих показателей возможно развитие гепарининдуцированных тромбозов.

ЛС выбора при лечении тромбофилических нарушений являются низкомолекулярные гепарины.

Далтепарин натрий п/к 2500–5000 ЕД 1 р/сут (в I триместре) или 2 р/сут (во II и III триместрах), длительно

Надропарин кальций п/к 0,3 мл 1 р/сут (в I триместре) или 2 р/сут (во II и III триместрах), длительно

Эноксапарин натрий п/к 0,3–0,6 мл 1 р/сут, длительно

Длительность лечения низкомолекулярными гепаринами подбирается индивидуально под контролем гемостазиограммы.

Иммунотерапия

По показаниям могут применяться препараты иммуноглобулинов.

Иммуноглобулин в/в капельно 400 мкг/кг 1 р/4 нед, до нормального человека окончания беременности

Дополнительное лечение включает:

- профилактику плацентарной недостаточности;
- профилактику активации вирусной инфекции.

Невынашивание беременности привычного инфекционного генеза

При обострении хронической вирусной инфекции проводят комплексное лечение.

Иммунотерапия

Назначают иммуноглобулины в сочетании с системными энзимами и интерферонами.

Иммуноглобулин человека нормальный	в/в капельно 2,5–5 г 1 р/2–3 сут, 2–3 введения или + Панкреатин/папаин/бромелаин/трипсин/химотрипсин/амилаза/липаза/рутозид внутрь за 40–45 мин до еды 3 табл. 3 р/сут, 2 нед ± Интерферон альфа-2b (свечи) ректально 500 000 МЕ 2 р/сут, 10 сут или Иммуноглобулин человека нормальный (IgG + IgA + IgM)/интерферон альфа-2b (свечи) ректально (500 000 МЕ) 1 свеча 2 р/сут, 10 сут
---	--

Иммуноглобулин человека нормальный (IgG + IgA + IgM)	в/в капельно 100–200 мл 1 р/2–3 сут, 2–3 введения + Панкреатин/папаин/бромелаин/трипсин/химотрипсин/амилаза/липаза/рутозид внутрь за 40–45 мин до еды 3 табл. 3 р/сут, 2 нед + Интерферон альфа-2b (свечи) ректально 500 000 МЕ 2 р/сут, 10 сут
---	---

Можно также использовать аналоги иммуномодуляторов эндогенного происхождения.

Аргинил-альфа-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинин	в/м 1 мл 1 р/сут, 5–10 сут, 0,005% р-р
---	--

Метаболическая терапия и витаминотерапия

Назначают комплексы метаболической терапии курсами по 5 дней с перерывами в 10 дней.

I комплексе (5–6 суток с 8–9-го по 13–14-й день м. ц.):

Бенфотиамин	внутри 0,01 г 3 р/сут, 5–6 сут + Витамин Е внутри 0,1 г 3 р/сут, 5–6 сут + Кальция пантотенат внутри 0,1 г 3 р/сут, 5–6 сут + Липоевая кислота внутри 0,025 г 3 р/сут, 5–6 сут + Рибофлавин внутри 10 мг 1 р/сут или в/м 1 мл 1% р-ра 1 р/сут, 5–6 сут
--------------------	--

Конкарбоксилаза	в/м 100 мг 1 р/сут, 5–6 сут + Витамин Е внутри 0,1 г 3 р/сут, 5–6 сут + Кальция пантотенат внутри 0,1 г 3 р/сут, 5–6 сут + Липоевая кислота внутри 0,025 г 3 р/сут, 5–6 сут + Рибофлавин внутри 10 мг 1 р/сут или в/м 1 мл 1% р-ра 1 р/сут, 5–6 сут
------------------------	---

II комплекс (с 15-го по 22-й день м. ц.):

Витамин Е внутрь 0,1 г 3 р/сут, 8 сут + **Инозин** внутрь 200 мг 3 р/сут, 8 сут + **Оротовая кислота, калиевая соль** внутрь до еды 0,5 г 3 р/сут, 8 сут + **Пиридоксин** внутрь 0,01 г 3 р/сут, 8 сут + **Сложный органический препарат фосфора (смесь кальциевых и магниевых солей инозитфосфорных кислот)** внутрь 0,25 г 3 р/сут, 8 сут + **Фолиевая кислота** внутрь 0,01 г 3 р/сут, 8 сут

Невынашивание беременности привычное при гиперандрогении

Гиперандрогения представляет собой патологическое состояние, обусловленное изменением секреции и метаболизма гормонов. Выделяют надпочечниковую, яичниковую и смешанную формы гиперандрогении.

Надпочечниковая гиперандрогения — ведущий фактор невынашивания у 30 % женщин с гиперандрогенией. Диагноз помимо видимых проявлений маскулинизации устанавливается на основании повышенного уровня 17-гидроксипрогестерона (дефицит 21-гидроксилазы) и ДГЭА-С (дефицит 3 β -ол-дегидрогеназы) в крови.

При повышенном уровне 17-гидроксипрогестерона назначают дексаметазон. Доза подбирается индивидуально под контролем 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови и зависит от степени тяжести гиперандрогении.

Дексаметазон внутрь после ужина 0,125–0,5 мг/сут 1 р/сут, длительно

При адреногенитальном синдроме с нормальным уровнем 17-гидроксипрогестерона и повышенном уровне ДГЭА-С терапию дексаметазоном можно проводить только до 16-й недели беременности (считая с овуляции).

Дексаметазон	внутри после ужина 0,125–0,5 мг/сут 1 р/сут, до 16-й нед беременности
---------------------	---

Назначать ЛС прогестеронового ряда не следует, так как у таких пациенток, как правило, диагностируется гиперпрогестеронемия. Необходимо наблюдение за шейкой матки, поскольку у 2/3 беременных с адреногенитальным синдромом, в том числе при стертых проявлениях, фиксируется истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН).

Яичниковая гиперандрогения (СПКЯ) выявляется только у 12,1 % женщин, обращающихся по поводу невынашивания беременности.

Подготовка к беременности пациенток с СПКЯ, имеющих избыточную массу тела, начинается с выполнения рекомендаций по снижению веса с помощью рационального питания и физических упражнений.

Во вторую фазу цикла начинают прием гестагенов.

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 2–3 цикла
----------------------	---

Прогестерон	внутри 100 мг 2 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 2–3 цикла
--------------------	--

Затем назначают дексаметазон внутри после ужина 0,125–0,5 мг 1 р/сут до нормализации концентрации андрогенов в сыворотке крови. При необходимости проводят стимуляцию овуляции кломифеном, хорионическим гонадотропином.

С наступлением беременности дексаметазон может быть отменен, либо терапия продолжается вплоть до 16-й недели беременности в дозе не более 0,5 мг/сут.

Дексаметазон	внутри после ужина 0,125–0,5 мг 1 р/сут, до 16-й нед беременности
---------------------	---

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р/сут, до 16-й нед беременности
----------------------	--

Прогестерон	внутри 100 мг 2–3 р/сут или интравагинально 200 мг 2–3 р/сут, до 16-й нед беременности
--------------------	--

Эффект интравагинального применения прогестерона менее выражен, чем при приеме внутри. Биодоступность дидрогестерона выше, чем у прогестерона, и менее вариабельна.

Современные гестагены не обладают андрогенным и анаболическим эффектами, не оказывают вирилизирующего действия на плод.

Дополнительно (при отсутствии индивидуальной непереносимости) назначают гестагены.

Особенностью ведения беременности у пациенток со смешанной гиперандрогенией является прием дексаметазона до 35–36-й недели.

Дексаметазон	<i>внутри после ужина 0,125–0,5 мг/сут 1 р/сут, до 35–36-й нед беременности</i>
---------------------	---

Параллельно назначают гестагены по вышеуказанным схемам. Терапия гестагенами показана при относительной гиперэстрогемии (отношение эстрадиол/прогестерон больше 1,5). Если отношение эстрадиол/прогестерон меньше 1,5, терапию гестагенами можно не проводить. Прием гестагенов прекращают в 16 недель беременности.

Дополнительное лечение включает:

- контроль состояния шейки матки, так как возможно развитие ИЦН;
- профилактику плацентарной недостаточности;
- витамины.

Невынашивание беременности привычное при истмико-цервикальной недостаточности

Основной метод лечения — хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности путем наложения кругового или П-образных швов на шейку матки.

Антибактериальная терапия

Дополнительно для лечения и профилактики инфекционных осложнений применяют антибиотики, разрешенные к применению в акушерской практике, желательное с учетом чувствительности микроорганизмов.

Амоксициллин/ клавулановая кислота	внутри 325–625 мг 3 р/сут, 7–9 сут
Ампициллин	внутри или в/м 500 мг 3 р/сут, 5–7 сут
Джозамицин	внутри 500 мг 3 р/сут, 9–14 сут
Карбенициллин	в/м 1 г 3 р/сут, 5–7 сут
Цефазолин	в/м 1 г 3 р/сут, 5–7 сут
Цефиксим	внутри 400 мг 1 р/сут, 7 сут
Цефотаксим	в/м 1 г 3 р/сут, 5–7 сут

Энзимотерапия

Лечение антибиотиками проводят в сочетании с системной энзимотерапией.

Панкреатин/папаин/бромелаин/ трипсин/химотрипсин/амилаза/ липаза/рутозид	внутри за 40–45 мин до еды 3–5 табл. 3 р/сут, 2–3 нед
--	--

Терапия средствами для местного применения

В сочетании с антибиотиками применяют местные антисептики для обработки влажной и швов и противомикробные ЛС.

Бензилдиметилмиристоиламино- пропиламмоний, 0,01 % р-р	интравагинально 50–100 мл 1 р/сут, 5–7 сут
Водорода пероксид, 3 % р-р	интравагинально 50–100 мл 1 р/сут, 5–7 сут
Клотримазол	интравагинально 100 мг 1 р/сут, 6–10 сут

Метронидазол/миконазол	интравагинально 100 мг 1 вагинальная табл. 1 р/сут, 6–10 сут
Нитрофурал, 0,02 % р-р	интравагинально 50–100 мл, 1 р/сут, 5–7 сут
Тернидазол/неомицин/нистатин/преднизолон	интравагинально 1 вагинальная табл. 1 р/сут, 6–10 сут
Хлоргексидин, 0,2 % р-р	интравагинально 50–100 мл 1 р/сут, 5–7 сут
Хлорхинальдол/метронидазол	интравагинально 100 мг/250 мг 1 вагинальная табл. 1 р/сут, 6–10 сут

Иммунотерапия

Иммуноглобулины показаны при острых вирусных инфекциях или рецидивах вирусных заболеваний:

Иммуноглобулин человека нормальный	в/в капельно 2,5–5 г 1 р/2–3 сут, 2–3 введения
Иммуноглобулин человека нормальный (IgG + IgA + IgM)	в/в капельно 100–200 мл 1 р/2–3 сут, 2–3 введения

Противопоказаниями к применению иммуноглобулинов являются индивидуальная непереносимость, низкий уровень иммуноглобулинов А. К побочным эффектам иммуноглобулинов относятся познабливание, головная боль, повышение температуры. Для снятия или уменьшения побочных реакций используют антигистаминные ЛС, метамизол натрия, чай, соки.

Препараты рекомбинантных интерферонов оказывают противовирусное, иммуномодулирующее действие, усиливают действие антибиотиков.

Интерферон альфа-2b	ректально 500000 МЕ 2 р/сут, 10 сут
Иммуноглобулин человека нормальный (IgG + IgA + IgM)/Интерферон альфа-2b	ректально 1 свеча 2 р/сут, 10 сут

Используют также аналоги иммуномодуляторов эндогенного происхождения.

Аргинил-альфа-аспартил-лизил-валил- тирозил-аргинин, 0,005 % р-р в/м 1 мл 1 р/сут, 5–10 сут

Дополнительное лечение включает:

- прием средств, снижающих сократительную деятельность матки;
- профилактику плацентарной недостаточности;
- назначение витаминов.

Невынашивание беременности привычное при неполноценной лютеиновой фазе

При неполноценной лютеиновой фазе (НЛФ) гормонального генеза наблюдается снижение выработки прогестерона во вторую фазу м. ц.

В качестве подготовки к беременности пациенток, страдающих привычным невынашиванием, обусловленным НЛФ, используют циклическую комбинированную гормональную терапию эстрогенами и гестагенами, проводят стимуляцию овуляции кломифеном, хорионическим гонадотропином.

Терапия гестагенами

Во время беременности гестагены применяют в I триместре, а точнее, до 16-й недели беременности, т. е. до окончания формирования плаценты. На фоне лечения гестагенами улучшаются рост и развитие миометрия, его васкуляризация. Гестагены нейтрализуют действие окситоцина, снижают синтез простагландинов, блокируют

клеточный иммунный ответ путем синтеза прогестерон-индуцированного блокирующего фактора, протеинов, вызывающих апоптоз естественных киллеров.

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р/сут, до 16-й нед беременности
Прогестерон	внутри 100 мг 2–3 р/сут или интравагинально 100 мг 2–3 р/сут, до 16 нед беременности

Возможно применение прогестерона интравагинально, но эффект при этом менее выражен, чем при применении внутрь. Среди побочных эффектов прогестерона наиболее часто наблюдаются седация и сонливость.

Терапия гонадотропинами

Для нормального протекания беременности при низком уровне ХГ, гипоплазии хориона целесообразно вводить поддерживающие дозы экзогенного хорионического гонадотропина, так как он не только влияет на яичники, стимулируя продукцию половых гормонов, но и обладает прямым действием на эндометрий, повышая его рецептивность и способствуя децидуализации.

Хорионический гонадотропин	в/м 1000–5000 МЕ 2–3 р/ нед, до 16-й нед беременности
-----------------------------------	---

Невынашивание беременности привычное при пороках развития матки

При гипоплазии матки и (или) хориона в сочетании с гестагенными ЛС может быть назначен 17-β-эстрадиол.

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р/сут, до 16-й нед беременности + Эстрадиол внутри 2 мг 1 р/сут, до 9–10-й нед беременности
Прогестерон	внутри 100 мг 2–3 р/сут, до 16-й нед беременности + Эстрадиол внутри 2 мг 1 р/сут, до 9–10-й нед беременности

При миомах матки, эндометриозе, пороках развития матки, внутриматочных синехиях, хроническом эндометрите, при гипоплазии хориона в I триместре также назначается терапия гестагенами.

Недостаточность плацентарная

Лечение плацентарной недостаточности (ПН) начинают с терапии осложнений беременности и экстрагенитальных заболеваний, оказывающих отрицательное воздействие на функцию плаценты. Кроме того, оно включает:

- соблюдение лечебно-охранительного режима (исключение тяжелых физических и эмоциональных нагрузок);
- медикаментозную терапию.

Медикаментозная терапия направлена на нормализацию функции ЦНС, улучшение маточно-плацентарного кровотока, воздействие на реологические свойства крови, улучшение трофической функции плаценты и нормализацию метаболических процессов.

Нормализация функции ЦНС

Применяют седативные средства, транквилизаторы, нейролептики.

Диазепам	внутри 0,01 г 2 р/сут или в/м 2 мл 1 р/сут, длительно + Валерианы корневища с корнями , экстракт, внутри 0,02–0,04 г 3 р/сут, длительно, или Пиона настойка внутри 5 мл 3 р/сут, длительно, или Пустырника трава, экстракт , внутри 30 мл 3 р/сут, длительно, или Сборы успокоительные 10 мл 3 р/сут, длительно
-----------------	---

Дроперидол, 0,25 % р-р	в/м 2–4 мл 1 р/сут, длительно + Валерианы корневища с корнями , экстракт, внутри 0,02–0,04 г 3 р/сут, длительно, или Пиона настойка внутри 5 мл 3 р/сут, длительно, или Пустырника трава, экстракт , внутри 30 мл 3 р/сут, длительно, или Сборы успокоительные 10 мл 3 р/сут, длительно
-------------------------------	---

Нитразепам	внутри 0,01 г 1 р/сут на ночь, длительно + Валерианы корневища с корнями , экстракт, внутри 0,02–0,04 г 3 р/сут, длительно, или Пиона настойка внутри 5 мл 3 р/сут, длительно, или Пустырника трава, экстракт , внутри 30 мл 3 р/сут, длительно, или Сборы успокоительные 10 мл 3 р/сут, длительно
-------------------	--

Улучшение маточно-плацентарного кровотока

Применяют **β -миметики**, являющиеся токолитиками:

Гексопреналин	внутри 500 мкг 6 р/сут или в/в 5 мкг в 500 мл 5 % р-ра декстрозы 1 р/сут, 6–10 сут
----------------------	--

Фенотерол	внутри 5 мг 6 р/сут или 0,5 мг в 500 мл 5 % р-ра декстрозы 1 р/сут, 6–10 сут
------------------	--

При возникновении тахикардии на фоне применения **β -миметиков** к лечению добавляют **блокаторы кальциевых каналов**.

Верапамил	внутри 20–40 мг 3 р/сут, 6–10 сут (вместе с токолитиками)
------------------	---

Применяют также спазмолитики.

Аминофиллин	внутри 0,15 г 3 р/сут или в/в 10 мл 2,4 % р-ра 1 р/сут, длительно
--------------------	---

Бендазол, 0,5–1 % р-р	в/м 2–4 мл 1 р/сут, длительно
------------------------------	-------------------------------

Дротаверин	внутри 0,04 г 3 р/сут или в/м 2 мл 2 % р-ра 1 р/сут, длительно
-------------------	--

Папаверин	внутри 0,4 г 3 р/сут или в/м 2 мл 2 % р-ра 1 р/сут, длительно
------------------	---

Примечание: препараты верапамил и амиофиллин относятся к категории С!!!

Коррекция реологических свойств крови

Лечение проводят под контролем гемостазиограммы и АД по следующей схеме:

<i>Декстран, средняя молекулярная масса 30 000–40 000</i>	<i>в/в капельно 400 мл 1 р/сут, 3–5 сут + Ацетилсалициловая кислота внутрь 60 мг 1 р/сут, длительно, или Гепарин натрия в/в 5000–10 000 ЕД 1 р/сут, 3–5 сут с переходом на п/к путь введения, или Дипиридамол внутрь 25–50 мг 3 р/сут, 28 сут, или Ксантинола никотинат внутрь 150 мг 3 р/сут после еды или в/в 2 мл 15 % р-ра 3 р/сут, 2–3 нед, или Пентоксифиллин в/в 100 мг 1 р/сут или внутрь 0,1 г 3 р/сут, 5–7 сут</i>
---	--

Примечание: ксантинола никотинат не рекомендуется назначать в первом триместре беременности!!!

Улучшение трофической функции плаценты

Для улучшения трофической функции плаценты применяют следующую схему лечения:

<i>Аскорбиновая кислота, 5 % р-р</i>	<i>в/в 5 мл 1 р/сут, 14 сут + Декстроза, 5–10 % р-р, в/в 400 мл 1 р/сут, 10 сут + Депротеинизированный гемодериват из крови молочных телят внутрь 200 мг 3 р/сут или в/в 5 мл 1 р/2–3 сут, 14 сут + Незаменимых аминокислот р-ры в/в 1 р/2–3 сут, 5–7 введений</i>
--------------------------------------	--

Метаболическая терапия

Нормализацию метаболических процессов проводят с помощью витаминов и антиоксидантов. Для каждой

беременной индивидуально подбирают метаболическую терапию. При невозможности индивидуального подбора можно воспользоваться усредненным типом терапии, наиболее приемлемым для большинства пациенток.

Витамин Е	<i>внутри 50 мг 3 р/сут, 10–14 сут + Кальция пантотенат внутри 0,25 мг 3 р/сут или в/м 2 мл 20% р-ра 1 р/сут, 10–14 сут + Кокарбоксилаза в/в 100 мг 1 р/сут, 10–14 сут + Липовая кислота внутри 0,025 г 3 р/сут, 10–14 сут + Рибофлавин в/м 0,01 г (1 мл 1% р-ра) 1 р/сут, 10–14 сут</i>
------------------	--

Витамин Е	<i>внутри 50 мг 3 р/сут, 10–14 сут + Оротовая кислота (калиевая соль) внутри 0,5 г 3 р/сут, 10–14 сут + Пиридоксаль фосфат внутри 0,01 г 3 р/сут, 10–14 сут + Сложный органический препарат фосфора (смесь кальциевых и магниевых солей инозит-фосфорных кислот) внутри 0,25 г 3 р/сут, 10–14 сут + Фолиевая кислота внутри 0,001 г 3 р/сут, 10–14 сут + Цианокобаламин в/м 200 мкг 1 р/сут, 10–14 сут</i>
------------------	--

Комплекс метаболической терапии содержит много витаминов, но заменить эти комплексы поливитаминами для беременных нельзя, так как первая схема рассчитана на восстановление цикла трикарбоновых кислот (цикла Кребса), а вторая — на нормализацию окислительно-восстановительных процессов. При приеме поливитаминов такой последовательности не наблюдается.

Иммунная терапия

Иммунотерапию применяют у беременных с ПН по показаниям.

Имуноглобулин	<i>в/в 50 мл 1 р/2 сут на сроке 12–15 нед, 24–человека нормальный 27 нед и 36–39 нед беременности (всего 3 курса)</i>
----------------------	---

Профилактика

Профилактика плацентарной недостаточности у пациенток с привычной потерей плода в анамнезе должна начинаться до беременности с выявления причин невынашивания, оценки состояния репродуктивной системы

супругов и рациональной подготовки с учетом выявленных нарушений.

Профилактика плацентарной недостаточности в I триместре помимо лечения основной патологии, обуславливающей невынашивание, включает:

Депротеинизированный гемодериват из крови молочных телят	в/в капельно 5 мл в 200 мл 0,9% р-ра натрия хлорида 1 р/сут, 5–10 сут или внутрь 200 мг 3 р/сут, 30 сут + Поливитамины внутрь 1 табл. 1 р/сут, 30 сут + Троксерутин внутрь 1 табл. 3 р/сут, 30 сут
---	--

Назначают также комплексы метаболической терапии курсами по пять дней с перерывами в десять дней.

I комплекс (5–6 суток с 8–9-го по 13–14-й день м. ц.):

Бенфотиамин	внутри 0,01 г 3 р/сут, 5–6 сут + Витамин Е внутри 0,1 г 3 р/сут, 5–6 сут + Кальция пантотенат внутри 0,1 г 3 р/сут, 5–6 сут + Липоевая кислота внутри 0,025 г 3 р/сут, 5–6 сут + Рибофлавин внутри 10 мг 1 р/сут или в/м 1 мл 1% р-ра 1 р/сут, 5–6 сут
--------------------	--

Кокарбоксилаза	в/м 100 мг 1 р/сут, 5–6 сут + Витамин Е внутри 0,1 г 3 р/сут, 5–6 сут + Кальция пантотенат внутри 0,1 г 3 р/сут, 5–6 сут + Липоевая кислота внутри 0,025 г 3 р/сут, 5–6 сут + Рибофлавин внутри 10 мг 1 р/сут или в/м 1 мл 1% р-ра 1 р/сут, 5–6 сут
-----------------------	---

II комплекс (с 15-го по 22-й день менструального цикла):

Витамин Е	внутри 0,1 г 3 р/сут, 8 сут + Инозин внутри 200 мг 3 р/сут, 8 сут + Оротовая кислота (калиевая соль) внутри до еды 0,5 г 3 р/сут, 8 сут + Пиридоксин внутри 0,01 г 3 р/сут, 8 сут + Сложный органический препарат фосфора (смесь кальциевых и магниевых солей инозитфосфорных кислот) внутри 0,25 г 3 р/сут, 8 сут + Фолиевая кислота внутри 0,01 г 3 р/сут, 8 сут
------------------	--

При артериальной гипотонии показано назначение комбинированного ЛС, содержащего янтарную и лимонную кислоты, которое повышает АД в среднем на 10 мм рт. ст.

Янтарная кислота/лимонная кислота	внутри 1 табл. 2 р/сут (утром и днем), 10 сут (повторный курс через 10 сут)
--	---

Во II и III триместрах лечения и профилактики плацентарной недостаточности помимо лечения основных причин невынашивания может быть рекомендована терапия в чередующем режиме.

Депротеинизированный гемодериват из крови молочных телят	в/в капельно 5 мл в 200 мл 0,9% р-ра натрия хлорида 1 р/2 сут, 5 введений + Гексобендин/этамиван/этофиллин в/в капельно 2 мл в 200 мл 0,9% р-ра натрия хлорида 1 р/2 сут, 5 введений
---	--

Для профилактики и лечения гипотрофии плода применяют:

Аминокислот р-ры	в/в капельно 500 мл 1 р/сут, 5–10 сут
-------------------------	---------------------------------------

При недостаточной эффективности терапии плацентарной недостаточности может быть рекомендован плазмаферез.

Остеопороз постменопаузальный

Для лечения постменопаузального остеопороза (ОПШ) применяют ЛС, оказывающие антирезорбтивное действие:

- препараты половых гормонов;
- кальцитонин;
- бисфосфонаты;
- стронция ранелат;
- селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов.

Заместительная гормональная терапия

Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) является эффективным методом профилактики потери костной ткани в перименопаузе у женщин с повышенным риском развития остеопороза.

Кроме того, доказана эффективность ЗГТ для снижения частоты переломов позвонков и шейки бедренной кости (уровень доказательности А).

Дополнительные преимущества использования ЗГТ в перименопаузе:

- лечение психовегетативных симптомов климактерического синдрома;
- профилактика и лечение урогенитальных расстройств;

- улучшение состояния кожи и волос, повышение мышечного тонуса;
- снижение частоты развития рака толстой кишки на 20–37%.

Вопрос о длительности ЗГТ, оптимальной для профилактики ОПП, продолжает обсуждаться. Считается, что продолжительность этой терапии должна составлять 3–5 лет, и начинать ее наиболее целесообразно в перименопаузе или в первые годы постменопаузы.

Монотерапия эстрогенами

Монотерапия эстрогенами рекомендуется женщинам с удаленной маткой.

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, циклически (курс терапии составляет 21 сут, перерывы между курсами 1 нед) или постоянно, 3–5 лет
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, циклически (курс терапии составляет 21 сут, перерывы между курсами 1 нед) или постоянно, 3–5 лет
Эстрогены конъюгированные	внутри 0,625 мг 1 р/сут, циклически (курс терапии составляет 21 сут, перерывы между курсами 1 нед) или постоянно, 3–5 лет

Эстрогены можно также вводить **чрескожно**.

Эстрадиол, гель	нанести на кожу живота или ягодиц 0,5–1 мг 1 р/сут, постоянно, или пластырь приклеить на кожу 0,05–0,1 мг 1 р/нед, 3–5 лет
------------------------	--

Показания к чрескожному введению эстрогенов:

- нечувствительность к пероральным ЛС;
- заболевания печени, поджелудочной железы, синдром мальабсорбции;
- нарушения в системе гемостаза, высокий риск развития венозного тромбоза;
- гипертриглицеридемия, развившаяся до перорального применения эстрогенов (особенно конъюгированных) или на его фоне;
- гиперинсулинемия;

- артериальная гипертония;
- повышенный риск образования камней в желчных путях;
- курение;
- мигрень;
- для снижения инсулинорезистентности и улучшения толерантности к глюкозе;
- для более полного выполнения больными схемы ЗГТ.

Терапия комбинированными двух- или трехфазными эстроген-гестагенными ЛС в циклическом или непрерывном режиме

Такая терапия показана женщинам в перименопаузе с сохраненной маткой.

Применение двухфазных эстроген-гестагенных ЛС в циклическом режиме:

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/ левоноргестрел внутри 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат/ципротерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут

*После окончания курса лечения.

Применение двухфазных эстроген-гестагенных ЛС в непрерывном режиме:

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, 14 сут +* Эстрадиол/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 14 сут
Эстрогены конъюгированные	внутри 0,625 мг 1 р/сут, 14 сут +* Эстрогены конъюгированные/медроксипрогестерон внутри 0,625 мг/5 мг 1 р/сут, 14 сут

* После окончания курса лечения.

Применение двухфазных эстроген-гестагенных ЛС с пролонгированной эстрогенной фазой в непрерывном режиме:

<i>Эстрадиола валерат</i>	внутри 2 мг 1 р/сут, 7 сут +* <i>Эстрадиола валерат/медроксипрогестерон</i> внутри 2 мг/20 мг 1 р/сут, 14 сут +* <i>Плацебо</i> 1 р/сут, 7 сут
---------------------------	--

*После окончания курса лечения.

Применение трехфазных эстроген-гестагенных ЛС в непрерывном режиме:

<i>Эстрадиол</i>	внутри 2 мг 1 р/сут, 12 сут +* <i>Эстрадиол/норэтистерон</i> внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут +* <i>Эстрадиол</i> внутри 1 мг 1 р/сут, 6 сут
------------------	--

* После окончания курса лечения.

Терапия комбинированными монофазными эстроген-гестагенными ЛС в непрерывном режиме

Показана женщинам в постменопаузе с сохраненной маткой. Данный режим ЗГТ рекомендуется также женщинам, перенесшим гистерэктомию по поводу аденомиоза или рака внутренних половых органов (матки, шейки матки, яичников), не ранее чем через 1–2 года после операции (назначение согласуют с онкологами). Показания — тяжелый КС после излечения начальных стадий рака эндометрия и злокачественных опухолей яичников (излеченный рак шейки матки, вульвы и влагалища не считаются противопоказаниями к применению монофазных эстроген-гестагенных ЛС).

<i>Эстрадиола валерат/диеногест</i>	внутри 2 мг/2 мг 1 р/сут, постоянно
<i>Эстрадиола валерат/медроксипрогестерон</i>	внутри 2 мг/5 мг 1 р/сут, постоянно или 1 мг/2,5 мг 1 р/сут, постоянно
<i>Эстрадиол/дидрогестерон</i>	внутри 1 мг/5 мг 1 р/сут, постоянно
<i>Эстрадиол/норэтистерон</i>	внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, постоянно
<i>Эстрогены конъюгированные/медроксипрогестерон</i>	внутри 0,625 мг/5 мг или 0,625/2,5 мг 1 р/сут, постоянно

Терапия ЛС с эстрогенным, гестагенным и андрогенным эффектами

К альтернативным ЛС у женщин в постменопаузе относятся комбинированное эстроген-андрогенное ЛС — эстрадиол (прастерон) и тиболон, дающий эстрогенный, гестагенный и андрогенный эффекты. Эстрадиол (прастерон) показан в том числе женщинам после овариэктомии, поскольку у них развивается эстроген- и андрогендефицитное состояние.

Тиболон¹	<i>внутри 2,5 мг 1 р/сут, постоянно</i>
Эстрадиол/прастерон	<i>в/м 4 мг/200 мг 1 р/каждые 4 недели. После устранения симптомов интервалы между введением могут быть увеличены до 5–6 недель, постоянно</i>

У пациенток старше 60 лет при ЗГТ дозы ЛС следует снизить вдвое: установлено, что у пожилых женщин и половинные дозы гормональных ЛС надежно защищают кости.

В последующие годы при наличии остеопороза выбор ЛС для его лечения осуществляют индивидуально. ЗГТ не является терапией выбора для профилактики и терапии ОПП у пациенток без климактерических симптомов.

Терапия бисфосфонатами

Бисфосфонаты — ЛС терапии первой линии для лечения остеопороза. Их назначают для профилактики остеопороза у женщин в постменопаузе и лечения ОПП, особенно при наличии переломов позвонков.

Алендронат натрия	<i>внутри в положении стоя, не разжевывая, за 30 мин до первого приема пищи, запивая только водой, 10 мг/сут, не менее 3–5 лет</i>
--------------------------	--

¹ Ледибон

Ризедроновая кислота	внутри в положении стоя за 30 мин до или через 2 ч после еды и не менее чем за 30 мин до сна, запивая стаканом воды, 5 мг 1 р/сут, не менее 3–5 лет
Ибандроновая кислота	внутри натошак 150 мг 1 раз в месяц длительно или 3 мг (3 мл) внутривенно струйно 1 раз в 3 мес, в течение 3–5 лет
Золедроновая кислота	внутри 100 мл 1 раз в 3 мес

Стронция ранелат

Стронция ранелат (бивалос) — единственный препарат с доказанным разнонаправленным действием на костное ремоделирование: стимуляция костеобразования на 20–30 % и подавление резорбции костной ткани на 10–20 %.

Стронция ранелат увеличивает МПК позвонков и проксимальных отделов бедренной кости и уменьшает риск переломов тел позвонков и периферических переломов у женщин с постменопаузальным остеопорозом. Стронция ранелат улучшает костную структуру, увеличивает костную массу и прочность кости.

Длительность лечения стронция ранелатом составляет 3–5 лет.

Стронция ранелат Внутри в виде суспензии, 2 г 1 р/сут перед сном

Меры предосторожности при применении вещества Стронция ранелат

Результаты клинических исследований свидетельствуют о том, что лечение стронция ранелатом сопровождается возрастанием ежегодной заболеваемости венозной тромбоземболией, включая легочную эмболию. Причина этого явления на данный момент не установлена. При лечении больных из группы риска венозной тромбоземболии или больных с возможным повышением риска особое внимание должно уделяться специфичес-

ким признакам и симптомам венозной тромбоэмболии, а также проведению адекватной профилактики этого осложнения.

Терапия селективными модуляторами эстрогеновых рецепторов

Селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов оказывают антиэстрогенный эффект на ткань молочной железы и эндометрий, но дают эстрогенные эффекты в отношении костной ткани и липидного обмена.

<i>Ралоксифен</i>	<i>внутри 60 мг 1 р/сут, длительно</i>
-------------------	--

Показания к применению:

- профилактика потерь костной ткани у женщин в постменопаузе с низкой МПКТ, а также у женщин с высоким риском развития рака молочной железы и наличием противопоказаний к ЗГТ;
- лечение ОПП и профилактика переломов позвонков.

Терапия кальцитонином

Кальцитонин назначают для лечения остеопороза в постменопаузе и купирования острых болей, обусловленных переломами позвонков на фоне остеопороза.

<i>Кальцитонин, спрей</i>	<i>интраназально 200 МЕ/сут ежедневно, не менее 3-5 лет</i>
---------------------------	---

Терапия препаратами кальция и витамина D

Препараты кальция и витамина D используют для профилактики остеопороза. Кроме того, ЛС данной группы являются обязательными компонентами комплексной

антиостеопоретической терапии. Они составляют базовую терапию во всех случаях и используются для профилактики и терапии ОПП. Для пожилых людей часто терапия препаратами кальция и витамина D бывает достаточной.

Альфакальцидол	внутри 0,5–1 мкг/сут, длительно + Кальция карбонат внутри 500 мг/сут, длительно
Кальцитриол	внутри 0,25 мкг 2–3 р/сут, длительно + Кальция карбонат внутри 500 мг/сут, длительно
Колекальциферол	внутри 400–800 МЕ/сут, длительно для профилактики или 200000 МЕ каждые 15 сут, 3 мес (при лечении остеопороза)

Эффективность монотерапии витамином D для профилактики переломов, обусловленных остеопорозом при ОПП, не доказана (уровень доказательности D).

Отслойка нормально расположенной плаценты преждевременная

Терапия должна быть направлена на лечение заболевания, послужившего причиной отслойки (артериальная гипертония, гестоз и др.), снятие тонуса матки, коррекцию гемостаза, борьбу с анемией и шоком.

Выбор метода терапии зависит от массивности и величины кровопотери, общего состояния беременной (роженицы), состояния плода, времени возникновения кровотечения (во время беременности, в родах), вида кровотечения (скрытое, наружное), состояния родовых путей (степень раскрытия шейки матки), состояния гемостаза и др.

Основными показателями в выборе метода лечения при преждевременной отслойке плаценты являются выраженность кровотечения, а также состояние матери и плода.

Ведение беременности

При отслойке плаценты во время беременности при сроке до 34–35 недель, если состояние беременной и плода значительно не страдает, нет наружного и внутреннего кровотечения, то возможно проведение консервативного лечения, которое включает постельный режим, ультразвуковой контроль, контроль состояния свертывающей системы крови, назначение спазмолитических, гемостатических средств.

Дротаверин, 2% р-р	в/м или в/в 2–4 мл 2–3 р/сут, до нормализации тонуса матки + Магния лактат/пиридоксина гидрохлорид внутрь 2 табл. 2 р/сут, длительно + Этамзилат , 12,5% р-р, в/в или в/м 2–4 мл, однократно, затем 2 мл через каждые 4–6 ч, до прекращения кровяных выделений
------------------------------	--

Назначают также поливитамины, препараты железа, антигеморрагические средства.

При отслойке плаценты нельзя использовать β -миметики!

Ведение родов (выбор метода родоразрешения)

При выраженной клинической картине отслойки плаценты во время беременности (кровотечение, подозрение на маточно-плацентарную апоплексию, резко выраженный болевой синдром, гипоксия плода) показано родоразрешение путем кесарева сечения.

При наличии матки Кувелера после кесарева сечения показана экстирпация матки без придатков в связи с опасностью кровотечения в послеоперационном периоде вследствие коагулопатии и гипотонии матки.

Если беременная находится в первом периоде родов, выраженное кровотечение отсутствует, состояние женщины и плода удовлетворительное, то показано вскрытие плодного пузыря. Роды следует вести под постоянным

мониторным контролем. Не рекомендуется с целью усиления родовой деятельности использовать окситоцин.

Если в процессе родов усиливается кровотечение, отмечаются признаки страдания матери и плода и нет условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути, то показано родоразрешение путем кесарева сечения.

Во втором периоде родов основным признаком отслойки плаценты является острая гипоксия плода. При наличии условий показано срочное родоразрешение путем наложения акушерских щипцов или вакуумэкстрактора, а при тазовом предлежании плода — его экстракция.

При ведении родов через естественные родовые пути с профилактической целью показано введение утеротонических средств в последовом и раннем послеродовом периоде.

Во время кесарева сечения по поводу ПОНРП, особенно при наличии изо- и гипокоагуляции, с гемостатической целью показано введение бесцитратной плазмы. При выраженной кровопотере показана трансфузия эритроцитарной массы, а также кровезамещающих растворов.

Ведение послеродового периода

При кровотечении после родов через естественные родовые пути, обусловленном нарушением свертываемости крови и нарушением сократительной способности матки, показано введение утеротонических средств.

Динопрост	в/в капельно или в шейку матки 5 ЕД, однократно + Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в/в капельно 1 мл (в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида), однократно
Окситоцин	в/в капельно или в шейку матки 5–10 ЕД, однократно + Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в/в капельно 1 мл (в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида), однократно

Для остановки коагулопатического кровотечения вводят:

Аминометил-бензойная кислота	в/в 50–100 мг или в/м 100 мг, однократно, затем дозы подбираются индивидуально + Апротинин в/в, капельно 50 000–100 000 ЕД до 5 р/сут или 25 000 ЕД 3 р/сут (в зависимости от конкретного ЛС), длительность терапии определяют индивидуально + Гидроксиэтилкрахмал 6% — 500 мл 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально + Криопреципитат (Доза препарата зависит от исходной концентрации фактора VIII в плазме, характера и локализации кровотечений, степени риска хирургического вмешательства, наличия в крови больного специфического ингибитора, способного нейтрализовать активность фактора VIII) + Плазма бесцитратная (подбор дозы индивидуален) + Фибриноген в/в, капельно 250–500 мл (1–2 г) 1–2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально
-------------------------------------	--

В комплексной инфузионной терапии используют также криопреципитат, гидроксиэтилкрахмал, плазму бесцитратную. При тромбоцитопении показано введение тромбоцитарной массы.

Лечение продолжают до остановки кровотечения.

...иногда бывает так, что в течение беременности происходят изменения в состоянии здоровья женщины, которые могут быть связаны с развитием плода. В таких случаях необходимо обратиться к врачу, чтобы он мог оценить ситуацию и принять необходимые меры. Иногда изменения могут быть связаны с развитием плода, а иногда с развитием женщины. В любом случае, важно следить за своим здоровьем и здоровьем своего ребенка.

Иногда изменения могут быть связаны с развитием плода, а иногда с развитием женщины. В любом случае, важно следить за своим здоровьем и здоровьем своего ребенка.

Педение по периодов периода

При развитии плода в течение беременности происходят изменения в состоянии здоровья женщины, которые могут быть связаны с развитием плода. В таких случаях необходимо обратиться к врачу, чтобы он мог оценить ситуацию и принять необходимые меры.

Период	Изменения
1-й период	Изменения в состоянии здоровья женщины, связанные с развитием плода.
2-й период	Изменения в состоянии здоровья женщины, связанные с развитием плода.
3-й период	Изменения в состоянии здоровья женщины, связанные с развитием плода.

П

Папилломавирусная инфекция (генитальная форма)

Деструкция кондилом

Методы деструкции:

- механическое разрушение (*уровень доказательности В*):
 - физические методы (криодеструкция, лазерокоагуляция, диатермокоагуляция, радиоволновая терапия, электрохирургическое иссечение);
 - прижигание кондилом химическими веществами;
- применение цитостатических ЛС (*уровень доказательности С*).

Так как полного излечения от папилломавирусной инфекции в настоящее время достичь невозможно, то целью терапии является деструкция экзофитных кондилом и атипически измененного эпителия.

Азотная кислота/
кислоты органические/
меди нитрат, р-р

нанести на поверхность кондилом 1–3 р/ нед,
при необходимости обработку повторить

Подofilлотоксин,
0,5 % р-р

смазывать пораженные участки кожи и слизистой оболочки 2 р/сут, 3 сут, затем перерыв 4 сут, длительность курса 5 нед

Трихлоруксусная кислота, 80–90 % р-р

нанести на поверхность кондилом, однократно,
при необходимости обработку повторить через 3–6 сут

Фторурацил, 5 % крем	смазывать пораженные участки кожи и слизистой оболочки 1 р/сут на ночь, 1 нед или 1 р/нед, 10 нед
-----------------------------	---

Иммунная терапия

В ряде случаев целесообразно применение иммуномодуляторов (при обширных поражениях, рецидивирующих и осложненных формах). Эти ЛС назначают за 7–10 дней до применения деструктивных методов лечения (иногда терапию продолжают после деструкции):

Инозин пранобекс	<p>При ПВИ по 2 таб. 3 р/сут в течение 14–28 дней в виде монотерапии.</p> <p>При рецидивирующих остроконечных кондиломах по 2 таб. 3 р/сут в качестве монотерапии или в комбинации с хирургическим лечением в течение 14–28 дней, далее с трехкратным повторением указанного курса с интервалом 1 мес.</p> <p>При дисплазии шейки матки, ассоциированной с ВПЧ, по 2 таб. 3 р/сут в течение 10 дней, далее 2–3 курса с интервалом 10–14 дней</p>
-------------------------	--

Интерферон альфа	в/м 100000 МЕ 1 р/2–3 сут, 10 инъекций
-------------------------	--

Интерферон альфа-2b, мазь или гель	нанести на пораженные поверхности 1–2 р/сут, 7–10 сут, или свечи в прямую кишку или во влагалище, 500000–1500000 ЕД 2 р/сут, 10 сут
---	---

Меглумина акридонат	в/м 0,25 г 1 р/2 сут, 10 инъекций
----------------------------	-----------------------------------

Синтетический мурамилдипептид	внутри 10–20 мг/сут, 10 сут
--------------------------------------	-----------------------------

При сочетании папилломавирусной инфекции с другими инфекциями, передающимися преимущественно половым путем, показано лечение последних.



Изопринозин (инозин пранобекс)

Изопринозин (инозин пранобекс) — иммуномодулятор, стимулирующий противовирусную защиту организма. Препарат нормализует дефицит или дис-

функцию клеточного иммунитета, индуцируя созревание и дифференцирование Т-лимфоцитов и Т1-хелперов, потенцируя индукцию лимфопролиферативного ответа в митогенных или антиген-активных клетках. Изопринозин моделирует цитотоксичность Т-лимфоцитов и натуральных киллеров, функцию Т8-супрессоров и Т4-хелперов, а также повышает количество иммуноглобулина G и поверхностных маркеров компонента. Изопринозин повышает синтез интерлейкина-1 (ИЛ-1) и интерлейкина-2 (ИЛ-2), регулирует экспрессию рецепторов ИЛ-2, существенно увеличивает секрецию эндогенного γ -интерферона и уменьшает продукцию интерлейкина-4 в организме. Препарат усиливает действие нейтрофильных гранулоцитов, хемотаксис и фагоцитоз моноцитов и макрофагов.

Кроме иммуностропного, изопринозин обладает прямым противовирусным действием, угнетая синтез вирусов путем встраивания инозин-оротовой кислоты в полирибосомы пораженной вирусом клетки и нарушая присоединение адениловой кислоты к вирусной РНК.

Одним из показаний к применению препарата являются инфекции, вызванные вирусом папилломы человека: остроконечные кондиломы, папилломавирусная инфекция вульвы, вагины и шейки матки (в составе комплексной терапии).

При инфекциях, вызванных ВПЧ, изопринозин назначают по 3 г/сут (2 таблетки 3 раза в сутки) как дополнение к местной терапии или хирургическому вмешательству в течение 14–28 дней или 5 дней в неделю последовательно в течение 1–2 недель в месяц в течение 3 месяцев.

В литературе описаны различные схемы и результаты применения изопринозина при папилломавирусной инфекции. Известно о зарубежном опыте применения инозин пранобекса в качестве терапии, дополняющей деструкцию аногенитальных бородавок (Mohanty K. S. et al., 1986). Препарат применяли по 1 г 3 раза в сутки в течение 28 дней. Эффективность тера-

пии повышалась с 41 до 94 % при добавлении изопринозина к традиционным методам лечения.

Другое исследование, включающее мужчин с иммунодефицитом, показало эффективность комбинированной терапии подофиллин + изопринозин у 63,7 %, а при назначении только подофиллина эффект был достигнут только у 33,4 % больных (Jurisin I. G. et al., 1986).

Назначение изопринозина позволяет почти в 1,5 раза сократить сроки терапии подофиллином — 2,5 месяца комбинированного лечения против 3,6 месяцев лечения подофиллином (Kovacs L. et al., 1989).

Похожие результаты показаны в работах Прилепской В. Н. и соавт. (2007). Добавление к стандартному лечению изопринозина в дозе 1 г 3 раза в сутки в течение 5 дней до проведения деструкции повышает эффективность терапии с 65,6 до 87,5 %, в 3 раза снижает частоту рецидивов. Также отмечается высокая частота элиминации ВПЧ из очагов поражения — 65,6 %.

В работе Забелева А. В. и соавт. (2005) показано исчезновение атипичного эпителия после проведения курсов изопринозина женщинам с ВПЧ-ассоциированными плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями низкой степени. Изопринозин назначали по 1 г 3 раза в сутки в течение 5 дней, 3 курса с интервалом 1 месяц.

Аналогичные результаты — улучшение морфологической картины эпителия вульвы — показаны в исследовании Sun Kuie Tay (1996). Инозин пранобекс назначали по 1 г 3 раза в сутки в течение 6 недель. Положительный эффект был достигнут у 63,5 % больных, а в группе, принимавшей плацебо, — у 16,7 %.

Для мониторинга и обработки результатов исследования с позиций доказательной медицины в 2008 г. была разработана и внедрена программа «Астра» — общероссийская многоцентровая программа мониторинга, обобщения и формирования статистической отчетности об особенностях и результатах применения изопринозина при лечении заболеваний, ассоциированных с ВПЧ, в ус-

ловиях обычной медицинской практики. В исследовании участвовал 6191 пациент (5896 женщин и 295 мужчин) (Костава М. Н. и соавт., 2009). Пациенткам, принявшим участие в исследовании, лечение проводилось в соответствии с выявленными заболеваниями, в комплекс лечения был включен препарат изопринозин. При наличии только остроконечных кондилом вульвы и влагалища проводилась монотерапия изопринозином. Лечение CIN I–II, локализованное на ограниченном участке экзоцервикса, полностью доступное для кольпоскопии, без поражения цервикального канала, у 58 пациенток также проводилось препаратом изопринозин. При отсутствии положительного эффекта производили адекватное иссечение пораженной ткани. Рекомендуются терапевтические дозы изопринозина соответствовали тяжести поражения эпителия вирусом папилломы человека. При выявлении остроконечных кондилом в области вульвы и влагалища изопринозин назначали по 50 мг/кг/сут в течение 5 дней тремя курсами с перерывом в месяц. При цитологических и гистологических данных, соответствующих CIN I–I, изопринозин применяли по 50 мг/кг/сут, 10 дней в месяц 3 курсами с перерывом в месяц. При субклинических формах ВПЧ-поражений эпителия препарат назначали по 50 мг/кг/сут, курс лечения — от 10 до 21 дня.

До лечения койлоцитоз при нормальной кольпоскопической картине был выявлен у 1367 пациенток, а после лечения — только у 71. Лечение остроконечных кондилом оказалось эффективным у 91 % пациенток, комбинированное лечение CIN I — у 90 %, комбинированное лечение CIN II — у 82 %, лечение субклинической формы ВПЧ-инфекции — у 91 % (Костава М. Н. и соавт., 2009).

Для лечения вульгарных, плоских и подошвенных бородавок зарубежные исследователи предлагают несколько режимов терапии: продолжительная — доза 50 мг/кг назначается до полного исчезновения бородавок (7–60 дней); циклическая — 3 г в сутки в течение 5 последовательных дней, затем перерыв 5 дней, пов-

торные циклы в течение 3 месяцев; поддерживающая — по 1 таблетке 2 раза в сутки на протяжении 4–6 месяцев. Такое лечение может приводить к уменьшению размеров и количества устойчивых к терапии или рецидивирующих бородавок вплоть до полного исчезновения некоторых из них (Ciuala V. et al., 1981; Nanni G. et al., 1983). Gross G. (1984) удалось добиться уменьшения количества бородавок или полного излечения у 2/3 больных в течение 2 недель терапии изопринозином.

Получены данные об эффективном применении изопринозина в сочетании с криодеструкцией при лечении больных ладонно-подошвенными бородавками (Кунгуров Н. В., 2010). Бородавки удаляли жидким азотом и одновременно больным назначали изопринозин по 2 таблетки 3 раза в сутки в течение 10 дней. Включение в комплексную терапию больных вирусными ладонно-подошвенными бородавками иммуномодулирующего и противовирусного препарата «Изопринозин» позволило добиться высокой клинической эффективности — 93,3 % пациентов к концу 3-месячного срока наблюдения были полностью излечены. В контрольной группе, где больным проводили удаление бородавок жидким азотом без назначения изопринозина, этот показатель с учетом рецидивов составил 73,3 %. Различия в эффективности терапии между группами статистически достоверны ($p < 0,05$).

Недавно был проведен метаанализ результатов применения изопринозина (Елисеева М. Ю. и соавт., 2009). Данные литературы, базирующиеся на 15 источниках, в которых описано 2369 случаев применения изопринозина в качестве монотерапии, 3369 — в комбинации с другими методами, в сравнении с 71 наблюдением плацебо-контроля и 575 наблюдениями за традиционным лечением свидетельствуют об эффективности вспомогательной иммунотерапии изопринозином на фоне традиционных методов при терапии генитальных поражений, ассоциированных с ВПЧ.

На правах рекламы

Пиелонефрит у беременных

Основные принципы терапии острого гестационного пиелонефрита:

- восстановление нарушенного пассажа мочи (катетеризация, стентирование мочеточника, чрескожная пункционная нефростомия);
- антибактериальная терапия (эмпирическая или с учетом выявленных возбудителей);
- симптоматическая терапия (дезинтоксикационная, спазмолитическая, по показаниям — введение анальгетиков);
- при необходимости эфферентные методы детоксикации;
- применение антигистаминных ЛС.

Проводят тщательное наблюдение за течением беременности, состоянием матери и плода, профилактику гипоксии и гипотрофии плода.

При появлении признаков, свидетельствующих о снижении функции почек, дозу вводимого препарата уменьшают в 2–4 раза. При проведении терапии необходимо учитывать, что в 40% случаев пиелонефрит сочетается с другими заболеваниями мочевой системы: мочекаменной болезнью, аномалиями развития почек, мочеточников или сосудов, нефроптозом, хронической почечной недостаточностью (ХПН).

Антибактериальная терапия

Антибактериальную терапию (после восстановления адекватного пассажа мочи по верхним мочевым путям) проводят с учетом вида возбудителя, срока беременности, функционального состояния почек и аллергологического анамнеза.

Длительность лечения определяется динамикой клинико-лабораторных показателей.

При лечении пациенток в I триместре беременности (в период органогенеза) для предотвращения повреждающего влияния на эмбрион применяют только малотоксичные природные и полусинтетические пенициллины, которые подавляют рост многих грамотрицательных и грамположительных бактерий, и растительные уросептики.

Амоксициллин/ клавулановая кислота	в/в 1,2 г 3 р/сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р/сут, 5–10 сут/или Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р/сут, 5–10 сут/или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р/сут, 5–10 сут/или Ампициллин/сульбактам внутрь 0,375 г 2 р/сут, 5–10 сут + Растительные уросептики ¹ внутрь 3 р/сут, 14 сут
Ампициллин	в/в или в/м 0,5–1 г 4 р/сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р/сут, 5–10 сут, или Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин/сульбактам внутрь 0,375 г 2 р/сут, 5–10 сут + Растительные уросептики ¹ внутрь 3 р/сут, 14 сут
Ампициллин/ сульбактам	в/в или в/м 1,5–3 г 3 р/сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р/сут, 5–10 сут, или Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин/сульбактам внутрь 0,375 г 2 р/сут, 5–10 сут + Растительные уросептики ¹ внутрь 3 р/сут, 14 сут
Бензилпенициллин	в/м 2000000–3000000 ЕД 4 р/сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р/сут, 5–10 сут, или Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин/сульбактам внутрь 0,375 г 2 р/сут, 5–10 сут + Растительные уросептики ¹ внутрь 3 р/сут, 14 сут
Карбенициллин	в/м 1 г 4 р/сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р/сут, 5–10 сут, или Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин/сульбактам внутрь 0,375 г 2 р/сут, 5–10 сут + Растительные уросептики ¹ внутрь 3 р/сут, 14 сут

*После окончания курса лечения.

¹ Канефрон® Н (Бионорика, Германия) — Раствор д/приема внутрь, драже. По 50 кап./2 драже 3 р/сут.

Во II и III триместрах беременности (после завершения органогенеза плода и начала функционирования плаценты, выполняющей барьерную функцию по отношению к некоторым антибиотикам) спектр антибактериальных ЛС может быть расширен. ЛС выбора:

Амоксициллин/клавулановая кислота	в/в 1,2 г 3 р/сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р/сут, 5–10 сут, или Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин/сульбактам внутрь 0,375 г 2 р/сут, 5–10 сут
--	---

Ампициллин	в/в или в/м 0,5–1 г 4 р/сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р/сут, 5–10 сут, или Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин/сульбактам внутрь 0,375 г 2 р/сут, 5–10 сут
-------------------	---

Ампициллин/сульбактам	в/в или в/м 1,5–3 г 3 р/сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р/сут, 5–10 сут, или Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин/сульбактам внутрь 0,375 г 2 р/сут, 5–10 сут
------------------------------	---

Бензилпенициллин	в/м 2000000–3000000 ЕД 4 р/сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р/сут, 5–10 сут, или Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин/сульбактам внутрь 0,375 г 2 р/сут, 5–10 сут
-------------------------	--

Карбенициллин	в/м 1 г 4 р/сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р/сут, 5–10 сут, или Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р/сут, 5–10 сут, или Ампициллин/сульбактам внутрь 0,375 г 2 р/сут, 5–10 сут
----------------------	---

ИЛИ

Цефоперазон	в/в или в/м 1–2 г 3 р/сут, 5 сут +* Цефуросим внутрь 0,5–1 г 2 р/сут, 5–10 сут
--------------------	--

Цефотаксим	в/в или в/м 1–2 г 3 р/сут, 5 сут +* Цефуросим внутрь 0,5–1 г 2 р/сут, 5–10 сут
-------------------	--

Цефтазидим	в/в или в/м 1–2 г 3 р/сут, 5 сут +* Цефуросим внутрь 0,5–1 г 2 р/сут, 5–10 сут
-------------------	--

Цефтриаксон	в/в или в/м 0,5–1 г 2 р/сут, 5 сут +* Цефуросим внутрь 0,5–1 г 2 р/сут, 5–10 сут
--------------------	--

Цефуроксим	в/в или в/м 0,75–1,5 г 3 р/сут, 5 сут +* Цефуроксим внутри 0,5–1 г 2 р/сут, 5–10 сут
-------------------	---

ИЛИ

Гентамицин	в/м 3–5 мг/кг/сут в 1–2 введения, 5–7 сут +*
Фуразолидон	внутри 0,1 г 4 р/сут, 5–10 сут

Нетилмицин	в/м 4–5 мг/кг/сут в 1–2 введения, 5–7 сут +*
Фуразолидон	внутри 0,1 г 4 р/сут, 5–10 сут

* После окончания курса лечения.

Альтернативные ЛС:

Азтреонам	в/в или в/м 1–2 г 3–4 р/сут, 10 сут +* Фуразолидон внутри 0,1 г 4 р/сут, 5–10 сут
------------------	--

* После окончания курса лечения.

В сочетании с антибиотиками показано назначение растительных уросептиков¹.

Растительные уросептики¹	внутри 3 р/сут, 14 сут
--	------------------------

В послеродовом периоде помимо указанной терапии можно применять фторхинолоны и карбапенемы.

ЛС выбора:

Имипенем/циластатин	в/в 0,5–1 г 2–4 р/сут, 5–7 сут +* Левофлоксацин внутри 0,25–0,5 г 1–2 р/сут, 5–7 сут, или Офлоксацин внутри 0,2–0,4 г 2 р/сут, 5–7 сут, или Пефлоксацин внутри 0,4 г 2 р/7 сут, или Ципрофлоксацин 0,25–0,75 г 2 р/сут, 5–7 сут
----------------------------	---

Меропенем	в/в 0,5–1 г 2–4 р/сут, 5–7 сут +* Левофлоксацин внутри 0,25–0,5 г 1–2 р/сут, 5–7 сут, или Офлоксацин внутри 0,2–0,4 г 2 р/сут, 5–7 сут, или Пефлоксацин внутри 0,4 г 2 р/сут, 5–7 сут, или Ципрофлоксацин внутри 0,25–0,75 г 2 р/сут, 5–7 сут
------------------	---

Офлоксацин	в/в 0,2–0,4 г/сут в 1–2 введения, 5–7 сут +* Левофлоксацин внутри 0,25–0,5 г 1–2 р/сут, 5–7 сут, или Офлоксацин внутри 0,2–0,4 г 2 р/сут, 5–7 сут, или Пефлоксацин внутри 0,4 г 2 р/сут, 5–7 сут, или Ципрофлоксацин внутри 0,25–0,75 г 2 р/сут, 5–7 сут
-------------------	--

¹ Канефрон® Н (Бионорика, Германия) — Раствор д/приема внутри, драже. По 50 кап./2 драже 3 р/сут.

Пефлоксацин	в/в 0,4 г 2 р/сут, 5–7 сут +* Левифлоксацин внутрь 0,25–0,5 г 1–2 р/сут, 5–7 сут, или Офлоксацин внутрь 0,2–0,4 г 2 р/сут, 5–7 сут, или Пефлоксацин внутрь 0,4 г 2 р/сут, 5–7 сут, или Ципрофлоксацин внутрь 0,25–0,75 г 2 р/сут, 5–7 сут
Ципрофлоксацин	в/в 0,4–0,6 г 2 р/сут, 5–7 сут +* Левифлоксацин внутрь 0,25–0,5 г 1–2 р/сут, 5–7 сут, или Офлоксацин внутрь 0,2–0,4 г 2 р/сут, 5–7 сут, или Пефлоксацин внутрь 0,4 г 2 р/сут, 5–7 сут, или Ципрофлоксацин внутрь 0,25–0,75 г 2 р/сут, 5–7 сут

* После окончания курса лечения.

Альтернативные ЛС (могут применяться или в качестве монотерапии, или в сочетании с антибиотиками):

Налидиксовая кислота	внутри 0,5–1 г р/сут, 10–12 сут
Нитрофурантоин	внутри 0,05–0,1 г 4 р/сут, 10–12 сут
Оксалиновая кислота	внутри 0,5 г 3 р/сут, 10–12 сут
Пипемидовая кислота	внутри 0,4 г 2 р/сут, 10–12 сут

На период активной антибактериальной терапии необходимо временно прекратить грудное вскармливание.

Детоксикационная и десенсибилизирующая терапия

При остром пиелонефрите наряду с антибактериальной проводят дезинтоксикационную и десенсибилизирующую терапию.

Декстроза, 5% р-р	в/в капельно 400 мл 1 р/сут, 2–3 сут + Дифенгидрамин внутрь 50 мг 2 р/сут или в/м, 1% р-р, 1 мл 2 р/сут, 10–14 сут, или Кетотифен внутрь 1 мг 2 р/сут, 10–14 сут, или Меггидролин внутрь 100 мг 2 р/сут, 10–14 сут, или Прометазин внутрь 25 мг 2 р/сут или в/м, 2,5% р-р, 1 мл 2 р/сут, 10–14 сут, или Хлоропирамин внутрь 25 мг 2 р/сут или в/м, 2% р-р, 1 мл 2 р/сут, 10–14 сут, или Хифенадин внутрь 25–50 мг 2 р/сут, 10–14 сут
Декстран, средняя молекулярная масса 30 000–40 000	в/в капельно 400 мл 1 р/сут, 2–3 сут + Дифенгидрамин внутрь 50 мг 2 р/сут или в/м, 1% р-р, 1 мл 2 р/сут, 10–14 сут, или Кетотифен внутрь 1 мг 2 р/сут, 10–14 сут, или Меггидролин внутрь 100 мг 2 р/сут, 10–14 сут,

или **Прометазин** внутрь 25 мг 2 р/сут или в/м, 2,5% р-р, 1 мл 2 р/сут, 10–14 сут, или **Хлоропирамин** внутрь 25 мг 2 р/сут или в/м, 2% р-р, 1 мл 2 р/сут, 10–14 сут, или **Хифенадин** внутрь 25–50 мг 2 р/сут, 10–14 сут

Натрия хлорид, 0,9% р-р в/в капельно 400 мл 1 р/сут, 2–3 сут + **Дифенгидрамин** внутрь 50 мг 2 р/сут или в/м, 1% р-р, 1 мл 2 р/сут, 10–14 сут, или **Кетотифен** внутрь 1 мг 2 р/сут, 10–14 сут, или **Мебгидролин** внутрь 100 мг 2 р/сут, 10–14 сут, или **Прометазин** внутрь 25 мг 2 р/сут или в/м, 2,5% р-р, 1 мл 2 р/сут, 10–14 сут, или **Хлоропирамин** внутрь 25 мг 2 р/сут или в/м, 2% р-р, 1 мл 2 р/сут, 10–14 сут, или **Хифенадин** внутрь 25–50 мг 2 р/сут, 10–14 сут

Поливидон/натрия хлорид/калия хлорид/кальция хлорид/магния хлорид/натрия гидрокарбонат в/в капельно 400 мл 1 р/сут, 2–3 сут + **Дифенгидрамин** внутрь 50 мг 2 р/сут или в/м, 1% р-р, 1 мл 2 р/сут, 10–14 сут, или **Кетотифен** внутрь 1 мг 2 р/сут, 10–14 сут, или **Мебгидролин** внутрь 100 мг 2 р/сут, 10–14 сут, или **Прометазин** внутрь 25 мг 2 р/сут или в/м, 2,5% р-р, 1 мл 2 р/сут, 10–14 сут, или **Хлоропирамин** внутрь 25 мг 2 р/сут или в/м, 2% р-р, 1 мл 2 р/сут, 10–14 сут, или **Хифенадин** внутрь 25–50 мг 2 р/сут, 10–14 сут

Лечение пиелонефрита беременных и родильниц осуществляют под контролем лабораторных данных. В отсутствие эффекта от проводимой комплексной терапии острого пиелонефрита в течение 2–3 суток (продолжающиеся ознобы, гектическая лихорадка, выраженная интоксикация, воспалительные изменения показателей крови и мочи) производят операцию — декапсуляцию почки, нефростомию, вскрытие гнойных очагов и, при необходимости, дренирование околопочечного пространства.

В крайних случаях производят нефрэктомию. После успешной операции беременность можно сохранить.

Пневмония внебольничная у беременных

Основным методом лечения внебольничной пневмонии (ВП) является антибактериальная терапия, которую сле-

дует начинать без промедления, сразу после установления диагноза. В большинстве случаев применяют эмпирическую терапию, а при выборе ЛС ориентируются на следующие критерии:

- наиболее вероятный возбудитель заболевания с учетом его предполагаемой лекарственной устойчивости (на основании локальных эпидемиологических данных);
- особенности клинического течения и степень тяжести заболевания;
- срок беременности;
- аллергологический анамнез;
- сопутствующие заболевания;
- стоимость ЛС.

Продолжительность лечения зависит от нескольких факторов:

- возбудителя ВП;
- ответа на терапию;
- наличия сопутствующих заболеваний и осложнений.

Доза и частота введения ЛС должны быть соизмеримы с интенсивностью патологического процесса.

Лечение ВП может проводиться как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Фармакотерапия внебольничной пневмонии легкой и средней степени тяжести в амбулаторных условиях

ЛС выбора:

Азитромицин	внутри 0,5 г 1 р/сут, 3 сут
Амоксициллин/ клавуланат	внутри 625 мг 3 р/сут, 7–10 сут
Рокситромицин	внутри 150 мг 2 р/сут, 10–14 сут
Спирамицин	внутри 3000000 МЕ 3 р/сут, 10–14 сут

Альтернативные ЛС:

Цефуроксим	внутри 0,5 г 2 р/сут, 10–14 сут
-------------------	---------------------------------

При подозрении на макроаспирацию рекомендуется комбинированное лечение.

Амоксициллин/ клавулановая кислота	внутри 625 мг 3 р/сут, 2–3 нед + Спирамицин внутри 3000000 МЕ 3 р/сут, 2–3 нед
---------------------------------------	---

Фармакотерапия внебольничной пневмонии в стационарных условиях в отделениях общего профиля

Показания к госпитализации беременных с ВП можно разделить на три группы:

- непосредственно связанные с тяжелым течением ВП:
 - нарушение сознания;
 - частота дыхания более 30 в минуту;
 - частота сердечных сокращений более 125 уд/мин;
 - артериальная гипотония (систолическое АД менее 90 мм рт. ст., диастолическое АД менее 60 мм рт. ст.);
 - нестабильная гемодинамика;
 - температура тела ниже 35 °С или выше 40 °С;
 - количество лейкоцитов периферической крови менее 4×10^9 /л или более 20×10^9 /л;
 - уровень гемоглобина менее 90 г/л, гематокрит менее 30 %;
 - гипоксемия или гиперкапния;
 - уровень креатинина сыворотки крови более 176,7 мкмоль/л или мочевины крови более 7 ммоль/л;
 - возможная аспирация;
 - плевральный выпот;
 - многодолевое поражение легкого;
 - септикопиемия;
 - септический шок;
 - неэффективность амбулаторного лечения в течение трех суток;

- **связанные с наличием сопутствующих соматических заболеваний:**
 - хроническая обструктивная болезнь легких;
 - гипертоническая болезнь и сердечно-сосудистые заболевания, особенно осложненные сердечной недостаточностью;
 - цереброваскулярные заболевания;
 - хронические гепатиты;
 - хронические нефриты, острая или хроническая почечная недостаточность;
 - сахарный диабет;
 - системные заболевания соединительной ткани;
 - наркомания, алкоголизм;
 - дефицит массы тела;
- **связанные с осложненным течением беременности:**
 - токсикоз средней и тяжелой степени;
 - угроза прерывания беременности;
 - фетоплацентарная недостаточность;
 - острая и хроническая внутриутробная гипоксия плода;
 - задержка внутриутробного развития плода.

При принятии решения следует также учитывать социальные и бытовые условия пациентки, ее пожелания относительно места лечения. Однако необходимо учитывать, что в первые три дня амбулаторного лечения беременная нуждается в ежедневном осмотре терапевтом или патронаже высококвалифицированной медицинской сестры. Очевидно, что госпитализации подлежат большинство беременных с ВП.

При лечении ВП в отделениях общего профиля возможно проведение «ступенчатой терапии», предусматривающей двухэтапное применение противомикробных ЛС: переход с парентерального на пероральный путь введения с учетом клинического состояния беременной. Этот переход допустим при клиническом улучшении состояния, стабилизации гемодинамики, возможности самостоятельного приема пищи и отсутствии нарушения всасывания.

ЛС выбора:

Ампициллин	в/м 1 г 4 р/сут, 2–4 сут, затем внутрь 0,25–0,5 г 4 р/сут, 7–10 сут
Ампициллин/ сульбактам	в/м 1,5 г 4 р/сут, 2–4 сут +* Ампициллин внутрь 0,25–0,5 г 4 р/сут, 7–10 сут
Амоксициллин/ клавуланат	в/в 1,2 г 3 р/сут, 2–4 сут, затем внутрь 625 мг 3 р/сут 7–10 сут
Спирамицин	в/в 3000000 МЕ 3 р/сут, 2–4 сут, затем внутрь 3000000 МЕ 3 р/сут, 7–10 сут
Цефуроксим	в/в 0,5–1 г 2 р/сут, 2–4 сут, затем внутрь 0,5 г 2 р/сут, 7–10 сут

* После окончания курса лечения.

Альтернативные ЛС:

Амоксициллин/ клавуланат	в/в 1,2 г 3 р/сут, 10–14 сут
Цефепим	в/в 1 г 2 р/сут, 10–14 сут ± Спирамицин в/в 3000 000 МЕ 3 р/сут, 10–14 сут
Цефотаксим	в/в 1 г 3 р/сут, 10–14 сут ± Спирамицин в/в 3000 000 МЕ 3 р/сут, 10–14 сут
Цефтриаксон	в/в 1 г 1 р/сут, 10–14 сут ± Спирамицин в/в 3000 000 МЕ 3 р/сут, 10–14 сут

Фармакотерапия внебольничной пневмонии в отделении интенсивной терапии

Показаниями к лечению ВП в условиях отделения интенсивной терапии являются следующие состояния:

- частота дыхания более 30 в минуту;
- систолическое АД менее 90 мм рт. ст.;
- двусторонняя или многодолевая пневмония;
- быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в легких;
- септический шок или необходимость введения вазопрессорных ЛС более 4 ч;
- острая почечная недостаточность.

ЛС выбора:

Цефепим	в/в 1 г 2 р/сут, 10–14 сут + Спирамицин в/в 3 000 000 МЕ 3 р/сут, 10–14 сут
Цефотаксим	в/в 1 г 3 р/сут, 10–14 сут + Спирамицин в/в 3 000 000 МЕ 3 р/сут, 10–14 сут
Цефтриаксон	в/в 1 г 1 р/сут, 10–14 сут + Спирамицин в/в 3 000 000 МЕ 3 р/сут, 10–14 сут

При наличии клинических и эпидемиологических данных, позволяющих с большой долей вероятности предположить ВП определенной этиологии или при неэффективности стартовой эмпирической АТ (после получения результатов бактериологического исследования мокроты) возможно проведение терапии, направленной на эрадикацию определенного возбудителя.

Фармакотерапия внебольничной пневмонии, вызванной *S. Pneumoniae*

ЛС выбора:

Амоксициллин	внутри 0,5 г 3 р/сут, 7–10 сут
Бензилпенициллин	в/в 2 000 000 ЕД 4 р/сут, 5–10 сут
Рокситромицин	внутри 150 мг 2 р/сут, 7–10 сут
Спирамицин	внутри 3 000 000 МЕ 3 р/сут, 7–10 сут
Цефуроксим	внутри 0,5 г 2 р/сут, 7–10 сут
Цефтриаксон	в/в 1 г 1 р/сут, 5–10 сут
Цефотаксим	в/в 1 г 3 р/сут, 5–10 сут

Альтернативные ЛС:

Амоксициллин/клавулановая кислота	в/в 1,2 г 3 р/сут, 5–10 сут
Ванкомицин	в/в 1 г 2 р/сут, 5–10 сут

Имипенем/циластатин	в/в 0,5 г 3–4 р/сут, 5–10 сут
Меропенем	в/в 0,5 г 3–4 р/сут, 5–10 сут
Пиперациллин/тазобактам	в/в 2,5 г 3 р/сут, 5–10 сут
Спирамицин	в/в 3000000 МЕ 3 р/сут, 5–10 сут
Цефазолин	в/в 1 г 3 р/сут, 5–10 сут

АТ пневмококковой пневмонии должна продолжаться не менее трех дней после стойкой нормализации температуры тела.

Фармакотерапия внебольничной пневмонии, вызванной *N. influenzae*

ЛС выбора:

Ампициллин/сульбактам	в/в 1,5 г 4 р/сут, 10–14 сут
Пиперациллин/тазобактам	в/в 2,5 г 3 р/сут, 10–14 сут
Цефепим	в/в 1 г 2 р/сут, 10–14 сут
Цефотаксим	в/в 1 г 3 р/сут, 10–14 сут
Цефтриаксон	в/в 1 г 1 р/сут, 10–14 сут
Цефуроксим	в/в 0,5 г 2 р/сут, 10–14 сут

Альтернативные ЛС:

Спирамицин	в/в 3000 000 МЕ 3 р/сут, 10–14 сут
------------	------------------------------------

Фармакотерапия внебольничной пневмонии, вызванной *M. catarrhalis*

Ампициллин/сульбактам	в/в 1,5 г 4 р/сут, 10–14 сут
Пиперациллин/тазобактам	в/в 2,5 г 3 р/сут, 10–14 сут
Цефепим	в/в 1 г 2 р/сут, 10–14 сут
Цефотаксим	в/в 1 г 3 р/сут, 10–14 сут
Цефтриаксон	в/в 1 г 1 р/сут, 10–14 сут

Фармакотерапия внебольничной пневмонии, вызванной *S. pneumoniae*, *Legionella spp.*, *M. pneumoniae*

Азитромицин	внутри 0,5 г 1 р/сут, 3 сут
Рокситромицин	внутри 150 мг 2 р/сут, 2–3 нед
Спирамицин	в/в или внутри 3 000 000 МЕ 3 р/сут, 2–3 нед

Фармакотерапия внебольничной пневмонии, вызванной *P. aeruginosa*

ЛС выбора:

Имипенем/ циластатин	в/в 0,5 г 3–4 р/сут, 10–14 сут ± Гентамицин в/м 80 мг 2 р/сут, 10–14 сут
Меропенем	в/в 0,5 г 3–4 р/сут, 10–14 сут ± Гентамицин в/м 80 мг 2 р/сут, 10–14 сут
Пиперациллин/ тазобактам	в/в 2,5 г 3 р/сут, 10–14 сут ± Гентамицин в/м 80 мг 2 р/сут, 10–14 сут
Цефтазидим	в/в 1 г 3 р/сут, 10–14 сут ± Гентамицин в/м 80 мг 2 р/сут, 10–14 сут

Альтернативные ЛС:

Гентамицин	в/м 80 мг 2 р/сут, 10–14 сут + Спирамицин в/в или внутри 3 000 000 МЕ 3 р/сут, 10–14 сут + Цефтазидим в/в 1 г 3 р/сут, 10–14 сут
------------	--

Фармакотерапия внебольничной пневмонии, вызванной *S. aureus*

ЛС выбора:

Оксациллин	в/в или в/м 2 г 4 р/сут, 10–14 сут
------------	------------------------------------

Альтернативные ЛС:

Ванкомицин	в/в 1 г 2 р/сут, 10–14 сут
Спирамицин	в/в 3 000 000 МЕ 3 р/сут, 10–14 сут
Цефазолин	в/в 1 г 3 р/сут, 10–14 сут
Цефуросим	в/в 0,5 г 2 р/сут, 10–14 сут

Фармакотерапия внебольничной пневмонии, вызванной бактериями семейства Enterobacteriaceae (*E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter*)

ЛС выбора:

Гентамицин	в/м 80 мг 2 р/сут, 10–14 сут + Цефепим в/в 1 г 2 р/сут, 10–14 сут или Цефотаксим в/в 1 г 3 р/сут, 10–14 сут или Цефтриаксон в/в 1 г 1 р/сут, 10–14 сут
Имипенем/циластатин	в/в 0,5 г 3–4 р/сут, 10–14 сут
Меропенем	в/в 0,5 г 3–4 р/сут, 10–14 сут

Альтернативные ЛС:

Ампициллин/сульбактам	в/в 1,5 г 4 р/сут, 10–14 сут
Пиперациллин/тазобактам	в/в 2,5 г 3 р/сут, 10–14 сут

Полип эндометрия

Хирургическое лечение

Удаление полипа эндометрия (ПЭ), раздельное выскабливанием слизистой оболочки цервикального канала и тела матки (под гистероскопическим контролем) с пос-

ледующим морфологическим исследованием полученного материала является **обязательным этапом лечения.**

Наиболее эффективный метод оперативного лечения ПЭ — электрохирургическая гистерорезектоскопия, при которой глубокое срезание ножки полипа размером до 1 см осуществляют игольным электродом на границе базального слоя и миометрия. Резекцию более крупных ПЭ производят фрагментарно петлевидным электродом. Рецидивы аденоматозного полипа эндометрия (АПЭ) на фоне атрофии эндометрия, как и впервые выявленные АПЭ и полипы с очаговым аденоматозом (особенно выраженной формы), при наличии ГЭ и (или) другой гинекологической патологии являются показанием к хирургическому лечению — надвлагалищной ампутации матки или экстирпации матки (при наличии измененной шейки матки) у женщин в пременопаузе. Придатки матки чаще всего удаляют в связи с высокой частотой у таких пациенток гиперпластических процессов в яичниках.

АПЭ у женщин в постменопаузе служат абсолютным показанием к удалению матки с придатками.

Гормональная терапия

Тактика ведения больных после радикального удаления ПЭ определяется возрастом пациентки, строением полипа, функциональным состоянием эндометрия и яичников, сопутствующей гинекологической, экстрагенитальной патологией и наличием обменно-эндокринных нарушений.

В 10% случаев в репродуктивном возрасте ПЭ обнаруживается на фоне воспалительных изменений эндометрия (объективизация гистологических признаков которых возможна лишь при проведении биопсии эндометрия в раннюю фолликулярную фазу м. ц.). В этих ситуациях в послеоперационном периоде назначают ЗГТ. С этой целью используют ЛС, содержащие натуральные эстроге-

ны и способствующие улучшению процессов регенерации эндометрия.

У женщины с регулярным менструальным циклом (уровень прогестерона на 21-й день 28-дневного м. ц. более 30 нмоль/л) применяют «чистые» эстрогены.

<i>Эстрадиола валерат</i>	внутри 2 мг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 3 мес
---------------------------	---

В случае недостаточности лютеиновой фазы назначают комбинированные эстроген-гестагенные ЛС.

<i>Эстрадиола валерат</i>	внутри 2 мг 1 р/сут, с 5-го по 15-й день м. ц., 3 мес +* <i>Эстрадиола валерат/норгестрел</i> внутри 2 мг/0,5 мг 1 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., затем перерыв 7 сут, 3 мес
---------------------------	---

*После окончания курса лечения.

Пациенткам репродуктивного возраста и особенно в перименопаузе с железистыми и железисто-фиброзными ПЭ на фоне ГЭ и других гинекологических заболеваний проводят лечение последних.

После удаления АПЭ пациенткам репродуктивного возраста показаны агонисты ГнРГ/ЛС с антигонадотропным действием.

<i>Бусерелин, спрей</i>	интраназально 150 мкг в каждую ноздрю 3 р/сут, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
-------------------------	--

<i>Гестринон</i>	внутри 2,5 мг 2 р/ нед непрерывно, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
------------------	--

<i>Гозерелин</i>	п/к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 р/28 сут, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
------------------	--

<i>Даназол</i>	внутри 100–200 мг 1 р/сут непрерывно, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
----------------	---

<i>Лейпрорелин</i>	в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
--------------------	--

<i>Трипторелин</i>	в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
--------------------	--

Антибактериальная терапия

В связи с тем что при ПЭ в микробиоценозе полости матки превалирует облигатно-анаэробная флора и, в час-

тности, анаэробные кокки как в монокультуре, так и в составе аэробно-анаэробных ассоциаций, всем пациенткам после хирургического удаления ПЭ показана **антибактериальная терапия** с учетом чувствительности выявленного возбудителя, обязательным компонентом которой является метронидазол, оказывающий помимо антибактериального противовоспалительное действие.

Метронидазол в/в капельно 100 мл 2 р/сут, 3 сут

В сроки двух предполагаемых последующих менструаций также проводят курсы антибактериальной терапии.

Клиндамицин в/м 300 мг 2 р/сут, 7 сут

Предлежание плаценты

Выбор метода терапии при предлежании плаценты (ПП) зависит от ряда обстоятельств, в том числе от времени возникновения кровотечения (во время беременности, в родах), скорости и величины кровопотери, общего состояния беременной (роженицы), состояния родовых путей (степени раскрытия шейки матки), вида ПП, срока беременности, положения плода и др.

Ведение беременности

Если ПП выявлено при УЗИ в ранние сроки беременности и кровяные выделения отсутствуют, то возможно наблюдение беременной в амбулаторных условиях. При наличии кровяных выделений показано лечение в условиях стационара. Проводят терапию, направленную на снятие возбудимости матки, укрепление сосудистой стенки.

Дротаверин, 2% р-р	в/м 2 мл 3 р/сут, до нормализации тонуса матки и прекращения кровяных выделений + Магния лактат/Пиридоксина гидрохлорид внутрь 2 табл. 2 р/сут, до нормализации тонуса матки и прекращения кровяных выделений + Этамзилат в/м 2 мл 2–3 р/сут, до нормализации тонуса матки и прекращения кровяных выделений
-------------------------------	---

При сроке беременности больше 16 недель возможно назначение **токолитиков**.

Гексопреналин	в/в капельно (со скоростью 0,075–0,3 мкг/ мин) 0,005 мг (в 500 мл 0,9% р-ра натрия хлорида или 500 мл 5% р-ра декстрозы), до угнетения сокращений матки, затем внутрь 0,5 мг 4–8 р/сут, несколько недель
Фенотерол	в/в капельно (со скоростью 15–20 капель/ мин) 0,5 мг (в 500 мл 0,9% р-ра натрия хлорида или 500 мл 5% р-ра декстрозы), до угнетения сокращений матки, затем внутрь 5 мг 4–8 р/сут, несколько недель

При недоношенной беременности с целью профилактики респираторного дистресс-синдрома плода показано введение больших доз **глюкокортикоидных ЛС**.

Дексаметазон	в/м 4 мг 2 р/сут, 2–3 сут или внутрь 2 мг 4 р/сут в 1-е сут, затем 2 мг 3 р/сут во 2-е сут, затем 2 мг 2 р/сут на 3-й сут
---------------------	---

Ведение родов (выбор метода родоразрешения)

При центральном, боковом и краевом ПП без кровотечения показано родоразрешение кесаревым сечением в плановом порядке при сроке 37 недель.

При выраженном кровотечении независимо от степени ПП показано родоразрешение кесаревым сечением на любом сроке беременности. Если плацента прикрепляется на передней стенке в области нижнего сегмента матки, то методом выбора является корпоральное кесарево сечение. Поперечный разрез на матке в нижнем сегменте мож-

но использовать в том случае, если плацента локализуется на задней стенке матки.

При краевом ПП можно использовать выжидательную тактику до спонтанного начала родовой деятельности; в родах показано раннее вскрытие плодного пузыря.

При низком ПП и в отсутствие кровотечения роды обычно проводят через естественные родовые пути.

При кесаревом сечении по поводу ПП с гемостатической целью показано введение бесцитратной плазмы, при выраженной кровопотере — эритроцитарной массы; кроме того, применяют другие гемостатические средства.

Аминометил-бензойная кислота	в/в 50–100 мг или в/м 100 мг, однократно, затем доза и способ введения подбираются индивидуально по результатам терапии + Апротинин в/в капельно 1 млн КИЕ* или 700 тыс. АтрЕ™, однократно, затем 140 тыс. АтрЕ с интервалом в 1 ч (доза зависит от конкретного ЛС), до остановки кровотечения + Кальция глюконат в/м или в/в 5–10 мл 1 р/сут, до остановки кровотечения + Этамзилат в/м 250 мг 3 р/сут, до остановки кровотечения
-------------------------------------	--

* Калликреинкининовые ингибиторные единицы. Антитрипсиновые единицы. 1 АтрЕ = 1,33 КИЕ.

Ведение послеоперационного периода

В раннем послеоперационном периоде для профилактики кровотечения показано введение утеротонических средств.

Метилэргометрин , в/в 2 мл, однократно + Окситоцин в/в капельно 5 ЕД 0,02 % р-р	(в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида), однократно
---	--

Ввиду значительной опасности развития гнойно-воспалительных заболеваний в послеоперационном периоде показано введение антибиотиков широкого спектра действия.

Цефазолин	в/м 1 г 3–4 р/сут, 5–7 сут
Цефотаксим	в/м 1 г 3–4 р/сут, 5–7 сут

Преждевременное половое развитие при врожденной дисфункции коры надпочечников

Основные задачи лечения:

- подавление развития вторичных половых признаков, вызывающих эмоциональные и психологические проблемы у ребенка и родителей;
- снижение темпов костного созревания, позволяющее улучшить прогноз роста.
- При гетеросексуальном типе ППР на фоне классической формы ВДКН без признаков потери NaCl показана пожизненная терапия по следующей схеме:

Гидрокортизон	внутри 10–20 мг/м ² /сут в 3–4 приема (в 7:00, 12:00, 17:00 и 3:00), пожизненно
Дексаметазон	внутри 0,5–0,75 мг/м ² 1 р/сут на ночь (только при закрытых зонах роста), пожизненно
Преднизолон	внутри 2,5–5 мг/м ² /сут с приемом 2/3 суточной дозы утром (в 6:00–8:00) и 1/3 рано вечером (в 17:00), пожизненно

При сольтеряющей форме ВДКН помимо применения ГКС показана компенсация острой потери NaCl внутривенной инфузией гипертонических растворов NaCl.

При ВДКН с вторичной активацией гипоталамо-гипофизарной системы с целью улучшения показателей конечного роста на фоне терапии ГКС проводят терапию агонистами ГнРГ.

Гидрокортизон	внутри 10–20 мг/м ² /сут в 3–4 приема (в 7:00, 12:00, 17:00 и 3:00), пожизненно + Трипторелин в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, прерывистыми курсами (длительность 1 курса не более 6 мес)
----------------------	--

Дексаметазон внутрь 0,5–0,75 мг/м² 1 р/сут на ночь (только при закрытых зонах роста), пожизненно + **Трипторелин** в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, прерывистыми курсами (длительность 1 курса не более 6 мес)

Преднизолон внутрь 2,5–5 мг/м²/сут с приемом 2/3 суточной дозы утром (в 6:00–8:00) и 1/3 рано вечером (в 17:00), пожизненно + **Трипторелин** в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, прерывистыми курсами (длительность 1 курса не более 6 мес)

Преждевременное половое развитие при гипотиреозе

При изолированном телархе на фоне сниженной функции щитовидной железы проводят ЗГТ.

Левотироксин натрий внутрь 10–15 мкг/кг утром натощак за 30 мин до еды (под контролем уровня ТТГ и свободного Т₄ в сыворотке крови), пожизненно

Преждевременное половое развитие при синдроме Мак-Кьюна—Олбрайта—Брайцева

При синдроме Мак-Кьюна—Олбрайта—Брайцева лечение показано в случае длительной гиперэстрогении, сопровождающейся частыми и тяжелыми кровотечениями.

Ципротерон внутрь 50 мг 2 р/сут, до купирования клинических проявлений

Преждевременное половое развитие при фолликулярных кистах яичника

Лечение при фолликулярных кистах яичников включает проведение гормональной терапии.

<i>Дидрогестерон</i>	<i>внутри 10 мг 2 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не более 3 мес</i>
<i>Прогестерон</i>	<i>внутри 100 мг 3 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не более 3 мес</i>

Отсутствие положительной динамики (уменьшение или исчезновение образования по данным УЗИ, проводимого на 7–8-й день м. ц. в течение 3 месяцев) является показанием к оперативному лечению — лапароскопии, энуклеации кисты.

Преждевременное половое развитие центрального происхождения (полная форма)

Фармакотерапию полной формы ППР центрального происхождения желательно начинать не позднее 11,5 лет костного возраста.

Критерии назначения агонистов ГнРГ:

- подтверждение гонадотропинзависимого характера ППР;

- быстрое прогрессирование симптомов заболевания (увеличение костного возраста, опережающего фактический на два года и более, увеличение скорости роста более чем на два стандартных отклонения за предшествующий год);
- наличие повторных менструаций у девочек младше семи лет.

В настоящее время из аналогов ГнРГ единственным официально разрешенным ЛС, используемым для терапии истинного ППР, является трипторелин.

ЛС выбора:

<i>Трипторелин</i>	<i>в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, прерывистыми курсами (длительность 1 курса не более 6 мес)</i>
--------------------	---

Альтернативные ЛС:

<i>Даназол</i>	<i>внутри 100–200 мг 1 р/сут, непрерывно, не более 6–8 мес</i>
----------------	--

Преэклампсия (гестоз)

По Международной классификации выделяют:

- отеки беременных;
- протеинурия беременных;
- артериальная гипертензия при беременности;
- преэклампсия;
- эклампсия.

При незначительных отеках голеней возможно лечение в условиях женских консультаций. При отеках передней брюшной стенки, верхних и нижних конечностей лечение осуществляют в стационаре. Беременных с преэклампсией и эклампсией необходимо госпитализировать в стационары многопрофильных больниц, имеющих реанимационное отделение и отделение для выхаживания недоношенных детей.

Принципы терапии гестоза заключаются в следующем:

- создании лечебно-охранительного режима:
 - дозированный постельный режим — пребывание беременных в положении преимущественно на левом боку с 10:00 до 13:00 и с 14:00 до 17:00, т.е. в часы, соответствующие наивысшим подъемам АД;
 - лечебное питание (достаточное содержание в рационе белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных веществ, ограничение потребления поваренной соли до 6–8 г/сут, ограничение водной нагрузки до 1300–1500 мл);
- медикаментозной терапии, направленной на восстановление функции жизненно важных органов;
- быстром и бережном родоразрешении.

Фармакотерапия должна быть комплексной и включать следующие ЛС:

- регулирующие функции ЦНС;
- гипотензивные;
- для нормализации реологических и коагуляционных показателей крови;
- для инфузионно-трансфузионной и дезинтоксикационной терапии;
- улучшающие маточно-плацентарный кровоток;
- антиоксиданты, витамины, мембраностабилизаторы, гепатопротекторы;
- влияющие на метаболизм;
- иммуномодуляторы (при необходимости).

Курс лечения проводят с индивидуальным подбором ЛС в зависимости от степени тяжести заболевания.

Важное значение имеет не только состав терапии, но и ее продолжительность у беременных. При легкой степени преэклампсии стационарное лечение целесообразно проводить до 14 дней, при тяжелой — до родоразрешения.

Регуляция функции центральной нервной системы

Первая группа ЛС включает седативные средства, транквилизаторы, нейролептики.

При водянке и легкой форме преэклампсии:

Нитразепам	внутри 0,01 г 1 р/сут на ночь, 14 сут + Валерианы корневища с корнями, экстракт, внутри 0,02–0,04 г 3 р/сут или настойка внутри 1,5 мл (30 капель) 3 р/сут, 14 сут, или Пиона уклоняющегося трава, корневища и корни, настойка, внутри 5 мл 3 р/сут, 14 сут, или Пустырника трава, экстракт, внутри 30 мл 3 р/сут, 14 сут, или Сборы успокоительные внутри 2,5 мл 3 р/сут, 14 сут
-------------------	---

Диазепам	внутри 0,01 г 2 р/сут, 14 сут + Валерианы корневища с корнями, экстракт, внутри 0,02–0,04 г 3 р/сут или настойка внутри 1,5 мл (30 капель) 3 р/сут, 14 сут, или Пиона уклоняющегося трава, корневища и корни, настойка, внутри 5 мл 3 р/сут, 14 сут, или Пустырника трава, экстракт, внутри 30 мл 3 р/сут, 14 сут, или Сборы успокоительные внутри 2,5 мл 3 р/сут, 14 сут
-----------------	---

При тяжелой преэклампсии и эклампсии:

Закисно-кислородный или закисно-фторотановый наркоз с кислородом	ингаляционно + Диазепам , 0,5 % р-р, в/в 2–4 мл, кратность введения определяют индивидуально + Магния сульфат , 25 % р-р, в/в 10–20 мл, кратность введения определяют индивидуально
---	---

Гипотензивная терапия

Эффективность и безопасность — основные принципы фармакотерапии в период беременности. При ведении беременной с АГ врач имеет дело одновременно с двумя пациентами — матерью и плодом, и их интересы не всегда совпадают. В настоящее время в мире не существует единых подходов и стандартов лечения данной патологии. Практически все антигипертензивные препараты проникают через плаценту и потенциально способны оказывать нежелательное влияние на плод, новорожден-

ного и/или дальнейшее развитие ребенка. Объективные трудности при проведении фармакотерапии беременным с АГ обусловлены отсутствием достаточной доказательной базы по применению антигипертензивных лекарственных средств, так как этические нормы являются препятствием для проведения крупных клинических рандомизированных плацебо-контролируемых исследований у беременных.

Метилдопа остается лидирующим антигипертензивным препаратом. Преимущества перед другими антигипертензивными препаратами у беременных основано на результатах длительного опыта применения препарата в период гестации, продемонстрировавшего его безопасность для матери, плода и новорожденного. Важно, что пока это единственный антигипертензивный препарат, использующийся во время беременности, при применении которого изучались отдаленные последствия в отношении состояния здоровья детей.

Препаратом выбора является нифедипин. Многочисленные наблюдения не выявили тератогенного, эмбриотоксического действия при применении препарата у человека, в том числе это показано на небольшой группе детей, матери которых принимали нифедипин в I триместре. В работах, посвященных изучению токолитического и гипотензивного эффекта нифедипина у беременных, отмечается безопасность препарата, отсутствие неблагоприятного влияния на плод и новорожденного, в том числе при длительном (18 месяцев) наблюдении за детьми (110 детей), матери которых использовали **нифедипин** во время беременности.

В настоящее время на российском рынке имеется несколько форм нифедипина различной продолжительности действия, что позволяет назначить адекватную антигипертензивную терапию беременной с АГ, а также эффективно купировать гипертонический криз.

В настоящее время Канадская ассоциация акушеров-гинекологов не рекомендует применение атенолола

для лечения АГ у беременных. Препаратом выбора при АГ у беременных из группы БАБ является метопролол. При применении метопролола, как и при применении других БАБ, не отмечено тератогенных и эмбриотоксических эффектов.

Диуретики не рекомендованы при преэклампсии и абсолютно противопоказаны в случае нарушения маточно-плацентарного кровотока и ЗВУР плода. Применение фуросемида оправдано, если беременность осложнена почечной или сердечной недостаточностью. Верошпирон не рекомендован при беременности, так как вызывает феминизацию плода мужского пола. В связи с недостаточным количеством данных, не желательно применять в период гестации и индапамид.

Не рекомендовано применение при преэклампсии таких препаратов, как раунатин, бендазол, папаверин, дротаверин и клофелин.

Ингибиторы АПФ строго противопоказаны при беременности. Применение этих препаратов во II–III триместре ассоциировано с уменьшением кровоснабжения почек у плода, в том числе дисгенезии почек, развитием маловодия, в результате олигоурии плода, развитием острой почечной недостаточностью у плода или новорожденного; артериальной гипотензией; гипоплазией легких, развитием респираторного дистресс-синдрома новорожденных; костными дисплазиями с нарушением оссификации свода черепа и контрактурам конечностей; высоким риском ЗВУР; гибелью плода или новорожденного. Использование этих препаратов в период органогенеза было ассоциировано с увеличением частоты врожденных пороков развития сердечно-сосудистой и центральной нервной системы с 3% до 7%.

Во время беременности не рекомендуются к применению:

- Аминофиллин — категория С;
- Амлодипин — оценить риск для ребенка и пользу для матери;

- Небиволол — категория С;
- Верапамил — категория С;
- Клонидин — категория С.

Метилдопа	внутри 250 мг 3 р/сут, 14 сут или Нифедипин внутри 40 мг 1/сут, длительность определяют индивидуально, либо по 80 мг/сут в 1–2 приема
------------------	--

Терапию проводят с целью подготовки к родоразрешению.

При тяжелой преэклампсии и эклампсии:

Бензогексоний, 2,5 % р-р	в/м или в/в 1 мл, кратность введения определяют индивидуально или Пентамин, 5 % р-р , в/м или в/в 1 мл, кратность введения определяют индивидуально
---------------------------------	--

Терапия мочегонными средствами

Мочегонные ЛС применяют при низком диурезе после нормализации объема циркулирующей крови.

При отеках применяют фитосборы, обладающие мочегонными свойствами.

- Листья брусники или
- Листья толокнянки или
- Настойка леспедезы головчатой или
- Плоды можжевельника или
- Почка березовые или
- Трава хвоща полевого или
- Цветки василька синего или
- Чай почечный (ортосифон тычиночный).

Используют также калийсберегающие диуретики.

Гидрохлоротиазид/ триамтерен	внутри 25 мг/100 мг утром 2 р/ нед, до исчезновения отеков
-------------------------------------	--

При тяжелой преэклампсии и эклампсии по показаниям при подготовке к родоразрешению назначают салуретики.

Фуросемид	в/м или в/в 20–500 мг/сут дробно, длительность терапии определяют индивидуально
------------------	---

При стойкой олигурии и анурии, развитии почечной недостаточности показан экстракорпоральный гемодиализ: плазмаферез или ультрафильтрация.

Терапия средствами, улучшающими реологические свойства крови

Дезагреганты и антикоагулянты включают следующие ЛС:

Ацетилсалициловая кислота	внутри 60 мг 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально
Дипиридамол	внутри 50 мг 3 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально
Ксантинола никотинат	внутри 150 мг 3 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально
Надропарин кальция	п/к 0,3 мл 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально
Пентоксифиллин	внутри 100 мг 3 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально

Лечение проводят под контролем гемостазиограммы.

Инфузионно-трансфузионная терапия

Инфузионно-трансфузионная терапия направлена на восстановление нормальной тканевой перфузии и органного кровотока, устранение гиповолемии, гемоконцентрации, гипопротейнемии и на коррекцию электролитных и метаболических нарушений. Для этих целей используют:

- плазмозамещающие растворы (свежезамороженная плазма, 5 и 10 % р-ры альбумина);
- кристаллоиды, представляющие собой комплексные солевые растворы (натрия хлорид, натрия гидрокарбонат, калия хлорид), 10 % р-р декстрозы;
- коллоиды (декстраны, повидон, 6 и 10 % гидроксипроксиэтилированный крахмал).

Нормализация маточно-плацентарного кровотока

β -миметики назначают для нормализации маточно-плацентарного кровотока в индивидуально переносимых дозах вплоть до 38-й недели беременности.

Гексопреналин	внутри 500 мкг 6 р/сут или в/в 10 мкг 1 р/сут, до 38 нед беременности
----------------------	---

Терапия антиоксидантами, витаминами, мембраностабилизаторами, гепатопротекторами и средствами, влияющими на метаболизм

В комплексной терапии гестоза применяется также:

Аскорбиновая кислота	внутри 100 мг 1 р/сут, длительно + Калия и магния аспарагинат внутри 158 мг/140 мг 3 р/сут, длительно + Фосфолипиды внутри 300 мг 3 р/сут или в/в 5 мл 1 р/сут, длительно
-----------------------------	---

Витамин Е	внутри 600 мг 1 р/сут, длительно + Калия и магния аспарагинат внутри 158 мг/140 мг 3 р/сут, длительно + Фосфолипиды внутри 300 мг 3 р/сут или в/в 5 мл 1 р/сут, длительно
------------------	---

Глутаминовая кислота	внутри 0,25 г 4–6 р/сут, длительно + Калия и магния аспарагинат внутри 158 мг/140 мг 3 р/сут, длительно + Фосфолипиды внутри 300 мг 3 р/сут или в/в 5 мл 1 р/сут, длительно
-----------------------------	---

Поливитамины	внутри, длительно + Калия и магния аспарагинат внутри 158 мг/140 мг 3 р/сут, длительно + Фосфолипиды внутри 300 мг 3 р/сут или в/в 5 мл 1 р/сут, длительно
---------------------	--

Иммунотерапия

Иммунотерапию применяют по показаниям и под контролем клинического состояния и лабораторных крите-

риев. Прибегают к введению аллогенных лимфоцитов (в/к 30–50 млн выделенных клеток из 40–50 мл крови мужа каждые 4–6 недель на ладонные поверхности предплечья в 8–10 точках), а также иммуноглобулинов.

Имуноглобулин человека нормальный	<i>в/в 25–50 мл 1 р/4–6 нед, количество введений определяют индивидуально.</i>
--	--

При наличии эффекта беременность пролонгируют до срока, гарантирующего рождение жизнеспособного плода или до наступления родов.

Показания к досрочному родоразрешению

Показанием к досрочному родоразрешению являются не только эклампсия и ее осложнения, но также тяжелая преэклампсия. При тяжелой преэклампсии в течение 3–12 ч показано досрочное бережное родоразрешение путем кесарева сечения только под эндотрахеальным наркозом.

При возможности ведения родов через естественные родовые пути предварительно для улучшения функционального состояния матки и подготовки шейки матки в цервикальный канал или в задний свод влагалища вводят простагландиновый гель. При подготовленной шейке матки производят амниотомию с последующим родовозбуждением.

Зидовудин	<i>внутри 300 мг каждые 3 ч, от начала родовой деятельности до родоразрешения</i>
------------------	---

Фосфазид	<i>внутри 600 мг однократно при начале родовой деятельности, затем 400 мг каждые 4 ч (если в период беременности больная получала зидовудин, его следует отменить)</i>
-----------------	--

При родоразрешении через естественные родовые пути в первом периоде родов наряду с применением классических методов (раннее вскрытие плодного пузыря, адекватная гипотензивная терапия, инфузионно-трансфузионная

терапия не более 500 мл) проводят поэтапную длительную анальгезию, включая эпидуральную анестезию; во втором периоде родов оптимальным является продолжение эпидуральной анестезии.

В послеродовом периоде инфузионно-трансфузионную терапию проводят в полном объеме и продолжают не менее 3–5 суток в зависимости от снижения выраженности симптомов патологического процесса под контролем клинико-лабораторных данных.

После выписки проводят мероприятия, направленные на профилактику рецидива преэклампсии в условиях женской консультации.

Профилактика гестоза

Важную роль играет профилактика развития гестоза с учетом имеющихся факторов риска. Профилактика тяжелых форм гестоза должна начинаться с 8–9-й недели беременности. Профилактические мероприятия проводят поэтапно с учетом фоновой патологии.

Профилактический комплекс включает:

- диету;
- режим;
- витамины;
- фитосборы и лекарственные средства с седативным эффектом, а также улучшающие функцию почек¹;
- спазмолитики;
- средства, влияющие на метаболизм;
- дезагреганты и антикоагулянты;
- антиоксиданты, мембраностабилизаторы;
- лечение экстрагенитальной патологии по показаниям.

У беременных группы риска профилактические мероприятия проводят постоянно. Фитосборы и ЛС, влияющие

¹ Канефрон® Н (Бионорика, Германия) — раствор д/приема внутрь, драже. По 50 кап./2 драже 3 р/сут.

на метаболизм, следует принимать постоянно, чередуя друг с другом. На их фоне дезагреганты, антикоагулянты, мембраностабилизаторы с антиоксидантами применяют курсами по 30 дней с перерывом 7–10 дней.

Пурпура идиопатическая тромбоцитопеническая у беременных

Все беременные, страдающие идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИПТП) с любыми проявлениями геморрагического синдрома, должны быть госпитализированы.

В силу того что ИПТП является результатом сложного иммунологического конфликта по типу аутоиммунной агрессии, все методы лечения направлены на различные звенья патологического процесса и действуют по пути либо более глубокого и полного подавления выработки аутоантител и ЦИК, либо их механического удаления, а также возможного воздействия на процессы центральной регуляции иммунитета.

При лечении беременной, страдающей ИПТП, необходимо стремиться поддерживать число **тромбоцитов на «безопасном» уровне — 30×10^9 /л**. Однако, если во время родов планируется использование некоторых видов анестезии (например, эпидуральной), желательнее, чтобы количество тромбоцитов было более высоким (от 50×10^9 /л до 100×10^9 /л).

Целью терапии и (или) наблюдения является профилактика тяжелых кровотечений (внутричерепного кровоизлияния или кровотечения из слизистых оболочек с развитием тяжелой постгеморрагической анемии), угрожающих

жизни больной, в течение периода тромбоцитопении. При наличии любого из этих осложнений терапия должна быть начата немедленно вне зависимости от количества тромбоцитов. При тромбоцитопении в отсутствие геморрагического синдрома лечение, как правило, не требуется.

К основным методам лечения относятся:

- проведение комплексной медикаментозной терапии (ГКС, иммуноглобулины, ангиопротекторы);
- выполнение спленэктомии в отсутствие устойчивого и продолжительного эффекта от проведения комплексной консервативной терапии в течение 3–4 недель, при непрерывно рецидивирующем течении хронической ИТПП или частых обострениях с кровотечениями из слизистых оболочек.

Во время беременности спленэктомия показана и проводится по жизненным показаниям со стороны матери, причем предпочтительнее во II триместре беременности, так как спленэктомия, выполняемая в I триместре, повышает риск самопроизвольных выкидышей, а в III триместре становится технически очень сложной и повышает риск преждевременных родов и мертворождений. В случаях если выраженный геморрагический синдром развивается в III триместре беременности, то после энергичной медикаментозной подготовки производят спленэктомию, сочетая ее с кесаревым сечением.

Показания к спленэктомии:

- частые обострения с кровотечениями из слизистых оболочек при количестве тромбоцитов менее $30 \times 10^9 / \text{л}$;
- некупирующееся профузное кровотечение любой локализации или при угрозе кровоизлияния в ЦНС и жизни больной;
- маточное кровотечение, не купирующееся консервативными методами, в послеродовом периоде.

Спленэктомию проводят трансторакальным доступом со вскрытием грудной полости и диафрагмы и гораздо реже верхнесрединной лапаротомией. Во время операции

должны быть удалены все добавочные селезенки, иначе тромбоцитопения будет сохраняться.

Плазмаферез показан больным, резистентным к медикаментозной терапии или зависимым от больших доз ГКС, а также лицам, у которых определяются высокие титры АТ-АТ.

Основные рекомендации по лечению ИТП у беременных:

- больным с числом тромбоцитов больше $50 \times 10^9/\text{л}$ лечение обычно не требуется, им не следует назначать ГКС или иммуноглобулины в качестве начальной терапии;
- если число тромбоцитов составляет $30 \times 10^9/\text{л}$ — $50 \times 10^9/\text{л}$ на протяжении I и II триместров беременности, то вышеуказанные ЛС также не показаны (за исключением больных с высоким риском кровотечения, включая лиц с сопутствующей АГ, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и лиц, ведущих активный образ жизни);
- лечение показано всем беременным с числом тромбоцитов менее $10 \times 10^9/\text{л}$ на любом сроке беременности, а также тем, у кого оно равно $10 \times 10^9/\text{л}$ — $30 \times 10^9/\text{л}$ во II и III триместрах беременности или имеется кровотечение;
- в/в введение иммуноглобулина целесообразно в качестве начальной терапии в том случае, когда число тромбоцитов менее $10 \times 10^9/\text{л}$ на протяжении III триместра, или когда оно равно $10 \times 10^9/\text{л}$ — $30 \times 10^9/\text{л}$, или имеется кровотечение;
- если у беременной, несмотря на лечение ГКС и высокими дозами иммуноглобулина в течение 4–5 недель, число тромбоцитов остается менее $30 \times 10^9/\text{л}$ и продолжается кровотечение, следует выполнить спленэктомию;
- если у беременной накануне спленэктомии продолжается кровотечение, а уровень тромбоцитов менее $10 \times 10^9/\text{л}$, то до операции целесообразно назначить

парентерально высокие дозы иммуноглобулина и ГКС в пульсовом режиме в дозе 1 г/сут в течение 3 дней;

- если симптомы ИПТП сохраняются после проведения комплексной консервативной терапии и спленэктомии, то беременность следует прервать и приступать к лечению больных цитостатиками, иммуносупрессантами и др.

Для лечения кровотечений, угрожающих жизни больной, в качестве начальной терапии используют:

- ГКС в высоких дозах или пульс-терапию;
- иммуноглобулин человеческого нормальный в/в;
- сочетание ГКС и иммуноглобулина человеческого нормального в/в;
- экстренную спленэктомию (по жизненным показаниям, прежде всего при внутричерепном кровоизлиянии и его угрозе, а также при профузном кровотечении любой локализации).

Трансфузии тромбоцитной массы не показаны из-за сенсибилизации и резкого повышения образования АТ-АТ, за исключением эпизодов развившегося профузного кровотечения с целью создания гемостатической пробки.

Симптоматическая терапия

На протяжении всей беременности необходимо проводить симптоматическую терапию, особенно у больных с непрерывно рецидивирующим течением заболевания, включающую чередование курсов фитотерапии (крапива, тысячелистник, шиповник, пастушья сумка, арника и др.), а также использование препаратов железа (для коррекции железодефицитных состояний), местных способов остановки кровотечений, ангиопротекторов и ингибиторов фибринолиза.

Аскорбиновая кислота/рутозид	внутри 0,05 г 4 р/сут, длительно ± Аминокапроновая кислота внутри 0,2–0,5 г/кг 1 р/сут, длительно
Этамзилат натрия	внутри 250 мг 3 р/сут, длительно ± Аминокапроновая кислота внутри 0,2–0,5 г/кг 1 р/сут, длительно

Иммunosupрессивная терапия глюкокортикоидными средствами

При усугублении кожного геморрагического синдрома в процессе наблюдения за больной и (или) в случае присоединения кровотечения показана иммуносупрессивная терапия ГКС, которые нарушают взаимосвязь между поверхностью тромбоцита и АТ-АТ, уменьшают продукцию АТ-АТ селезенкой, печенью, костным мозгом, уменьшают проницаемость и степень повреждения эндотелия, снижают селезеночную секвестрацию тромбоцитов и деструкцию тромбоцитов фагоцитами.

ЛС выбора при назначении ГКС являются преднизолон и метилпреднизолон ввиду их относительно малой способности проникать через фетоплацентарный барьер и меньшее количество побочных эффектов.

Преднизолон	<i>внутри 0,5–1 мг/кг/сут (с учетом суточного биоритма — 2/3 суточной дозы в утренние часы), 4 нед, затем снижать дозу по 5 мг/нед до достижения дозы 10–15 мг/сут, 3–4 мес.</i>
--------------------	--

Четырехнедельный срок терапии ГКС в полной дозе определяется периодом полураспада АТ-АТ, который составляет 3–4 недели.

Лечение проводят под контролем уровня тромбоцитов, показателей гемостаза и титра АТ-АТ и ЦИК.

Снижение количества тромбоцитов на фоне уменьшения дозы ГКС не является показанием к возврату прежней дозы. В случае достижения только клинической ремиссии продолжение терапии ГКС в прежней дозе до нормализации количества тромбоцитов нецелесообразно, так как пролонгированное лечение ГКС подавляет продукцию тромбоцитов и способствует развитию осложнений.

При наличии у больной тяжелых кровотечений начальная доза ГКС может составлять 3–5 мг/кг/сут в течение 3–5 дней до купирования геморрагического синдрома; в дальнейшем ЛС применяют в дозе 2 мг/кг/сут.

Альтернативным методом лечения в тяжелых ситуациях может быть пульс-терапия.

Метил-преднизолон	<i>в/в капельно в течение 20 мин 30 мг/кг/сут, 3 сут до купирования геморрагического синдрома и повышения количества тромбоцитов до безопасного уровня (более $30 \times 10^9/л$)</i>
--------------------------	--

Пульс-терапия и применение ГКС в дозе 3–5 мг/кг/сут могут быть использованы при рецидиве тромбоцитопении и геморрагического синдрома после завершения начального курса ГКС.

Особого рассмотрения требует тактика ведения больных в день родоразрешения. Всем больным в день родоразрешения и последующие два дня (т. е. всего в течение трех дней) дополнительно необходимо парентеральное введение ГКС по следующей схеме.

В день родоразрешения:

Гидрокортизон	<i>в/в 250 мг, однократно</i>
Преднизолон	<i>в/в 60 мг, однократно (при сохранении основной дозы преднизолона, принимаемой внутрь до родоразрешения)</i>

В первые два дня после родов:

Гидрокортизон	<i>в/в 125 мг 1 р/сут, 2 сут</i>
Преднизолон	<i>в/в 30 мг 1 р/сут, 2 сут (при сохранении основной дозы преднизолона, принимаемой внутрь до родоразрешения)</i>

Всем больным, принимавшим ГКС во время беременности, после родоразрешения, учитывая вероятность обострения заболевания, рекомендуется продолжать прием преднизолона в прежней дозе в течение не менее двух месяцев; затем дозу ЛС медленно снижают под контролем уровня тромбоцитов в крови и показателей гемостазиограммы.

Терапия иммуноглобулинами

В случае резистентности к терапии ГКС возможно использование лечебных доз иммуноглобулинов.

Иммуноглобулин человека нормальный	в/в капельно (со скоростью 10–20 капель/ мин) 0,4–0,6 г/кг 1 р/сут, 3–5 сут
---------------------------------------	--

В экстренных ситуациях дозу иммуноглобулинов увеличивают.

Иммуноглобулин человека нормальный	в/в капельно (со скоростью 10–20 капель/ мин) 1 г/кг 1 р/сут, 2 сут
---------------------------------------	--

Иммуноглобулин не вводят при количестве тромбоцитов более 30×10^9 /л.

В настоящее время существуют три основные гипотезы, объясняющие механизм патогенетического действия иммуноглобулина при ИТПТ. К ним относятся:

- неспецифическая блокада иммуноглобулинами рецепторов клеток, фагоцитирующих тромбоциты;
- модулирующее воздействие на активность Т-хелперов и Т-супрессоров, вследствие чего угнетается синтез аутоантител, подавляется аутоиммунный процесс;
- нейтрализация АТ-АТ.

История развития науки и техники в СССР

1. Развитие науки и техники в СССР в 1917-1929 гг.

2. Развитие науки и техники в СССР в 1930-1945 гг.

3. Развитие науки и техники в СССР в 1946-1959 гг.

4. Развитие науки и техники в СССР в 1960-1979 гг.

5. Развитие науки и техники в СССР в 1980-1991 гг.

6. Развитие науки и техники в СССР в 1992-2000 гг.

7. Развитие науки и техники в СССР в 2001-2010 гг.

8. Развитие науки и техники в СССР в 2011-2019 гг.

9. Развитие науки и техники в СССР в 2020-2029 гг.

10. Развитие науки и техники в СССР в 2030-2039 гг.

11. Развитие науки и техники в СССР в 2040-2049 гг.

12. Развитие науки и техники в СССР в 2050-2059 гг.

13. Развитие науки и техники в СССР в 2060-2069 гг.

14. Развитие науки и техники в СССР в 2070-2079 гг.

15. Развитие науки и техники в СССР в 2080-2089 гг.

Акusher-Lib.ru

Термины и определения

В данном разделе приведены термины и определения, используемые в тексте.

Рвота беременных

Легкая рвота быстро поддается лечению или проходит самостоятельно. Лечение беременных с легкой рвотой можно проводить амбулаторно. При умеренно выраженной и тяжелой рвоте показано лечение в стационарных условиях.

Основными компонентами лечения являются:

- диета. В связи со снижением аппетита рекомендуется разнообразная пища, которая должна быть легкоусвояемой, содержать большое количество витаминов. Пищу необходимо принимать небольшими порциями каждые 2–3 ч в охлажденном виде и в положении лежа. Показан также прием минеральной щелочной воды в небольших объемах 5–6 раз в день;
- лечебно-охранительный режим с устранением отрицательных эмоций;
- электроаналгезия, иглоукалывание, психо- и гипнотерапия. Этих средств может быть достаточно для лечения легкой рвоты; при умеренно выраженной и тяжелой рвоте они позволяют ограничить прием ЛС;
- медикаментозная терапия.

Медикаментозное лечение для каждой беременной подбирают индивидуально в зависимости от тяжести заболевания. Лечение рвоты беременных легкой и средней степени тяжести почти всегда бывает эффективным. Чрезмерная рвота беременных в отсутствие эффекта

от комплексной терапии в течение трех суток является показанием к прерыванию беременности.

Кроме того, существуют показания к экстренному прерыванию беременности:

- нарастание слабости;
- адинамия;
- эйфория или бред;
- тахикардия до 110–120 уд/мин;
- артериальная гипотония до 80–90 мм рт. ст.;
- желтушность кожи и склер;
- боли в правом подреберье;
- снижение диуреза до 300–400 мл/сут;
- гипербилирубинемия;
- повышение уровня остаточного азота, мочевины;
- протеинурия, цилиндрурия.

Медикаментозная терапия должна быть комплексной и включать следующие ЛС:

- регулирующие функцию ЦНС и блокирующие рвотный рефлекс;
- инфузионные средства для регидратации, дезинтоксикации и парентерального питания;
- предназначенные для нормализации метаболических нарушений.

Наиболее рационально комплексное использование всех этих групп.

Терапия средствами, регулирующими функцию ЦНС и блокирующими рвотный рефлекс

Первая группа ЛС включает средства, воздействующие на различные нейромедиаторные системы продолговатого мозга: атропин, галоперидол, дроперидол, метоклопрамид, клемастин, прометазин, тиэтилперазин.

Наиболее эффективными в клиническом отношении являются следующие комбинации:

Метоклопрамид в/м 2 мл 1–2 р/сут, длительно + Атропин, 0,1 % р-р, в/м 0,5 мл 1–2 р/сут, длительно

Лечение продолжают до исчезновения клинических симптомов и в соответствии с результатами лабораторных исследований.

Инфузионная терапия

Вторая группа ЛС предназначена для инфузионной терапии и включает:

- кристаллоиды (предназначены для регидратации), представляющие собой комплексные солевые растворы (натрия хлорид, натрия гидрокарбонат, калия хлорид). Объем вводимых кристаллоидов должен составлять около 50 % общего объема инфузии;
- коллоиды (для дезинтоксикации): декстраны, повидон. Объем коллоидных растворов должен составлять 10–15 % объема инфузии;
- парентеральное питание: 10–15 % р-р декстрозы и 5–10 % р-р аминокислот. Объем вводимых средств для парентерального питания должен составлять не менее 35–40 % общего объема инфузии.

Общий объем инфузионной терапии составляет 1–3 л в зависимости от тяжести токсикоза и массы тела пациентки. Продолжительность лечения определяется клинико-лабораторными показателями.

Нормализация метаболических нарушений

На фоне инфузионной терапии назначают ЛС, нормализующие метаболические нарушения.

Аскорбиновая кислота	5% р-р в/в 5 мл 1 р/сут, 3–4 нед + Инозин внутрь 0,2 г 3 р/сут, 3–4 нед + Кокарбоксилаза в/в 100 мг 1 р/сут, 3–4 нед + ЛС , полученное из селезенки крупного рогатого скота, в/м 2 мл 1 р/сут, 10 сут; при упорной рвоте в/м 2 мл 2 р/сут (до улучшения общего состояния), затем снижение дозы до 1 мл 2 р/сут, 3–4 нед + Рибофлавин в/м 0,01 г (1 мл 1% р-ра) 1 р/сут, 3–4 нед + Фолиевая кислота внутрь 0,001 г 3 р/сут, 3–4 нед
-----------------------------	---

Комбинация этих ЛС восстанавливает цикл Кребса и нормализует окислительно-восстановительные процессы в клетках.

Родовой травматизм

Родовой травматизм — повреждение мягких тканей родового канала и другие повреждения, произошедшие при патологическом течении родов. Некоторые травмы родовых путей опасны для жизни женщины и в некоторых случаях приводят к длительной потере трудоспособности и инвалидности. Разрывы мягких тканей родового канала наиболее часто встречаются у первородящих.

Разрывы мягких тканей родового канала подразделяют на:

- разрывы вульвы;
- разрывы влагалища;
- гематомы мягких тканей родовых путей;
- разрывы шейки матки;
- разрывы промежности;
- разрывы матки.

Разрывы вульвы

Разрывы вульвы — это травмы малых половых губ и клитора.

Разрывы вульвы делят на:

- поверхностные;
- глубокие.

Разрывы в области клитора сопровождаются кровотечением, иногда значительным.

Хирургическая коррекция

Разрывы в области малых половых губ зашивают тонким непрерывным швом или отдельными швами без захвата подлежащих тканей во избежание кровотечения из кавернозных тел. При зашивании разрывов в области клитора в уретру предварительно вводят мочевой катетер.

Швы накладывают под местной инфильтрационной либо под внутривенной анестезией:

<i>Лидокаин</i>	<i>2% р-р, местно 5–10 мл, однократно или</i>
<i>Прокаин</i>	<i>0,5% р-р, местно 10–20 мл, однократно</i>

Возможны аллергические реакции на вводимые местные анестетики.

Разрывы влагалища

Разрывы влагалища классифицируют по этиологии:

- самопроизвольные;
- насильственные (оперативное родоразрешение).

По локализации:

- разрывы верхней трети влагалища;
- разрывы средней трети влагалища;
- разрывы нижней трети влагалища.

По глубине повреждения:

- поверхностные;
- глубокие.

Клинически разрывы влагалища проявляются кровотечением из поврежденной стенки или образованием гема-

том с выпячиванием боковой стенки влагалища, иногда с переходом на половые губы.

Оперативное лечение

Зашивание кровоточащей стенки влагалища отдельными швами или непрерывным швом; вскрытие и опорожнение большой по размерам гематомы; прошивание кровоточащих сосудов вместе с подлежащими тканями.

Швы накладывают под местной инфильтрационной или внутривенной анестезией (см. «Разрывы вульвы»).

Противоанемическая терапия

В случае развития анемии назначают противоанемические средства:

Железа (III) гидроксид сахарозный комплекс	р/р для инъекций 100 мг/5 мл амп. 5 мл в 100 мл физ. р-ра не менее чем в течение 15 мин. или
Железа (III) гидроксид полимальтозат, таблетки	внутри 1 табл. 2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально или
Железа (III) гидроксид полимальтозат, раствор	в/м 2 мл 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально или
Железа сульфат/аскорбиновая кислота	внутри 0,05 г (в пересчете на железо) 2–3 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально

Длительность противоанемической терапии зависит от величины кровопотери и устанавливается индивидуально под контролем анализов крови.

Терапия для ускоренного заживления

Декспантенол/хлоргексидин По 1 свече 2 р/сут в течение 10 дней

Гематомы мягких тканей родовых путей

Гематомы мягких тканей родовых путей — ограниченное скопление крови при закрытых повреждениях, сопровождающихся разрывом сосуда и излиянием крови в окружающие ткани.

Гематомы мягких тканей родовых путей классифицируют по локализации:

- в области больших половых губ;
- в области промежности;
- в области стенки влагалища;
- в области околовлагалищной клетчатки;
- в области ягодичных мышц.

Основные клинические признаки гематомы:

- сине-багровая окраска опухолевидного образования;
- отсутствие отчетливых границ;
- пастозная или эластичная консистенция;
- напряжение тканей над кровоизлиянием и болезненность;
- деформация вульвы при значительной гематоме;
- признаки анемии при значительном кровоизлиянии — снижение содержания гемоглобина (115 г/л и менее) и количества эритроцитов (менее $3,7 \times 10^9$ /л, цветовой показатель 0,85 и ниже), снижение концентрации железа в сыворотке крови (менее 10 ммоль/л).

Оперативное лечение

Небольшие гематомы не требуют лечения, они постепенно рассасываются и полностью исчезают. Если гематома быстро увеличивается, нарастают проявления анемии, показано хирургическое вмешательство, которое сводится к разрезу покровов гематомы, удалению скопившейся

крови и перевязке кровоточащего сосуда. Полость зашивают наглухо или оставляют дренаж.

Швы накладывают под местной инфильтрационной (или в/в) анестезией (см. «Разрывы вульвы»).

Противоанемическая терапия

См. «Разрывы влагалища».

Разрывы промежности

Число разрывов промежности в настоящее время относительно невелико (10–12%) благодаря широкому использованию профилактического рассечения промежности.

Различают самопроизвольные и насильственные разрывы промежности. По глубине повреждения разрывы делятся на 4 степени:

- I — разрывы задней спайки (небольшой участок кожи промежности и стенки влагалища), мышцы промежности остаются неповрежденными;
- II — повреждение кожи промежности, стенок влагалища и мышц промежности, кроме наружного сфинктера прямой кишки;
- III — глубокие повреждения с вовлечением наружного сфинктера прямой кишки;
- IV — глубокие повреждения с вовлечением наружного сфинктера и части прямой кишки.

Выделяют центральный разрыв промежности, при котором плод рождается через отверстие, образовавшееся в центре промежности. При этом остаются сохраненными задняя спайка и сфинктер прямой кишки.

Основные клинические признаки угрожающего разрыва промежности: выпячивание промежности, цианоз, отек, побледнение. Основным клиническим признаком разрыва промежности является кровотечение.

Оперативное лечение

Лечение разрывов промежности состоит в восстановлении целостности поврежденных тканей путем наложения швов (викрил, дексон, монокрил, хромированный кетгут) непосредственно после рождения последа. Операцию зашивания производят на операционном столе под местной инфильтрационной, внутривенной или эпидуральной анестезией, если таковая проводилась во время родов.

Антибактериальная терапия

Для профилактики инфекционных осложнений при III и IV степенях разрыва применяют антибактериальную терапию:

Амоксициллин	в/в 1,2 г 3 р/сут или
Амоксициллин/ клавулановая кислота	1,2 г в/в кап в 400 мл 0,9% р-ра NaCl 3 р/сут или
Ампициллин	в/в 1,5 г 3 р/сут или
Цефазолин	в/в 1 г 3 р/сут или
Цефотаксим	в/в 1 г 2 р/сут или
Цефуросим	в/в 1,5 г 3 р/сут или
Цефоперазон/сульбактам (сульперазон)	1 г в/в кап в 400мл 0,9% р-ра NaCl 3 р/сут 2 р/сут

Терапия для ускоренного заживления

Декспантенол/хлоргексидин	по 1 свече 2 р/сут в течение 10 дней
---------------------------	--------------------------------------

Противоанемическая терапия

См. «Разрывы влагалища».



ДЕПАНТОЛ® супп. ваг.
№ 10 (хлоргексидин 16 мг
+ декспантенол 100 мг)

Исследования и опыты применения подтверждающие эффективность и безопасность препарата ДЕПАНТОЛ:

В 2009 г. на базе родильного дома № 1 г. Волгограда под руководством проф. ВолГМУ Селиховой М. С. исследовалось применение препарата Депантол для ведения послеродового периода у женщин с травмами мягких родовых путей. Проведенное рандомизированное исследование применения суппозиториев Депантол при ведении родильниц с травмами мягких тканей родового канала свидетельствует о его более высокой эффективности по сравнению с традиционными методами обработки швов за счет ускоренной регенерации тканей. Проведенное исследование позволяет рекомендовать Депантол для применения в послеродовых отделениях родильных стационаров при ведении родильниц с травмами мягких тканей родовых путей.

В 2009 г. на базе Городской клинической больницы № 1 им. Н. И. Пирогова, Самара под руководством доцента СамГМУ Шляпникова М. Е. проведено изучение применения препарата Депантол, суппозитории вагинальные, для профилактики раневой инфекции после самопроизвольных родов. В ходе исследования дана микробиологическая характеристика инфекции эпизиотомных ран, определена чувствительность выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Анализ расчета рейтинговых коэффициентов показал бесперспективность применения антибиотиков для профилактики и стартовой эмпирической терапии инфекционных пуэрперальных осложнений 1-го этапа. В качестве альтернативы предложено и клинически обосновано использование комбинированного препарата для местного применения, содержащего хлоргекси-

дин и декспантенол, для профилактики раневой инфекции после самопроизвольных родов.

В послеродовом периоде Депантол, суппозитории вагинальные, рекомендуется применять с первых суток после родов по 1 суппозиторию 2 раза в день 10 дней.

На правах рекламы

Разрывы шейки матки

Разрывы шейки матки — разрывы по направлению от наружного зева к внутреннему. Встречаются в 6–15 % родов. Различают следующие варианты разрывов шейки матки:

- **I степень** — разрыв шейки матки с одной или двух сторон длиной не более 2 см.
- **II степень** — разрыв шейки матки с одной или двух сторон длиной более 2 см, но на 1 см не достигающий до свода влагалища.
- **III степень** — разрыв шейки матки с одной или двух сторон, достигающий до свода влагалища или переходящий на него.

Сопровождаются кровотечением различной интенсивности. При повреждении нисходящей шейечной ветви маточной артерии кровотечение бывает обильным. Кровь вытекает постоянно алой струйкой при отделившемся последе и хорошо сократившейся матке.

Оперативное лечение

Сразу после осмотра шейки матки и обнаружения травмы на разрывы шейки матки необходимо наложить двухрядные швы. Путем наложения первого этажа швов восстанавливают целостность слизистой оболочки и мышечного слоя цервикального канала. Второй ряд швов накладывают на слизистую оболочку влагалищной части шейки матки и оставшуюся часть глубже лежащего мышечного слоя.

Разрыв шейки матки III степени является показанием к ручному обследованию стенок полости матки для исключения разрыва нижнего сегмента матки.

Противоанемическая терапия

См. «Разрывы влагалища».

Разрыв матки

Разрывы матки — нарушение целостности стенок матки во время беременности или в родах. Они встречаются в 0,05–0,1 % от общего числа родов, чаще встречаются у многорожавших. Во время беременности разрывы матки возникают значительно реже, чем в родах, и составляют 9,1 %.

Разрывы матки классифицируют по времени происхождения:

- во время беременности;
- во время родов.

По патогенетическому признаку выделяют:

- самопроизвольные разрывы матки (механические, гистопатические и механогистопатические);
- насильственные разрывы матки (травматические и смешанные).

По клиническому течению различают:

- угрожающий разрыв;
- начавшийся разрыв;
- совершившийся разрыв.

По характеру повреждения выделяют:

- трещину (надрыв);
- неполный разрыв;
- полный разрыв.

По локализации различают:

- разрыв в дне матки;

- разрыв в теле матки;
- разрыв в нижнем сегменте;
- отрыв матки от сводов влагалища.

Клиническая картина угрожающего разрыва матки характеризуется:

- родовая деятельность сильная, схватки резко болезненны, иногда приобретают судорожный характер;
- нижний сегмент матки перерастяннут, истончен, болезненный при пальпации;
- пограничное кольцо поднимается высоко, доходит до уровня пупка, располагается косо;
- круглые связки матки напряжены и болезненны;
- отек краев шейки матки, распространяющийся на влагалище и промежность;
- затрудненное мочеиспускание из-за сдавливания мочевого пузыря и уретры между головкой и костями таза.

При начавшемся, но не завершившемся разрыве к перечисленным признакам присоединяются следующие:

- сукровичные выделения из половых путей;
- возбужденное состояние роженицы (чувство страха, жалобы на сильные боли и др.);
- примесь крови в моче;
- ухудшение состояния плода (учащение или урежение сердцебиения, повышение двигательной активности).

Клиническая картина совершившегося разрыва матки:

- в момент разрыва возникает чрезвычайно острая боль в животе;
- сразу после разрыва родовая деятельность полностью прекращается;
- возникает тяжелое состояние, связанное с шоком и нарастающей кровопотерей, кожа и слизистые оболочки бледнеют, черты лица заостряются, пульс становится частым и малым, АД падает, нередко наблюдаются тошнота и рвота;
- при разрыве матки плод полностью или частично выходит в брюшную полость, поэтому при пальпации

части плода отчетливо определяются непосредственно под брюшной стенкой; рядом с плодом прощупывается сократившееся тело матки; сердцебиение плода не прослушивается;

- наружное кровотечение обычно незначительное; кровь изливается в брюшную полость.

При неполноценности рубца и других патологических процессах в стенке матки возможен постепенный разрыв с расползанием тканей. В этом случае острой, внезапной боли может не быть, схватки прекращаются постепенно. Все другие признаки разрыва матки выражены отчетливо.

Оперативное лечение при угрожающем разрыве матки

Показано срочное родоразрешение путем кесарева сечения.

Оперативное лечение при начавшемся или совершившемся разрыве матки

Необходима срочная лапаротомия. После извлечения плода и последа удаляют кровь, излившуюся в брюшную полость, и проводят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки. Иногда, если позволяет клиническая ситуация, матку не удаляют, а только зашивают разрыв.

Антибактериальная терапия

После ампутации или ушивания разорванной матки необходима профилактика инфекционных осложнений:

Амоксициллин/ клавулановая кислота	1,2 г в/в кап в 400мл 0,9% р-ра NaCl 3 р/сут или
Ампициллин	в/в 1,5 г 3 р/сут или
Цефазолин	в/в 1 г 3 р/сут или
Цефотаксим	в/в 1 г 3 р/сут или
Цефуросим	в/в 1,5 г 3 р/сут или
Метронидазол	в/в кап со скор 5 мл/ мин 500 мг х 2 р/сут или
Цефоперазон/сульбактам	1 г в/в кап в 400 мл 0,9% р-ра NaCl 3 р/сут 2 р/сут

Противоанемическая терапия

См. «Разрывы влагалища».

Утеротоническая терапия

Показана одновременно с назначением противошоковых средств в том случае, если ампутации матки удалось избежать.

Метилэргометрин	0,02 % р-р, в/в 2 мл, однократно
Окситоцин	в/в капельно 5 ЕД в 500 мл 0,9% р-ра натрия хлорида, однократно

Выворот матки

Выворот матки — смещение матки, при котором она частично или полностью выворачивается слизистой оболочкой наружу. Вывернутая матка находится во влагалище или за пределами половой щели. Выворот матки может быть:

- **частичным** — если вывернуто только тело или только ее верхняя часть;
- **полным** — если матка целиком вывернута наружу.

Выворот матки сопровождается острой болью в животе, явлениями шока и кровотечением. Из половой щели показывается вывернутая матка. При пальпации в области обычного ее расположения определяется воронкообразное углубление.

Оперативное лечение

Вправление вывернутой матки проводят под глубоким наркозом. После удачного вправления необходима тампонада влагалища стерильным бинтом. При безуспешности ручного вправления матки применяют хирургические методы лечения.

Антибактериальная терапия

См. «Разрыв матки».

Противоанемическая терапия

См. «Разрывы влагалища».

Утеротоническая терапия

См. «Разрыв матки».

Повреждения лобкового симфиза (лонного сочленения)

Повреждением лобкового симфиза (лонного сочленения) считается расхождение лонных костей более чем на 0,5 см. Различают расхождение и разрыв лонного сочленения.

Повреждение лонного сочленения следует заподозрить при жалобах пациентки на боль в области лона, усиливающуюся при движении ногами, особенно при разведе-

нии ног, согнутых в коленных и тазобедренных суставах. Родильница находится в позе «лягушки», не может поднять ногу в разогнутом состоянии. При пальпации в области лона определяются отечность, болезненность и углубление между разошедшимися концами.

Клинические рекомендации

Постельный режим в течение 3–5 недель в положении на спине, перекрестное бинтование в области таза, стягивающие биндажи, назначение обезболивающих средств.

Нестероидные противовоспалительные препараты

Кетопрофен	р-р для в/в и в/м введ 50 мг/мл, амп. темн; по 100 мг 1–2 р/сут
-------------------	--

Диклофенак	внутри 100 мг 2–3 р/сут, 2–3 сут, или в/м 75 мг 2–3 р/сут, 2–3 сут, или свечи ректальные 50 мг 1–2 р/сут, 2–3 сут
-------------------	---

Парацетамол	внутри 500 мг 1 табл. 4 р/сут (не более 4 г) в течение 5–7 дней
--------------------	--

Препараты кальция

Кальция карбонат/ колекальциферол	1 табл. (50 мг элементарного кальция + 200 МЕ холекальциферола) во фл. по 20, 50 и 100 табл.; 1 табл. по 3 р/день
--	---

Метаболическая терапия

Тиамин	10 мг 3/р/сут внутри после еды 30 дней; в/м по 0,02–0,05 г тиамина хлорида (1 мл 2,5% или 5% раствора) 1 р/сут
---------------	---

Антибактериальная терапия

По показаниям и для профилактики инфекционных осложнений назначают противинфекционные средства (см. «Разрыв матки»).

Послеродовые свищи

Свищи образуются вследствие сдавления, некроза и последующего отторжения участков тканей мочевых путей, влагалища, прямой кишки. Некротические участки отторгаются на 5–7-й день после родов. По причине возникновения свищи разделяют на:

- самопроизвольные;
- насильственные.

По локализации выделяют следующие виды свищей:

- пузырно-влагалищные;
- маточно-влагалищные;
- мочеточниково-влагалищные;
- кишечно-влагалищные.

При мочеполовых свищах происходит недержание мочи с отхождением мочи через влагалище, при кишечно-влагалищных свищах через влагалище отходят газы и фекалии.

На угрозу возникновения свища указывает наличие примеси крови в моче.

Клинические рекомендации

Лечение свищей оперативное. Только небольшие свищи при правильном уходе иногда закрываются самопроизвольно.

Уход сводится к содержанию половых органов в чистоте, смазыванию наружных половых органов и слизистой оболочки влагалища вазелиновым маслом, эмульсией, содержащей антибактериальные средства. Если свищ самопроизвольно не закрывается, то через 3–4 месяца после родов производят пластическую операцию.

Сальпингит и сальпингоофорит у девочек острый

Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза проводят в стационарных условиях.

В комплекс лечебных мероприятий в различных комбинациях могут быть включены:

- антибактериальная терапия (при остром процессе и неизвестном этиологическом факторе — комбинация нескольких ЛС);
- дезинтоксикационная терапия;
- противогрибковые и антигистаминные ЛС, НПВС, иммуномодуляторы, системные энзимы;
- гормональная терапия;
- физиотерапия.

Дозу ЛС подбирают с учетом возраста ребенка, массы тела и выраженности клинической симптоматики.

При выявлении гнойных образований обязательно хирургическое лечение (в современных условиях методом выбора является лапароскопия).

Противомикробная терапия

Основной метод лечения — антибактериальная терапия.

Амоксициллин/ клавулановая кислота	внутри 375 мг 3 р/сут, 7–10 сут + Гентамицин в/м 1,5 мг/кг/сут в 2–3 введения, 7–10 сут + Метронидазол в/в 7,5 мг/кг 3 р/сут, 7–10 сут
Цефтриаксон	в/в или в/м 40–80 мг/кг 1 р/сут, 5 сут + Гентамицин в/м 1,5 мг/кг/сут в 2–3 введения, 7–10 сут + Метронидазол в/в 7,5 мг/кг 3 р/сут, 7–10 сут
Цефотаксим	в/в или в/м 50–100 мг/кг/сут (в тяжелых случаях 150–200 мг/кг/сут) в 3–4 введения, 7–10 сут + Гентамицин в/м 1,5 мг/кг/сут в 2–3 введения, 7– 10 сут + Метронидазол в/в 7,5 мг/кг 3 р/сут, 7–10 сут

ИЛИ

Гентамицин	в/м 1,5 мг/кг/сут в 2–3 введения, 7–10 сут + Клиндамицин в/м 10–40 мг/кг/сут в 3–4 введения, 7–10 сут
-------------------	--

ИЛИ

Цефепим*	в/в или в/м 0,5–1 г 2–3 р/сут, 7–10 сут + Доксициклин внутрь 2–4 мг/кг/сут в 2 приема, 7–10 сут
Цефтриаксон	в/в или в/м 40–80 мг/кг 1 р/сут, 7–10 сут + Доксициклин внутрь 2–4 мг/кг/сут в 2 приема, 7–10 сут

ИЛИ

Имипенем/ циластатин*	в/в 30–60 мг/кг/сут в 3–4 введения, 7–10 сут + Доксициклин внутрь 2–4 мг/кг/сут в 2 приема, 7–10 сут, или Кларитромицин внутрь 7,5–15 мг/кг 2 р/сут, 7–10 сут, или Рокситромицин внутрь 5 мг/кг/сут в 2 приема, 7–10 сут, или Спирамицин внутри 150000 МЕ/кг/сут в 2 приема, 7–10 сут
Меропенем	в/в 20–40 мг/кг/сут в 3 введения, 7–10 сут + Доксициклин внутрь 2–4 мг/кг/сут в 2 приема, 7–10 сут, или Кларитромицин внутрь 7,5–15 мг/кг 2 р/сут, 7–10 сут, или Рокситромицин внутрь 5 мг/кг/сут в 2 приема, 7–10 сут, или Спирамицин внутри 150000 МЕ/кг/сут в 2 приема, 7–10 сут

*При наличии пельвиоперитонита (септических состояниях).

Для профилактики развития кандидоза антибактериальные ЛС применяют вместе с противогрибковыми средствами.

Итраконазол	внутри 100 мг 2 р/сут, 3 сут (за 5 сут до окончания приема антибиотиков)
Флуконазол	внутри 3–12 мг/кг/сут, однократно

Противовоспалительная терапия

Противомикробную терапию целесообразно сочетать с применением НПВС.

Диклофенак	внутри 0,5–2 мг/кг/сут в 2 приема или в прямую кишку 50 мг 1 р/сут, 7 сут
Индометацин	внутри 1,5–2,5 мг/кг/сут в 3–4 приема, 7 сут (детям старше 12 лет)
Нимесулид	внутри 50–100 мг 2 р/сут, 7 сут

Терапия антигистаминными ЛС и иммуномодуляторами

Одновременно назначают антигистаминные ЛС и иммуномодуляторы, которые используют строго по показаниям.

Кетотифен	внутри 0,5 мг 2 р/сут (детям с массой тела менее 30 кг); 1 мг или 5 мл сиропа 2 р/сут (детям с массой тела более 30 кг), 10 сут + Интерферон альфа-2b в прямую кишку 150000 ЕД (1 свеча) 2 р/сут, 15 сут, или Меглумина акридонат внутри 0,3 г или в/м 0,25 г 1 р/сут, на 1, 2, 4, 6, 11, 14, 17, 20, 23, 26 и 29-е сут, или Панкреатин/папаин/бромелаин/трипсин/химотрипсин/амилаза/липаза/рутозид внутри 3–5 табл. 3 р/сут, до 3–6 мес
Клемастин	внутри 0,5 мг 2 р/сут (детям младше 12 лет); 1 мг 2 р/сут (детям старше 12 лет); в/м или в/в 2 мл 2 р/сут (детям 6–12 лет), 10 сут + Интерферон альфа-2b в прямую кишку 150000 ЕД (1 свеча) 2 р/сут, 15 сут, или Меглумина акридонат внутри 0,3 г или в/м 0,25 г 1 р/сут, на 1, 2, 4, 6, 11, 14, 17, 20, 23, 26 и 29-е сут, или Панкреатин/папаин/бромелаин/трипсин/химотрипсин/амилаза/липаза/рутозид внутри 3–5 табл. 3 р/сут, до 3–6 мес

Лоратадин внутрь 5 мг или 5 мл сиропа 1 р/сут (детям в возрасте 2–12 лет); 10 мг или 10 мл сиропа 1 р/сут, 10 сут + **Интерферон альфа-2b** в прямую кишку 150000 ЕД (1 свеча) 2 р/сут, 15 сут, или **Меглумина акридонцетат** внутрь 0,3 г или в/м 0,25 г 1 р/сут, на 1, 2, 4, 6, 11, 14, 17, 20, 23, 26 и 29-е сут, или **Панкреатин/папаин/бромелаин/трипсин/химотрипсин/амилаза/липаза/рутозид** внутрь 3–5 табл. 3 р/сут, до 3–6 мес

Хлоропирамин внутрь 6,25 мг 2 р/сут (детям младше 12 мес); 8,33 мг 2 р/сут (детям в возрасте от 1 года до 6 лет); 12,5 мг 2 р/сут (детям в возрасте 7–14 лет), 10 сут + **Интерферон альфа-2b** в прямую кишку 150000 ЕД (1 свеча) 2 р/сут, 15 сут, или **Меглумина акридонцетат** внутрь 0,3 г или в/м 0,25 г 1 р/сут, на 1, 2, 4, 6, 11, 14, 17, 20, 23, 26 и 29-е сут, или **Панкреатин/папаин/бромелаин/трипсин/химотрипсин/амилаза/липаза/рутозид** внутрь 3–5 табл. 3 р/сут, до 3–6 мес

Инфузионная терапия

При выраженной интоксикации назначают солевые и коллоидные растворы, восстанавливающие объем циркулирующей крови, ее электролитный состав и осмотические свойства. Объем инфузии в большинстве случаев ограничивается 2 л.

Физиотерапия

При острых сальпингитах и сальпингоофоритах физиотерапия включает:

- воздействие переменным магнитным полем (электрофорез кальция) — в острый период (до ликвидации отека);
- затем воздействие ультравысокочастотными токами (электрофорез цинка).

Сальпингит и сальпингоофорит у девочек хронический

Антибактериальная терапия

Лечение хронических воспалительных заболеваний органов малого таза в стадии обострения проводится по тем же принципам, что и острых.

Отличаются лишь схемы антибактериальной терапии.

Амоксициллин	внутри 25–50 мг/кг в 3 приема, 7–10 сут + Доксциклин внутри 2–4 мг/кг/сут в 2 приема, 7–10 сут
Метронидазол	внутри 30 мг/кг/сут в 4 приема + Эритромицин внутри 30 мг/кг/сут в 2–4 приема

Для профилактики развития кандидоза антибактериальные ЛС применяют вместе с противогрибковыми средствами.

Итраконазол	внутри 100 мг 2 р/сут, 3 сут (за 5 сут до окончания приема антибиотиков)
Флуконазол	внутри 3–12 мг/кг/сут, однократно

Гормональная терапия

При острых и хронических заболеваниях органов малого таза в случае нарушения м. ц. назначают гормональную терапию.

Выбор того или иного метода гормональной терапии определяется видом нарушения м. ц., эстрогенной насыщенностью пациентки, результатами ультразвукового исследования (толщина М-эхо).

При гипоэстрогенных МКПП назначаются ЛС, содержащие натуральные эстрогены.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, с 5-го по 13-й день м. ц., 6–12 мес + Эстрадиола валерат/левоноргестрел внутри 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, с 14-го по 25-й день м. ц., 6–12 мес
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, с 5-го по 15-й день м. ц., 6–12 мес + Эстрадиола валерат/медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 6–12 мес или Эстрадиола валерат/ципротерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 6–12 мес

При нормальном или повышенном содержании эстрадиола в сыворотке крови ЛС выбора являются гестагены или КПК.

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2–3 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не менее 3–4 мес
Прогестерон	внутри 100 мг 2–3 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не менее 3–4 мес
Этинилэстрадиол/ гестоден	внутри 30 мкг/75 мкг 1 р/сут с 1-го по 21-й день м. ц., 3 мес
Этинилэстрадиол/ дезогестрел	внутри 30 мкг/150 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3 мес
Этинилэстрадиол/ левоноргестрел	внутри 30 мкг/150 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3 мес

Через 3 месяца приема низкодозных КПК возможно назначение микродозных КПК.

Этинилэстрадиол/ гестоден	внутри 20 мкг/75 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес
Этинилэстрадиол/ дезогестрел	внутри 20 мкг/150 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес

Физиотерапия

При хронических процессах вне обострения физиотерапия может являться альтернативой фармакотерапии (если в остром периоде или периоде обострения проводилась адекватная лекарственная терапия, в том числе антибактериальная).

Кроме того, воздействие преформированными физическими факторами — практически единственный эффективный метод консервативного лечения при спаечном

процессе в полости малого таза, сопровождающем воспалительные заболевания.

Применяют следующие методики:

- воздействие переменным магнитным полем;
- воздействие ультравысокочастотными токами;
- электрофорез цинка, салициловой кислоты, йода.

Сахарный диабет у беременных

Тактика наблюдения женщин, страдающих сахарным диабетом (СД), заключается в достижении полной его компенсации в период, предшествующий беременности, и на всем ее протяжении. Имеет значение нормализация не только углеводного, но и липидного обмена путем адекватной инсулинотерапии в сочетании с рациональным питанием.

Придерживаются следующих правил лечения СД у беременных:

- при СД типа 1 продолжают лечение инсулином;
- при СД типа 2 отменяют п/о гипогликемические ЛС. Способ лечения — диетотерапия;
- при гестационном СД лечение начинают с диетотерапии. Если уровень глюкозы натощак по-прежнему превышает 5,3 ммоль/л, а через 1 ч после еды — > 7,8 ммоль/л на фоне соблюдения диеты, то начинают лечение инсулином.

Диетотерапия

Правильно составленный режим питания помогает поддерживать нормальный уровень глюкозы в крови, является источником энергии, минеральных солей и витаминов.

Беременной рекомендуют соблюдать диету из расчета, чтобы энергетическая ценность суточного рациона составляла не более 30–35 ккал/кг, т. е. в среднем около 2000 ккал/сут. Наиболее рациональным и физиологическим является шестиразовый прием пищи. Обязательным условием служит ограничение легкоусвояемых углеводов (сахар, сладкие соки, кондитерские изделия, варенье, мед).

Инсулиноterapia

Основным медикаментозным методом лечения СД во время беременности является инсулиноterapia.

Во время беременности рекомендуется использовать только генно-инженерные инсулины человека (инсулин растворимый, инсулин-изофан). Инсулин двухфазный — возможно, но опыт применения ограничен, препарат относится к категории С.

Доза инсулина зависит от массы тела и давности заболевания.

Инсулин	<i>п/к, в/м, в/в 40–100 ЕД 3–5 р/сут (доза определяется индивидуально в зависимости от тяжести диабета и массы тела больной), длительность терапии определяется индивидуально в зависимости от типа СД и уровня глюкозы в крови</i>
----------------	---

Расчет суточной потребности в инсулине: СД типа 1 до зачатия и в I триместре — 0,5 ЕД/кг массы тела, во II и III триместрах — 0,7 ЕД/кг массы тела.

Распределение суточной дозы:

- $\frac{2}{3}$ суточной дозы вводят перед завтраком (соотношение инсулина короткого действия к инсулину средней продолжительности действия = 1:2);
- $\frac{1}{3}$ суточной дозы вводят перед ужином (соотношение инсулина короткого действия к инсулину средней продолжительности действия = 1:1).

Использование многократных введений инсулина позволяет быстро нормализовать обменные процессы и длительно поддерживать стойкую компенсацию.

На разных сроках беременности нужно поддерживать разные уровни глюкозы в крови натощак — в пределах 3,3–5,6 ммоль/л, а после еды — в пределах 5,6–7,2 ммоль/л. Эти уровни глюкозы обеспечивают нормальное развитие плода. Обязательное условие успешного ведения беременности — ежедневный самостоятельный контроль уровня глюкозы в капиллярной крови с помощью тест-полосок или глюкометра. Чтобы оценить эффективность лечения за 1–2 месяца, определяют гликированный гемоглобин (HbA1c). Поскольку обмен веществ во время беременности неустойчив, требуется частая коррекция режима инсулинотерапии. Поэтому уровень глюкозы в крови нужно определять несколько раз в сутки. При коррекции доз инсулина ориентируются на уровни глюкозы в крови натощак. Кроме того, необходимо следить за уровнем глюкозы в крови после приема пищи. Это позволяет предупредить макросомию плода. Беременным с инсулинозависимым СД (ИЗСД) требуются не менее двух инъекций инсулина в сутки (для предотвращения гипергликемии) натощак и после приема пищи. Перед завтраком и перед ужином вводят инсулин короткого действия и инсулин средней длительности действия (либо используют комбинированные препараты инсулина). $\frac{2}{3}$ общей суточной дозы вводят перед завтраком; $\frac{1}{3}$ — перед ужином. Чтобы предотвратить ночную гипогликемию и рассветную гипергликемию, вечернюю дозу инсулина средней длительности действия лучше вводить не перед ужином, а перед сном.

Некоторые беременные с ИЗСД нуждаются в более интенсивном лечении. В таких случаях используют режимы многократных инъекций (3–5 инъекций в сутки) либо носимые дозаторы инсулина.

Необходимо отметить некоторые особенности течения СД в разные сроки беременности, что требует коррекции инсулинотерапии:

- в I триместре беременности происходит улучшение течения болезни, уменьшается уровень глюкозы в крови, повышается чувствительность тканей к ин-

сулину. Это приводит к развитию гипогликемии, поэтому доза инсулина должна быть уменьшена на одну треть. Уменьшение потребности в инсулине связано с усиленным потреблением глюкозы плодом. В этом периоде требуется строгий контроль состояния углеводного обмена. Следует принимать меры для предупреждения развития гипогликемии и кетоацидоза;

- с 15-й недели беременности наблюдается ухудшение течения болезни и рост гипергликемии, что может привести к кетоацидозу и прекоме. Результатом контринсулярного влияния плацентарных гормонов является рост потребности в инсулине, поэтому дозы инсулина необходимо увеличивать;
- начиная с 32-й недели беременности и до самых родов вновь возможно некоторое улучшение в состоянии здоровья больной и появление гипогликемии. В этот период доза инсулина может быть уменьшена на 20–30%. Улучшение течения диабета на этой стадии связано с влиянием инсулина на плод в организме матери, а также с повышенным потреблением плодом глюкозы, которая поступает через плаценту из материнской крови.

При родах происходят значительные колебания уровня глюкозы в крови. На фоне глубоких эмоциональных потрясений, под воздействием боли и страха возможно развитие гипергликемии и ацидоза. Утомление женщины, вызванное большими физическими нагрузками при родах, может привести к гипогликемии.

Сразу после родов уровень глюкозы в крови быстро снижается, затем ее количество постепенно растет. Максимально низкий уровень глюкозы в крови приходится на 2–3-й день после родов, в этот период доза инсулина должна быть минимальной. Затем необходимо постепенно увеличивать количество инсулина таким образом, чтобы к 7–10-му дню послеродового периода вернуться к дозе, обычной для пациентки.

Динамика патологического процесса у женщин, больных СД, требует периодического наблюдения в стационаре для коррекции доз инсулина. **Целесообразной** считается госпитализация беременных в следующие сроки:

- в первые недели беременности, когда нужно оценить степень заболевания и компенсировать СД;
- на 20–24-ю неделю, когда риск развития обострения наиболее велик;
- в 32-ю неделю, когда решается вопрос о методе родоразрешения и проводится повторная компенсация СД.

Родоразрешение

При недостаточно компенсированном СД или при развитии осложнений в течение беременности рекомендуются досрочное родоразрешение в 37–38-ю недели гестации. Показаниями к досрочному консервативному родовозбуждению являются:

- гестоз;
- нарастающее многоводие;
- повторные гипогликемические состояния;
- явные нарушения жизнедеятельности плода.

До 37-й недели необходимость в родоразрешении возникает только при угрозе жизни и здоровью матери или плода.

Нередко возникает необходимость применения кесарева сечения. Почти в 62 % беременностей у больных СД требуется оперативное родоразрешение.

Показания к выполнению кесарева сечения:

- прогрессирующая ретинопатия — появление свежих множественных кровоизлияний;
- лабильное течение СД со склонностью к кетоацидозу;
- нарастание признаков нефропатии с развитием почечной недостаточности;
- прогрессирующая гипоксия плода при невозможности естественных родов или при сроке беременности менее 36 недель;
- тяжелый гестоз;

- тазовое предлежание крупного плода;
- гигантский плод;
- кровотечение, вызванное предлежанием или отслойкой плаценты;
- поперечное или косое положение плода;
- узкий таз роженицы;
- рубцы на матке.

При ведении родов у больных СД следует помнить:

- энергоресурсы женщины ограничены. Затянувшиеся роды вызывают слабость родовых сил, поэтому продолжительность родов не должна превышать 10 ч, в противном случае переходят к оперативному родоразрешению путем кесарева сечения;
- роды сопровождаются повышенным риском для ребенка, поэтому требуются постоянное наблюдение за плодом и профилактика асфиксии;
- при родах возможно нарастание гестоза;
- отрицательные эмоции, боль и утомление могут вызвать декомпенсацию СД: кетоацидоз и гипогликемию;
- роды могут быть осложнены несвоевременным отхождением вод, первичной и вторичной слабостью родовых сил, нарастающей гипоксией плода.

К концу родов часто развивается асфиксия, затруднено выведение плечевого пояса в связи с крупными размерами плода, поэтому второму периоду родов следует уделять повышенное внимание

Синдром гипоталамический пубертатного периода

В зависимости от ведущих клинических проявлений подростки с гипоталамическим синдромом пубертатного периода (ГСПП) могут наблюдаться и лечиться у невропатолога, эндокринолога и гинеколога.

Необходимо проведение комплексного лечения, направленного на коррекцию нарушений и нормализацию функции гипоталамических отделов мозга.

Основные направления лечения:

- санация очагов инфекции;
- нормализация режима сна и отдыха;
- диета и нормализация массы тела (с последующим закреплением достигнутого эффекта в течение 6 месяцев и более);
- назначение ЛС, улучшающих мозговое кровообращение и биоэлектрическую активность головного мозга;
- дегидратирующая терапия;
- витаминотерапия;
- гормонотерапия;
- иглорефлексотерапия.

Устранение этиологических факторов ГСПП (санация очагов инфекции, снижение МТ) является начальным этапом лечения.

Для нормализации центральных механизмов регуляции репродуктивной системы и функции гипоталамических отделов головного мозга целесообразно применение следующей терапии.

Противосудорожная терапия

Карбамазепин	внутри 0,1 г 2 р/сут, 3–4 нед, затем 0,1 г на ночь, 4–6 нед, затем 0,05 г на ночь, 4–6 нед
Магния сульфат, 25 % р-р	в/м 5 мл 1 р/2 сут, 5 инъекций
Фенитоин	внутри 0,0585 г (1/2 табл.) 1 р/сут, 3–4 нед (в дальнейшем длительность и доза ЛС подбирается с учетом динамики ЭЭГ 1 раз в 20–30 дней)

Терапия ноотропными ЛС

Гинкго двулопастного листьев экстракт	внутри 1 табл. 3 р/сут, 1–2 мес
Пирацетам	внутри 0,2 г 2 р/сут, 1 мес

Витаминотерапия

Пиридоксин	в/м 10 мг 1 р/2 сут, 10 инъекций +* Тиамин в/м 10 мг 1 р/2 сут, 10 инъекций
-------------------	---

Поливитамин	внутри 1 драже 2 р/сут, 1 мес
--------------------	-------------------------------

*Чередовать.

Терапия диуретиками

Ацетазоламид	внутри 1 табл. 2 р/сут, 3–4 нед (преимущественно у пациенток с внутричерепной гипертензией)
---------------------	---

Спиронолактон	внутри 25–50 мг 1 р/сут, 2–4 нед
----------------------	----------------------------------

Гормональная терапия

При нарушениях м. ц. по типу олигоменореи допустимо назначение гормональных ЛС (микродозированных КПК или гестагенов).

При олигоменорее и нормальном или слегка сниженном уровне эстрадиола в отсутствие преобладания ЛГ над ФСГ (индекс ЛГ/ФСГ менее двух):

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 1–6 мес
----------------------	---

Прогестерон	внутри 100 мг 3 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 3–6 мес
--------------------	--

При олигоменорее на фоне выраженной гипозестрогении, как и при абсолютной гиперэстрогении и индексе ЛГ/ФСГ более 2–2,5:

Этинилэстрадиол/гестоден	внутри 20 мкг/75 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес
---------------------------------	--

Этинилэстрадиол/дезогестрел	внутри 20 мкг/150 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес
------------------------------------	---

Синдром поликистозных яичников, формирующийся у подростков

Основные задачи терапии при формирующемся синдроме поликистозных яичников (СПКЯ):

- восстановление физиологического ритма менструаций за счет нормализации функции основных регулирующих звеньев репродуктивной системы;
- нивелирование как гормональных, так и клинических симптомов гиперандрогенемии;
- нормализация массо-ростовых соотношений за счет снижения массы тела у пациенток с избыточной массой тела с последующей коррекцией метаболических нарушений;
- у девочек старше 16 лет либо у пациенток, желающих иметь в текущем году беременность, возможно проведение стимуляции овуляции.

Основное место в лечении формирующегося СПКЯ принадлежит фармакотерапии.

Оперативное лечение — лапароскопическая электро-каутеризация, демедуляция или клиновидная резекция яичников — показано девушкам старше 16 лет при неэффективности фармакотерапии, проводимой в течение 12 месяцев.

Базисная терапия

Базисная терапия при формирующемся СПКЯ включает два этапа:

- первый этап — нормализация основных регулирующих звеньев репродуктивной системы;

- второй этап (по показаниям) — стимуляция овуляции.

Схемы лечения на первом этапе базисной терапии зависят от предполагаемых и уточненных патогенетических механизмов развития СПКЯ в каждом конкретном случае.

Лечение формирующегося синдрома поликистозных яичников на фоне нормальной массы тела

При выраженной гиперандрогемии, резко выраженных нарушениях секреции гонадотропных гормонов (ЛГ/ФСГ значительно выше 3), опсоменорее назначают КПК.

Этинилэстрадиол/ гестоден	внутри 30 мкг/75 мкг или 20 мкг/75 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес
Этинилэстрадиол/ дезогестрел	внутри 30 мкг/150 мкг или 20 мкг/150 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес
Этинилэстрадиол/ диеногест	внутри 30 мкг/2 мг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес

При необходимости возможны повторные курсы (2–4).

При умеренных отклонениях в гормональных показателях, регулярном ритме менструаций либо как этапная терапия после курса КПК применяют гестагены.

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 6–8 мес
Прогестерон	внутри 100 мг 3 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 6–8 мес

На фоне приема этих ЛС необходим контроль уровня в сыворотке крови ЛГ, пролактина, тестостерона (после первых двух циклов терапии, затем 1 раз в 6 месяцев контроль уровня пролактина, тестостерона).

Лечение формирующегося синдрома поликистозных яичников на фоне избыточной массы тела

Пациенткам с избыточной массой тела алиментарного происхождения показана нормализация массы тела (диеты и усиление физической активности). При достижении параметров идеальной массы тела и ее стабилизации в течение 6 месяцев проводят только витаминотерапию и динамическое наблюдение за состоянием репродуктивной системы.

В отсутствие положительной динамики (нерегулярный менструальный цикл, прогрессируют клинические признаки гиперандрогенемии, отмечается тенденция к повышению массы тела) проводят терапию, аналогичную таковой при СПКЯ на фоне метаболических нарушений в периоде полового созревания.

Лечение формирующегося синдрома поликистозных яичников на фоне метаболических нарушений

Винлоцетин	внутри 1 табл, 3 р/сут, 2–3 мес + Глицин внутри 1 табл, 2 р/сут, 1–3 мес
-------------------	--

При наличии пароксизмальной активности в головном мозге, определяемой во время ЭЭГ, с целью восстановления основных регуляторных взаимоотношений в высших отделах регуляции эндокринной системы к терапии добавляют противосудорожные ЛС.

Карбамазепин	внутри 200–400 мг 2 р/сут, 3–6 мес
---------------------	------------------------------------

Ламотриджин	внутри 50–100 мг 2 р/сут, 3–6 мес
--------------------	-----------------------------------

Фенитоин	внутри S– 1 табл. (0,117 г) 1–2 р/сут, 3–6 мес
-----------------	--

В случае выявления гиперинсулинемии и (или) нарушения толерантности к глюкозе показано назначение гипогликемических ЛС.

Метформин	внутри 500–850 мг 2 р/сут (первую дозу 500 мг принимают вечером после ужина, затем в течение 1 нед дозу увеличивают до 1000–1700 мг/сут за счет дополнительного приема ЛС утром после завтрака), длительность терапии определяют индивидуально
------------------	--

При применении гипогликемических ЛС обязателен контроль уровня гликемии натощак один раз в неделю, при снижении содержания глюкозы крови ниже 3 ммоль/л целесообразно снижение дозы ЛС.

Лечение формирующегося синдрома поликистозных яичников на фоне гиперпролактинемии

При сочетании формирующегося СПКЯ с гиперпролактинемией функционального или органического происхождения назначают дофаминомиметики.

Бромкриптин	внутри 0,625–1,25 мг перед сном вместе с приемом пищи с последующим повышением дозы на 0,625–1,25 мг каждые 3–4 сут до 2,5–5 мг/сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 0,625–1,25 мг до 12,5 мг/сут), длительность терапии определяют индивидуально
--------------------	--

Хинаголид	внутри 25 мкг 1 р/сут, 3 сут, затем 50 мкг 1 р/сут, 3 сут, затем 75 мкг 1 р/сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 75 мкг/сут до 600 мкг/сут), длительность терапии определяют индивидуально
------------------	---

При неэффективности терапии бромкриптином и хинаголидом применяют каберголин.

Каберголин	внутри 0,125 мг 2 р/нед (при необходимости доза через 1 мес увеличивается до 0,5 мг/нед, далее ежемесячно на 0,5 мг/нед до 2 мг/нед), длительность терапии определяют индивидуально
-------------------	---

Лечение формирующегося синдрома поликистозных яичников на фоне неклассической формы ВДКН

В случае развития СПКЯ на фоне неклассической формы врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН) показано применение ГКС в сочетании с низкодозированными КПК, обладающими антиандрогенной активностью.

Гидрокортизон	внутри 15–20 мг/м ² 3 р/сут (в 7:00, 12:00, 16:30–17:00), 3–12 мес + Этинилэстрадиол/диеногест внутри 30 мкг/2 мг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 9–12 мес
Дексаметазон*	внутри 0,25–0,5 мг 1 р/сут (в 22:00–23:00), 3–12 мес + Этинилэстрадиол/диеногест внутри 30 мкг/2 мг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 9–12 мес
Преднизолон*	внутри 2,5–5 мг 1 р/сут (в 7:00–8:00), 3–12 мес + Этинилэстрадиол/диеногест внутри 30 мкг/2 мг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 9–12 мес

*Возможно, однако нежелательно применение у девочек старшего возраста с закрытыми зонами роста.

Необходим контроль уровня 17-ОП и ДЭА-С в сыворотке крови каждые 2–3 месяца.

Вспомогательная терапия

Вспомогательная терапия направлена на уменьшение выраженности гиперандрогенемии и применяется одновременно с базисной терапией.

Спиронолактон	внутри 50–200 мг/сут в 2–4 приема, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–6 мес
----------------------	---

При выраженных признаках андрогенизации (гипертрихоз, гирсутизм, угри, жирная себорея), невысоких уровнях сывороточного тестостерона или повышенном содержании в сыворотке крови дегидротестостерона показана терапия ЛС с антиандрогенным действием.

Пальмы ползучей плодов экстракт	внутри 80 мг 2 р/сут, 1 мес
Финастерид	внутри 5 мг 1 р/сут, 1 мес
Ципротерон*	внутри 5–10 мг 1 р/сут, с 5-го по 14-й день м. ц., 3–6 мес

*Можно использовать как самостоятельно, так и в сочетании с КПК.

Синдром предменструального напряжения

Перед началом фармакотерапии необходимо:

- выделить преобладающие симптомы и доказать, что их появление связано с фазой менструального цикла;
- изменить стиль жизни (ограничение потребления жирной, острой, соленой пищи, кофе, крепкого чая, алкоголя; разумные занятия спортом, отдых без резкой смены климатической зоны).

Фармакотерапию при предменструальном синдроме (ПМС) проводят при неэффективности поведенческих мер. Применяются ЛС следующих групп:

- патогенетические ЛС:
 - агонисты ГнРГ;
 - антиэстрогены;
 - монофазные КПК;
 - гестагены;
 - эстрогены;
- симптоматические ЛС:
 - психотропные (анксиолитики, антидепрессанты);
 - НПВС;
 - растительные и гомеопатические;
 - мочегонные и др.

Терапия гестагенами

Показания к назначению гестагенов:

- симптомы недостаточности лютеиновой фазы м. ц.;
- гиперпластические процессы эндометрия;
- непереносимость КПК.

ЛС выбора:

<i>Дидрогестерон</i>	<i>внутри 10 мг 2 р/сут, с 14-го по 26-й день м. ц., 6–12 мес</i>
<i>Левоноргестрел, внутриматочная система</i>	<i>ввести в полость матки на 4–6-й день м. ц., однократно</i>
<i>Медроксипрогестерон</i>	<i>в/м 150 мг 1 р/3 мес, 6–12 мес</i>
<i>Прогестерон</i>	<i>внутри 200–300 мг/сут в 2–3 приема, с 14-го по 26-й день м. ц., 6–12 мес</i>

Терапия антидепрессантами

Во все схемы лечения рекомендуется включать в качестве симптоматической терапии **антидепрессанты** из группы ингибиторов обратного захвата серотонина.

<i>Сертралин</i>	<i>внутри 50 мг 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально</i>
<i>Тианептин</i>	<i>внутри 12,5 мг 2–3 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально</i>
<i>Флуоксетин</i>	<i>внутри 20–40 мг утром, длительность терапии определяют индивидуально</i>
<i>Циталопрам</i>	<i>внутри 10–20 мг утром, длительность терапии определяют индивидуально</i>

Терапия анксиолитиками

Симптоматические ЛС назначают в зависимости от преобладающих клинических проявлений. **Анксиолитики** применяют при выраженных эмоциональных нарушениях.

Алпразолам	внутри 0,25–0,5 мг 3 р/сут, 6–12 мес
Диазепам	внутри 5–15 мг/сут в 1–3 приема, 6–12 мес
Клоназепам	внутри 0,5 мг 2–3 р/сут, 6–12 мес
Медазепам	внутри 10 мг 1–3 р/сут, 6–12 мес
Тетраметил-тетра-азобицикло-октандион	внутри 0,3–0,6 мг 3 р/сут, 6–12 мес
Тиоридазин	внутри 10–25 мг/сут, 6–12 мес

Терапия растительными и гомеопатическими средствами

Данная терапия может быть эффективной при масталгии, гиперпролактинемии, психовегетативных нарушениях.

Зверобоя травы экстракт	внутри 1 драже 3 р/сут, 3–6 мес (при эмоционально-психическом дискомфорте)
Комбинированные фитопрепараты, оказывающие дофаминергическое действие¹	внутри 30 капель 2 р/сут, 3–6 мес (при масталгии, гиперпролактинемии)

Терапия агонистами дофаминовых рецепторов

Данные ЛС назначают при гиперпролактинемии (ГП).

ЛС выбора:

Бромокриптин	внутри 0,625–1,25 мг перед сном вместе с приемом пищи с последующим повышением дозы на 0,625–1,25 мг каждые 3–4 сут до 2,5–5 мг/сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 0,625–1,25 мг до 12,5 мг/сут), длительность терапии определяют индивидуально
Хинаголид	внутри 25 мкг 1 р/сут, 3 сут, затем 50 мкг 1 р/сут, 3 сут, затем 75 мкг 1 р/сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 75 мкг/сут до 600 мкг/сут), длительность терапии определяют индивидуально

¹ Мастодинон® (Бионорика, Германия) — раствор для приема внутри, табл. по 40 кап./1 табл. 1 р/сут.

Каберголин относится к наиболее эффективным ингибиторам секреции пролактина; его назначают при неэффективности терапии бромокриптином и хинаголидом и/или при опухолевой ГП.

Альтернативные ЛС (при ГП неопухолевой природы):

Каберголин	внутри 0,25 мг 2 р/ нед (при необходимости доза через 1 мес увеличивается до 0,5 мг/ нед, далее ежемесячно на 0,5 мг/ нед до 2 мг/ нед), длительность терапии определяют индивидуально
-------------------	--

В случаях легкой и у части больных со среднетяжелой патологией возможно применение растительных препаратов:

Сухой экстракт плодов прутняка обыкновенного	внутри 3,2–4,8 мг (по 40 капель или по 1 табл.) утром, 3 мес (таблетку не следует разжевывать)
---	--

ЛС выбора (при ГП опухолевой природы):

Каберголин	внутри 0,25 мг 2 р/ нед (при необходимости доза ежемесячно увеличивается на 0,5 мг/ нед до 4 мг/ нед), длительность терапии определяют индивидуально
-------------------	--

Терапия КПК

При всех формах ПМС в качестве патогенетической терапии применяют монофазные КПК.

Этинилэстрадиол/гестоден	внутри 30 мкг/75 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес
Этинилэстрадиол/дезогестрел	внутри 30 мкг/150 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес
Этинилэстрадиол/диеногест	внутри 30 мкг/2 мг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес
Этинилэстрадиол/ципротерон	внутри 35 мкг/2 мг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес

Терапия агонистами ГнРГ и эстрогенами

При тяжелых формах ПМС применяются агонисты ГнРГ.

Бусерелин, спрей	интраназально 150 мг в каждую ноздрю 3 р/сут, со 2-го дня м. ц., 6 мес
Гозерелин	п/к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 р/28 сут, 6 мес
Лейпрорелин	в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, 6 мес
Трипторелин	в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, 6 мес

Одновременно с агонистами ГнРГ на весь период лечения назначают эстрогены, позволяющие уменьшить выраженность психовегетативных симптомов, снижение минеральной плотности костной ткани.

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, или гель нанести на кожу живота либо ягодиц, 0,5–1 мг 1 р/сут, или пластырь приклеить на кожу, 0,05–0,1 мг 1 р/ нед, 6 мес
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 6 мес
Эстрогены конъюгированные	внутри 0,625 мг 1 р/сут, 6 мес

Терапия антиэстрогенами

При циклической масталгии применяют антиэстрогены.

Тамоксифен	внутри 10 мг 1 р/сут, 3–6 мес
------------	-------------------------------

Противовоспалительная терапия

При цефалгической форме ПМС в качестве симптоматической терапии назначают НПВС (за 2–3 дня до очередной менструации) или селективный агонист серотониновых (5HT_{1D}) рецепторов — золмитриптан.

Золмитриптан	внутри 2,5 мг 1 р/сут (при появлении боли), длительность терапии определяют индивидуально
Диклофенак	внутри 50–100 мг 1–2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально
Ибупрофен	внутри 200–400 мг 1–2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально
Индометацин	внутри 25–50 мг 2–3 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально
Напроксен	внутри 250 мг 2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально

Терапия мочегонными ЛС

При отечной форме ПМС эффективны мочегонные ЛС.

Спиронолактон	внутри 25–100 мг/сут в 1–2 приема, 3–6 мес
----------------------	--

Сифилис у беременных: профилактика

Аntenатальная профилактика врожденного сифилиса заключается в своевременном выявлении этого заболевания у беременной и назначении адекватной терапии.

В настоящее время не существует научно обоснованных критериев для прерывания беременности при выявлении сифилиса у беременной. Однако, учитывая, что даже полноценное лечение сифилиса во время беременности не гарантирует 100 % случаев рождения ребенка без признаков внутриутробного инфицирования, сифилис отнесен к медицинским показаниям для прерывания беременности в сроке до 28 недель.

Врач объективно информирует женщину о степени риска неблагоприятного исхода беременности (с учетом индивидуальных характеристик случая), а также об эффектив-

ности планируемых мер по профилактике врожденного сифилиса, в первую очередь специфического лечения.

Решение о сохранении или прерывании беременности принимает сама женщина.

Согласно существующему положению обследование и лечение пациенток проводится дерматовенерологом, наблюдение за течением беременности осуществляет и акушер-гинеколог.

Схемы лечения определяются сроком беременности и стадией процесса.

Профилактическое лечение показано:

- женщинам, получавшим специфическое лечение до беременности, у которых к началу беременности не произошла полная негативация серологических реакций;
- всем женщинам, начавшим специфическое лечение во время беременности независимо от ее срока.

Антибактериальная терапия

Профилактическое лечение проводят с 20-й недели беременности, а при поздно начатом специфическом лечении — непосредственно за ним.

Бензилпенициллин (натриевая соль)	в/м 1 000 000 ЕД 4 р/сут, 10 сут
--------------------------------------	----------------------------------

Бензилпенициллин (новокаиновая соль)	в/м 1 200 000 ЕД/сут в 1–2 введения, 10 сут
---	---

Всем беременным с диагностированным сифилисом показана терапия, направленная на профилактику и лечение осложнений беременности (угроза прерывания, плацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия, задержка внутриутробного развития плода и др.).

Иммунотерапия

При необходимости проводится коррекция нарушений иммунного и интерферонового статуса.

ЛС выбора:

Иммуноглобулин человека нормальный	в/в капельно 0,25 г/кг 1 р/2 сут, 3 введения (повторный курс проводят при необходимости при сроке беременности 37–38 нед)
------------------------------------	---

Альтернативные ЛС:

Женьшень, экстракт	внутри 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес
--------------------	--------------------------------------

Интерферон альфа-2b	в прямую кишку 500000 МЕ (1 свеча) 2 р/сут, 5 сут
---------------------	---

Лимонника плоды, настойка	внутри 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес
---------------------------	--------------------------------------

Панкреатин/папаин/ бромелаин/трипсин/ химотрипсин/амилаза/ липаза/рутозид	внутри 3–5 драже 3 р/сут, 1 мес
--	---------------------------------

Злеутерококка корневища и корни, экстракт	внутри 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес
---	--------------------------------------

Сифилис у беременных первичный

До 18-й недели беременности (т. е. до формирования плацентарного кровообращения) возможно назначение как пролонгированных пенициллинов, так и пенициллинов со средней продолжительностью действия.

ЛС выбора:

Бензатина бензилпенициллин	в/м 2 400 000 ЕД 1 р/ нед, 2 инъекции
----------------------------	---------------------------------------

Бензатина бензилпенициллин/бензилпенициллин прокаина	в/м 1 500 000 ЕД 2 р/ нед, 5 инъекций
--	---------------------------------------

Бензатина бензилпенициллин/бензилпенициллин прокаина/бензилпенициллин	в/м 1 800 000 ЕД 2 р/ нед, 5 инъекций
---	---------------------------------------

Бензилпенициллин (натриевая соль)	в/м 1 000 000 ЕД 4 р/сут, 10 сут
-----------------------------------	----------------------------------

Бензилпенициллин (новокаиновая соль)	в/м 1 200 000 ЕД/сут в 1–2 введения, 10 сут
--------------------------------------	---

Альтернативные ЛС:

Азитромицин	внутри 0,5 г 1 р/сут, 5 сут
-------------	-----------------------------

Ампициллин	в/м 1 г 4 р/сут, 14 сут
------------	-------------------------

Цефтриаксон	в/м 0,5 г 1 р/2 сут, 5 инъекций
-------------	---------------------------------

Эритромицин	внутри 0,5 г 4 р/сут, 15 сут
-------------	------------------------------

Эритромицин дает наименьший терапевтический эффект; его применяют только при полной непереносимости других ЛС.

После 18-й недели беременности специфическое лечение проводят ЛС средней продолжительности действия, которые обеспечивают более высокую концентрацию пенициллина в крови матери и соответственно более высокий уровень пенициллина в тканях и органах плода.

Бензилпенициллин (натриевая соль)	в/м 1 000 000 ЕД 4 р/сут, 10 сут
-----------------------------------	----------------------------------

Бензилпенициллин (новокаиновая соль)	в/м 1 200 000 ЕД/сут в 1–2 введения, 10 сут
--------------------------------------	---

Сифилис у беременных вторичный и ранний скрытый

До 18-й недели беременности (т. е. до формирования плацентарного кровообращения) возможно назначение

как пролонгированных пенициллинов, так и пенициллинов со средней продолжительностью действия.

ЛС выбора:

Бензатина бензилпенициллин	в/м 2 400 000 ЕД 1 р/ нед, 3 инъекции
Бензатина бензилпенициллин/ бензилпенициллин прокаина	в/м 1 500 000 ЕД 2 р/ нед, 10 инъекций
Бензатина бензилпенициллин/ бензилпенициллин прокаина/ бензилпенициллин	в/м 1 800 000 ЕД 2 р/ нед, 10 инъекций
Бензилпенициллин (натриевая соль)	в/м 1 000 000 ЕД 4 р/сут, 20 сут
Бензилпенициллин (новокаиновая соль)	в/м 1 200 000 ЕД/сут в 1–2 введения, 20 сут

Альтернативные ЛС:

Ампициллин	в/м 1 г 4 р/сут, 28 сут
Цефтриаксон	в/м 0,5 г 1 р/сут, 10 сут
Эритромицин	внутри 0,5 г 4 р/сут, 30 сут

После 18-й недели беременности специфическое лечение проводят ЛС средней продолжительности действия, которые обеспечивают более высокую концентрацию пенициллина в крови матери и соответственно более высокий уровень пенициллина в тканях и органах плода.

Бензилпенициллин (натриевая соль)	в/м 1 000 000 ЕД 4 р/сут, 20 сут
Бензилпенициллин (новокаиновая соль)	в/м 1 200 000 ЕД/сут в 1–2 введения, 20 сут

В случае непереносимости беременными пенициллина возможно назначение цефтриаксона, эффективного против *T. pallidum* и проникающего через плаценту.

Цефтриаксон	в/м 0,5 г 1 р/сут, 10 сут
-------------	---------------------------

Слабость потуг

При слабости потуг используют стимулирующие матку средства (окситоцин в/в или в виде таблеток). При несостоятельности брюшного пресса используют бинт Вербова или его заменители из простыни. По показаниям производят перинео- или эпизиотомию. В случае безуспешности перечисленных мероприятий и наличии показаний к родоразрешению (асфиксия плода, хориоамнионит, затянувшийся период изгнания) накладывают акушерские щипцы или вакуум-экстрактор.

Энергетическое обеспечение организма в родах

Аскорбиновая кислота	в/в струйно или капельно 300 мг в 20 мл 10 % р-ра декстрозы, кратность введения определяется индивидуально + Кальция хлорид, 10 % р-р , в/в струйно медленно 10 мл, кратность введения определяется индивидуально или Кальция глюконат, 10 % р-р в/в струйно 10 мл, кратность введения определяется индивидуально + Мезодизитилэтилендибензолсульфоната дикалия дигидрат, 1 % р-р , 2 мл в 300 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида в/в капельно, кратность введения определяется индивидуально
-----------------------------	--

Терапия утеротоническими средствами

Окситоцин применяется для лечения слабости родовой деятельности при открытии шейки матки больше 5 см.

Окситоцин	в/в капельно (начиная с 6–8 капель/ мин, с постепенным увеличением количества капель на 5 каждые 5–10 мин, но не более 40 капель/ мин) 1 мл (5 ЕД) в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 5 % р-ра декстрозы (концентрация окситоцина составляет 10 мЕД на 1 мл) или за щеку, начиная с 25 ЕД каждые 30 мин (при необходимости дозу увеличивают до 100 ЕД), до получения эффекта
------------------	--

Если возникает бурная родовая деятельность, то таблетку удаляют и полость рта прополаскивают 5 % раствором натрия бикарбоната.

Простагландины (ПГ) применяют для созревания шейки матки или для лечения первичной слабости родовой деятельности.

Динопрост	в/в капельно (начиная со скорости 6–8 капель/ мин; скорость введения зависит от получаемого эффекта и составляет в среднем 25–30 капель/ мин) 5 мг в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 5 % р-ра декстрозы, до получения эффекта
------------------	--

Динопростон	в/в капельно (начиная со скорости 6–8 капель/ мин; скорость введения зависит от получаемого эффекта и составляет в среднем 25–30 капель/ мин) 5 мг в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 5 % р-ра декстрозы, до получения эффекта или внутрь 0,5 мг/ ч (при недостаточности сократительной активности матки дозу можно увеличить до 1 мг/ ч), до получения эффекта
--------------------	---

Возможно комбинированное введение окситоцина (2,5 ЕД) и ПГ F2-альфа (применяют для родостимуляции или лечения первичной или вторичной слабости родовой деятельности).

Утеротонические средства применяют также с целью профилактики кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах (вводят после рождения плечиков плода).

Метилэргометрин	в/в 1 мл в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 10–0,02 % р-р 20 мл 40 % р-ра декстрозы, однократно
------------------------	---

Окситоцин	в/в 5 ЕД в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 10–20 мл 40 % р-ра декстрозы, однократно
------------------	--

Профилактика гипоксии плода

Для профилактики гипоксии плода применяют ингаляции — вдыхание смеси воздуха с 60 % кислорода (длительность ингаляции 20–30 мин).

Эффективность оксигенотерапии в родах повышается на фоне применения аминофиллина, оказывающего спазмолитическое и общее сосудорасширяющее действие.

Аминофиллин в/в 5 мл в 20 мл 10% р-ра декстрозы, однократно
2,4% р-р

Через 15–20 мин после введения аминофиллина следует начать ингаляцию увлажненной воздушно-кислородной смеси.

Слабость родовой деятельности (первичная и вторичная)

Лечение вторичной слабости родовой деятельности во многом сходно с лечением первичной слабости.

При вторичной слабости родовой деятельности, наступившей вследствие чрезмерной плотности плодных оболочек, показано их немедленное вскрытие.

Медикаментозный сон

Наилучшим средством борьбы с вторичной слабостью родовой деятельности в первом периоде родов является предоставление роженице медикаментозного сна-отдыха.

Премедикация:

Тримеперидин, в/в или в/м 1 мл, однократно + **Дифенгидрамин,**
2% р-р 1% р-р, в/в или в/м 1 мл, однократно

Через 15–20 мин после премедикации:

Натрия оксидат в/в медленно 50–60 мг/кг, однократно

Сон наступает через 3–8 мин после введения ЛС и продолжается обычно в течение 2,5 ч.

Для отдыха роженицы также применяют:

Атропин, 0,1 % р-р	в/м 1 мл, однократно + Диазепам, 0,5 % р-р, в/м 2 мл, однократно + Дифенгидрамин, 2 % р-р, в/м 1 мл, однократно + Дроперидол, 0,25 % р-р, в/м 1 мл, однократно + Тримеперидин, 2 % р-р, в/м 1 мл, однократно
-------------------------------	---

После пробуждения необходимо следить за характером родовой деятельности. В случае ее недостаточности показана родостимуляция.

Энергетическое обеспечение организма в родах

Данные ЛС применяют с началом первого периода родов каждые 4 ч.

Аскорбиновая кислота	в/в струйно или капельно 300 мг в 20 мл 10 % р-ра декстрозы каждые 4 ч, длительность терапии определяют индивидуально + Кальция хлорид, 10 % р-р, в/в струйно медленно 10 мл каждые 4 ч, длительность терапии определяют индивидуально или Кальция глюконат, 10 % р-р, в/в струйно 10 мл каждые 4 ч, длительность терапии определяют индивидуально + Тиамин в/в струйно или капельно 50–100 мг в 20 мл 10 % р-ра декстрозы каждые 4 ч, длительность терапии определяют индивидуально
-----------------------------	---

Кроме того, вводят:

Мезодизтилэтилендибензол дигидрат, 1 % р-р	в/в капельно 2 мл в 300 мл 0,9 % р-ра сульфоната дикалия натрия хлорида каждые 6 ч, длительность терапии определяют индивидуально
---	---

Терапия утеротоническими средствами

С целью сенсбилизации матки к окситоцину:

3-окси-эстра-1,3,5 (10)-триен-17-он	в/м 20 000–30 000 ЕД каждые 2–3 ч (до 3 р/сут)
--	--

**Эстрадиола
дипропионат**

в/м 20000–30000 ЕД в/м 2–3 ч (до 3 р/сут)

Окситоцин применяют для лечения слабости родовой деятельности при открытии шейки матки больше 5 см.

Окситоцин в/в капельно (начиная с 6–8 капель/ мин, с постепенным увеличением количества капель на 5 каждые 5–10 мин, но не более 40 капель/ мин) 1 мл (5 ЕД) в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 5 % р-ра декстрозы (концентрация окситоцина составляет 10 мЕД на 1 мл) или за щеку, начиная с 25 ЕД каждые 30 мин (при необходимости дозу увеличивают до 100 ЕД), до получения эффекта

Если возникает бурная родовая деятельность, то таблетку удаляют и полость рта прополаскивают 5 % раствором натрия бикарбоната.

ПГ применяют для созревания шейки матки или для лечения первичной слабости родовой деятельности.

Динопрост в/в капельно (начиная со скорости 6–8 капель/ мин; скорость введения зависит от получаемого эффекта и составляет в среднем 25–30 капель/ мин) 5 мг в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 5 % р-ра декстрозы, до получения эффекта

Динопростон в/в капельно (начиная со скорости 6–8 капель/ мин; скорость введения зависит от получаемого эффекта и составляет в среднем 25–30 капель/ мин) 5 мг в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 5 % р-ра декстрозы, до получения эффекта или внутрь 0,5 мг/ ч (при недостаточности сократительной активности матки дозу можно увеличить до 1 мг/ ч), до получения эффекта

Возможно комбинированное введение окситоцина (2,5 ЕД) и ПГ (динопрост 2,5 мг); данное вмешательство применяют для родостимуляции или лечения первичной или вторичной слабости родовой деятельности.

В периоде изгнания при стоянии головки в узкой части полости малого таза или во входе в него вводят.

Окситоцин п/к лобка 0,2 мл или внутрь (за щеку) 25 ЕД, однократно

Утеротонические средства применяют также с целью профилактики кровотечения в последовом и раннем пос-

леродовом периодах (вводят после рождения плечиков плода).

Метилэргометрин , в/в 1 мл в 500 мл 0,9% р-ра натрия хлорида или 10–0,02% р-р	20 мл 40% р-ра декстрозы, однократно
Окситоцин	в/в 5 ЕД в 500 мл 0,9% р-ра натрия хлорида или 10–20 мл 40% р-ра декстрозы, однократно

Спазмолитическая терапия

Спазмолитические ЛС назначают при развившейся родовой деятельности и открытии шейки матки на 3–4 см. Введение ЛС при необходимости повторяют через 3–4 ч.

Апрофен , 1% р-р	в/м 1 мл, однократно + Тримеперидин , 2% р-р, в/м 1 мл, однократно
Гиосцина бутилбромид	в/м, в/в или ректально 2,5 мл, однократно + Тримеперидин , 2% р-р, в/м 1 мл, однократно
Дротаверин	в/м 2 мл, однократно + Тримеперидин , 2% р-р, в/м 1 мл, однократно
Папаверин	в/м 2 мл, однократно + Тримеперидин , 2% р-р, в/м 1 мл, однократно

Профилактика гипоксии плода

Мезодизитил-этилендибензолдигидрат , 1% р-р	в/в капельно 2 мл в 300 мл 0,9% р-ра сульфата дикалия натрия хлорида каждые 6 ч, длительность терапии определяют индивидуально + Ингаляции — вдыхание смеси воздуха с 60% кислорода (длительность ингаляции — 20–30 мин)
--	--

Эффективность оксигенотерапии в родах повышается на фоне применения аминофиллина, оказывающего спазмолитическое и общее сосудорасширяющее действие.

Аминофиллин ,	в/в 5 мл в 20 мл 10% р-ра декстрозы, однократно 2,4% р-р
----------------------	--

Через 15–20 мин после введения аминофиллина следует начать ингаляцию увлажненной воздушно-кислородной смеси.

Антибактериальная терапия

При признаках развивающейся инфекции, а также при безводном промежутке более 12 ч, если окончание родов не ожидается в ближайшие 1–1,5 ч, показаны антибиотики широкого спектра действия.

Родоразрешение

В отсутствие эффекта от консервативных мероприятий показано оперативное родоразрешение (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, извлечение плода за тазовый конец и др.) в зависимости от условий, не дожидаясь признаков асфиксии плода, так как в таких случаях операция будет очень травматичной для уже страдающего плода.

Если продвижение головки, стоящей на тазовом дне, задерживается из-за ригидной или высокой промежности, производят перинео- или эпизиотомию.

При вторичной слабости родовой деятельности, сочетании других неблагоприятных факторов и в отсутствие условий для родоразрешения через естественные родовые пути следует выполнить кесарево сечение. При наличии инфекции методом выбора является экстраперитонеальное кесарево сечение с последующим введением антибиотиков.

При признаках развивающейся инфекции, а также при безводном промежутке более 12 ч, если окончание родов не ожидается в ближайшие 1–1,5 ч, показаны антибиотики широкого спектра действия.

Утеротонические средства применяют также с целью профилактики кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах (вводят после рождения плечиков плода).

Метилэргометрин	в/в 1мл в 500 мл 0,9% р-ра натрия хлорида или 10–20 мл 40% р-ра декстрозы, однократно
Окситоцин	в/в 5 ЕД в 500 мл 0,9% р-ра натрия хлорида или 10–20 мл 40% р-ра декстрозы, однократно

T

Тиреоидит аутоиммунный у беременных

При развитии гипотиреоза проводится заместительная терапия тиреоидными гормонами.

Левотироксин натрия	<i>внутри 150–200 мкг 1 р/сут утром натощак, за 30 мин до завтрака, до окончания беременности, затем коррекция дозы</i>
----------------------------	---

Тиреоидит послеродовой

Лечение послеродового тиреоидита (ПТ) направлено на коррекцию нарушения функции ЩЖ и проводится только при выраженных клинических проявлениях.

Многие женщины не нуждаются в заместительной терапии, поскольку гипотиреоз у них непродолжителен. В случае появления отчетливых симптомов или при сохранении лабораторных признаков гипотиреоза необходимо начать лечение левотироксином.

Левотироксин натрия	<i>внутри 100–150 мкг 1 р/сут утром, за 30 мин до завтрака, 6 мес</i>
----------------------------	---

Через 6 месяцев после назначения левотироксина следует сделать попытку его отмены и определить функцию ЩЖ (не менее чем через 4–6 недель после прекращения лече-

ния). Если функция ЩЖ восстановилась, в дальнейшей терапии принимать левотироксин нет необходимости. При гипотиреозе лечение левотироксином следует продолжить, а через 3–6 месяцев сделать еще одну попытку отменить препарат. Сохранение гипотиреоза более 6 месяцев с высокой степенью вероятности указывает на формирование стойкого манифестного гипотиреоза, что обуславливает необходимость в пожизненной терапии левотироксином.

Левотироксин натрия	внутри 25–50 мкг/сут с последующим повышением дозы на 25–50 мкг/сут до 100–150 мкг/сут утром, за 30 мин до завтрака, пожизненно
----------------------------	---

Как правило, транзиторный тиреотоксикоз при ПТ проходит самостоятельно в течение 3–5 недель, при необходимости могут быть назначены β -блокаторы.

Пропранолол	внутри 20–40 мг 3–4 р/сут, до ликвидации клинических проявлений
--------------------	---

Трихомонадная инфекция (урогенитальная форма) у беременных

Современные методы лечения беременных с урогенитальным трихомониазом (УТ) основаны на применении противомикробных ЛС, эффективных против *T. Vaginalis* (группа нитроимидазолов), иммуномодуляторов и местного лечения. Терапию проводят с учетом срока беременности.

Противомикробная терапия

При возникновении инфекции в I триместре беременности возможно лечение только местными ЛС — обработ-

ка влагалища 4 % водным раствором метиленового синего, или бриллиантового зеленого, или раствором марганцево-кислого калия (1:10 000). Применяют также:

<i>Хлоргексидин</i>	<i>во влагалище 16 мг (1 свеча) 2 р/сут, 7–10 сут</i>
---------------------	---

Специфическое лечение проводят не ранее II триместра беременности (с 16–18-й недели).

ЛС выбора:

<i>Орнидазол</i>	<i>внутри 1,5 г, однократно перед сном</i>
------------------	--

Альтернативные ЛС:

<i>Метронидазол</i>	<i>внутри 2 г, однократно, или 0,5 г 2 р/сут, 7 сут, или 0,25 г 3 р/сут, 7 сут</i>
---------------------	--

<i>Нифурател</i>	<i>внутри 0,2 г 3 р/сут, 7 сут</i>
------------------	------------------------------------

<i>Секнидазол</i>	<i>внутри 2 г, однократно</i>
-------------------	-------------------------------

<i>Тинидазол</i>	<i>внутри 2 г, однократно</i>
------------------	-------------------------------

Так как однократная доза нитроимидазолов в 95 % случаев эффективна для лечения беременных, с целью уменьшения побочных реакций для матери и плода более целесообразно проводить короткие курсы.

В сочетании с пероральными противомикробными средствами для повышения эффективности фармакотерапии могут применяться местные ЛС.

<i>Клотримазол</i>	<i>во влагалище 0,1 г (1 табл.) на ночь, 10 сут</i>
--------------------	---

<i>Нистатин/нифурател</i>	<i>во влагалище 1 свеча или 2–3 г крема на ночь, 10 сут</i>
---------------------------	---

ИЛИ

<i>Тернидазол/неомицин/нистатин/преднизолон</i>	<i>во влагалище 1 табл. на ночь, 10 сут</i>
---	---

ИЛИ

<i>Хлоргексидин</i>	<i>во влагалище 16 мг (1 свеча) 2 р/сут, 7–10 сут</i>
---------------------	---

При сочетании УТ с другими ЗППП одновременно проводят лечение последних.

Необходимы также профилактика и терапия осложнений беременности: угрозы прерывания, внутриутробной инфекции, фетоплацентарной недостаточности, хронической внутриутробной гипоксии плода.

Иммунотерапия

По показаниям проводится коррекция нарушений иммунного и интерферонового статуса.

ЛС выбора:

Имуноглобулин человеческого нормальный	в/в капельно 0,25 г/кг 1 р/2 сут, 3 введения (при рецидиве заболевания — повторный курс)
--	--

Альтернативные ЛС:

Женьшень, экстракт	внутри 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес
--------------------	--------------------------------------

Интерферон альфа-2b	в прямую кишку 500 000 МЕ (1 свеча) 2 р/сут, 5 сут
---------------------	--

Лимонника плоды, настойка	внутри 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес
---------------------------	--------------------------------------

Панкреатин/папаин/бромелаин/трипсин/химотрипсин/амилаза/липаза/рутозид	внутри 3–5 драже 3 р/сут, 1 мес
--	---------------------------------

Элеутерококка корневища и корни, экстракт	внутри 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес
---	--------------------------------------

У

Угроза прерывания беременности в I триместре

В ранние сроки (2–4 недели) самопроизвольные выкидыши более чем в 50 % случаев обусловлены хромосомными аномалиями, поэтому не рекомендуется применять гормональные и иммунные методы терапии, когда причина выкидыша не ясна и не проводилось обследование женщины до беременности.

При угрозе прерывания в I триместре беременности необходимо срочно выполнить УЗИ для определения жизнеспособности эмбриона, так как нередко признаки угрозы появляются уже после его гибели.

Седативная и антистрессовая терапия

Установив, что сердцебиение эмбриона есть, пациентке следует назначить комплексное обследование, а также физический и сексуальный покой, психотерапию, седативные ЛС.

Валерианы кор- невища с корня- ми, настойка	внутри 1,5 мл (30 капель) 3 р/сут, длительность тера- пии определяется индивидуально ± Диазепам, 0,5 % р-р, в/м 2 мл, при стрессовых ситуациях
---	--

<i>Пустырника трава, настойка</i>	<i>внутри 1,5 мл (30 капель) 3 р/сут, длительность терапии определяется индивидуально ± Диазепам, 0,5 % р-р, в/м 2 мл, при стрессовых ситуациях</i>
-----------------------------------	---

Экспериментальные исследования показали, что магний обладает антистрессовым действием и у принимающих его больных снижается интенсивность тревоги на 60 %, что позволяет использовать препараты магния как базисную терапию всем пациенткам вне зависимости от патогенетических механизмов привычного невынашивания. Магний при приеме внутри оказывает не только седативный эффект и нормализует сон, но также снижает тонус матки, улучшает работу кишечника.

<i>Магния лактат/пиридоксин</i>	<i>внутри 470 мг/5 мг (содержит 48 мг магния)(по 2 табл.) 2 р/сут или 1 табл. утром, 1 табл. днем и 2 табл. на ночь, длительно</i>
<i>Оротовая кислота, магниевая соль</i>	<i>внутри 500 мг (содержит 32,8 мг магния) (по 2 табл.) 2 р/сут, длительно</i>

В отсутствие побочных эффектов препараты магния для приема внутри могут применяться длительно, до ликвидации угрозы прерывания и в процессе всей беременности, для восполнения дефицита магния, который нередко сопровождает беременность.

Препараты магния следует с осторожностью использовать при артериальной гипотонии. Побочным действием пероральных препаратов магния является вздутие кишечника. В случае развития данного осложнения дозу ЛС следует уменьшить до нормализации функции кишечника.

Спазмолитическая терапия

Помимо препаратов магния в I триместре беременности рекомендуется использовать спазмолитические ЛС.

<i>Дротаверин</i>	<i>внутри 40–80 мг 2–3 р/сут, 2–20 сут</i>
<i>Папаверин, свечи</i>	<i>ректально 20 мг 2–3 р/сут, 2–20 сут</i>

При выраженной боли назначают:

Дротаверин в/м 40–80 мг 2–3 р/сут, 2–20 сут

Длительность применения спазмолитиков определяется клиническими проявлениями угрозы прерывания (боли внизу живота и (или) пояснице) от 2–3 дней до 2–3 недель. Противопоказанием к назначению является лишь индивидуальная непереносимость.

Прерывание беременности

При подтекании околоплодных вод беременность при сроке до 25–26 недель сохранять нецелесообразно. Проводят медикаментозное и (или) инструментальное опорожнение матки. При более поздних сроках возможна выжидательная тактика.

Угроза прерывания беременности во II и III триместрах

Спазмолитическая терапия

При угрозе прерывания во II и III триместрах беременности назначают:

Магния сульфат, в/в медленно или в/м 5–20 мл 1–2 р/сут, 15–20 сут 25 % р-р

Длительность лечения определяется клинической картиной угрозы прерывания и эффективностью применения ЛС.

Токолитическая терапия

Если угроза прерывания беременности возникает в поздние сроки, применяют ЛС, направленные на снижение сократительной деятельности матки (токолитики), в частности, β -адреномиметики.

Гексопреналин	<i>в/в струйно медленно 10 мкг в 10 мл 0,9% р-ра натрия хлорида, однократно, затем 0,3 мкг/мин, длительность лечения определяют индивидуально</i>
Сальбутамол	<i>в/в капельно 5 мг в 500 мл 0,9% р-ра натрия хлорида со скоростью 20–40 капель/мин, длительность лечения определяют индивидуально</i>
Фенотерол	<i>в/в капельно 0,5 мг в 200 мл 0,9% р-ра натрия хлорида со скоростью 15–20 капель/мин, длительность лечения определяют индивидуально</i>

Примечание: Сальбутамол противопоказан в I и II триместрах беременности, относится к категории C по FDA.

Длительность в/в введения токолитиков определяется степенью угрозы прерывания от 2–4 до 24 ч. Скорость введения ЛС (капельно или с помощью инфузомата) определяется его переносимостью (необходим контроль АД и ЧСС) и уровнем снижения сократительной деятельности матки. Пульс беременной не должен быть чаще 120 ударов в минуту.

В случае положительного эффекта за 20 минут до и окончания инфузии начинают пероральное применение β -адреномиметиков.

Гексопреналин	<i>внутри 0,5 мг 8 р/сут, затем 0,5 мг 4–6 р/сут, не менее 2 нед</i>
Сальбутамол	<i>внутри 4 мг 3–4 р/сут, не менее 2 нед</i>
Фенотерол	<i>внутри 5 мг 4–6 р/сут, не менее 2 нед</i>

Гексопреналин характеризуется меньшими побочными проявлениями, чем фенотерол. Сальбутамол обладает

той же эффективностью, но побочные эффекты выражены в меньшей степени, чем при приеме гексопреналина.

Селективные β -адреномиметики снижают амплитуду схваток и только затем тонус матки, поэтому являются ЛС выбора при лечении угрозы преждевременных родов с 26–27 недель беременности. На более ранних сроках беременности их применение менее эффективно.

Противопоказаниями к назначению β -адреномиметиков являются слабость, тахикардия, тремор, головная боль, тошнота, снижение АД. Эти ЛС проникают к плоду и оказывают тот же эффект: тахикардию, повышение уровня глюкозы в крови. При длительном применении β -адреномиметиков у новорожденных отмечаются проявления, сходные с диабетической фетопатией.

При угрозе прерывания во II и III триместрах беременности применяются также НПВС. При повышенном тонусе матки индометацин является препаратом выбора, так как, являясь ингибитором простагландина, снижает тонус матки.

Индометацин	ректально 50–100 мг 1 р/сут, 7–9 сут (суммарная доза не должна превышать 1000 мг)
--------------------	---

Курс лечения можно повторить, но не ранее чем через две недели, так как у плода наблюдается кумулятивный эффект.

Индометацин проникает через плаценту, ингибирует синтез простагландина у плода, вызывает сужение артериального протока, однако в суммарной дозе до 1000 мг побочного действия на плод не наблюдается.

Противопоказаниями к приему индометацина являются язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. В случае применения индометацина возможно развитие таких побочных реакций, как головная боль, тошнота, слабость, но они менее выражены, чем при применении β -адреномиметиков.

Кровоостанавливающая терапия

При начавшемся аборте для остановки кровотечения могут использоваться различные кровоостанавливающие ЛС (ингибиторы фибринолиза).

Транексамовая кислота обладает антифибринолитическим, противовоспалительным и антиаллергическим действием, не влияет на гемостаз, ее можно использовать в I триместре беременности.

Транекса- мовая кислота	в/в капельно 5–10 мл (250–500 мг) в 200 мл 0,9% р-ра натрия хлорида 1–2 р/сут или в/м 2 мл (100 мг) 2–3 р/сут, до остановки кровотечения, затем внутрь 250–500 мг 3 р/сут, 5 сут
--	--

Этамзилат является ангиопротектором, повышает устойчивость капилляров, нормализует их проницаемость, улучшает микроциркуляцию, не обладает гипер- и коагуляционными свойствами.

Этамзилат	в/в или в/м 250–500 мг 2–3 р/сут, до остановки кровотечения, затем внутрь 250 мг 3 р/сут, 5 сут
------------------	---

При кровотечении, обусловленном активацией фибринолиза и тромбоцитопенией, назначают аминотимпанную кислоту.

Аминотимпанная кислота, 1 % р-р	в/в 5–10 мл или в/м 10 мл до 3–4 р/сут, до остановки кровотечения
--	---

Использование данного ЛС противопоказано в I триместре беременности и при хронической форме ДВС. Возможны побочные реакции в виде тахикардии, головокружения, колебания АД, диспепсических нарушений.

Аминокапроновая кислота аналогична по действию аминотимпанной кислоте, но менее эффективна.

Аминокапроно- вая кислота	в/в капельно 4–5 г в 0,9% р-ре хлорида натрия, однократно (при необходимости повторное введение через 4 ч)
--------------------------------------	--

Побочные эффекты аминокапроновой кислоты — артериальная гипотония, головокружение, тошнота.

В отсутствие эффекта можно вводить свежезамороженную плазму.

Урогенитальные расстройства в климактерическом периоде

Выбор схемы лечения зависит от преобладания тех или иных клинических проявлений и их сочетания с различными видами НМ.

ЗГТ является основой лечения УГР. Схемы лечения подбирают индивидуально, с учетом показаний и противопоказаний, стадии климактерического периода, типа наступления менопаузы (хирургическая или естественная).

Комплексное лечение различных расстройств мочеиспускания помимо ЗГТ включает применение различных ЛС, оказывающих селективное действие на М-холино- и α -адренорецепторы мочеполового тракта.

Заместительная гормональная терапия

Продолжительность системной ЗГТ при УГР составляет 5–7 лет.

Основные принципы ЗГТ:

- используются лишь натуральные эстрогены и их аналоги. Доза эстрогенов небольшая и соответствует таковой в ранней и средней фазе пролиферации у молодых женщин;
- обязательное сочетание эстрогенов с прогестагенами (при сохраненной матке) предотвращает развитие гиперплазии эндометрия;
- все женщины должны быть информированы о возможном влиянии кратковременного и длительного

дефицита эстрогенов на организм. Следует также информировать женщин о положительном влиянии ЗГТ, противопоказаниях и побочных эффектах ЗГТ;

- для обеспечения оптимального клинического эффекта с минимальными побочными реакциями крайне важно определить наиболее приемлемые оптимальные дозы, типы и пути введения гормональных ЛС.

Существуют три основных режима ЗГТ:

- монотерапия эстрогенами или гестагенами;
- комбинированная терапия (эстроген-гестагенные ЛС) в циклическом режиме;
- комбинированная терапия (эстроген-гестагенные ЛС) в монофазном непрерывном режиме.

В дополнение или как альтернатива системной ЗГТ может проводиться местная терапия эстрогенами.

<i>Эстриол, крем или свечи</i>	<i>во влагалище 0,5 мг ежедневно до облегчения симптомов, но не более 3 нед, затем 2 р/ нед, постоянно</i>
--------------------------------	--

Противопоказаний к местной терапии эстрогенами нет, данное лечение при необходимости может проводиться пожизненно.

Терапия ЛС, напрямую влияющими на функциональное состояние мочевого пузыря и мочеиспускательного канала

М-холинолитики дают спазмолитический эффект, нормализуют тонус мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, применяются при симптомах ГАМП. Длительность лечения устанавливают индивидуально.

<i>Оксibuтнин</i>	<i>внутри до еды 5 мг 1–3 р/сут, 1–12 мес</i>
<i>Толтеродин</i>	<i>внутри 2 мг 2 р/сут, 1–12 мес</i>
<i>Троspия хлорид</i>	<i>внутри 5–15 мг/сут в 2–3 приема, 1–12 мес</i>

α_1 -Адреноблокаторы показаны при инфравезикальной обструкции и нестабильности мочеиспускательного канала.

Тамсулозин	внутри после завтрака 0,4 мг 1 р/сут, 1–12 мес
------------	--

Теразозин	внутри перед сном 1–10 мг* 1 р/сут, 1–12 мес
-----------	--

* Терапию теразозином начинают с дозы 1 мг/сут, при необходимости ее постепенно повышают. (Примеч. ред.).

α_1 -Адреномиметики повышают тонус мочеиспускательного канала и шейки мочевого пузыря, применяются для лечения недержания мочи (НМ) при напряжении.

Мидодрин	внутри 2,5 мг 2 р/сут, 1–2 мес
----------	--------------------------------

M-, H-холиномиметики повышают тонус мочевого пузыря, назначаются при гипо- и атонии детрузора.

Дистигмина бромид	внутри за 30 мин до завтрака 5–10 мг 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально
-------------------	---

Другие ЛС, применяемые в комплексной терапии урогенитальных расстройств

В комплексной терапии различных видов НМ применяют также ЛС, улучшающие микроциркуляцию, ноотропные ЛС, антидепрессанты и НПВС (при симптомах ГАМП, особенно в сочетании с АВ).

Пентоксифиллин	внутри 100–400 мг 2–3 р/сут, 1–3 мес ± Пирацетам внутри 400–800 мг 3 р/сут, 1–3 мес ± Сертралин внутри 50 мг 1 р/сут, 1–3 мес, или Тианептин внутри 12,5 мг 2–3 р/сут, 1–3 мес, или Флуоксетин внутри утром 20–40 мг/сут, 1–3 мес, или Циталопрам внутри 10–20 мг 1 р/сут, 1–3 мес ± Диклофенак внутри 50–100 мг 1–3 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально, или Ибупрофен внутри 200–400 мг 1–2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально, или Индометацин внутри по 25–50 мг 2–3 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально, или Напроксен внутри по 250 мг 2 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально
----------------	---

Х

Хламидиозная инфекция (урогенитальная форма) у беременных

Сложности в лечении урогенитального хламидиоза (УХ) на фоне беременности обусловлены особенностями течения хламидиоза (скудная симптоматика, вялое течение, многоочаговость воспалительного процесса, наличие сочетанных хламидийно-уроплазменных, хламидийно-трихомонадных и других ЗППП, устойчивость к традиционным методам лечения), сопутствующими осложнениями самой беременности и ограниченным кругом ЛС в связи с возможным отрицательным воздействием на плод.

Антибактериальная терапия

Антибактериальная терапия занимает ведущее место в лечении УХ, ее необходимо назначать сразу же после установления диагноза, повторные курсы проводят при обострении заболевания или появлении клинических признаков внутриутробного инфицирования, подтвержденного данными УЗИ.

ЛС выбора:

Джозамицин *внутри 0,5 г 3 р/сут, 7–10 сут*

Спирамицин	внутри 3 000 000 ЕД 3 р/сут, 7–10 сут
Эритромицин	внутри 0,5 г 4 р/сут, 7–10 сут

Альтернативные ЛС:

Азитромицин	внутри 1 г, однократно
Амоксициллин	внутри 0,5 г 3 р/сут, 7–10 сут
Эритромицин	внутри 0,25 г 4 р/сут, 14 сут

Все перечисленные ЛС рекомендуется назначать после 14-й недели беременности, когда завершается процесс органогенеза.

В послеродовом периоде при необходимости назначают ЛС, рекомендуемые для беременных.

Иммунотерапия и другие методы лечения

Дополнительные методы лечения пациенток с УХ:

- профилактика и терапия осложнений беременности — угрозы прерывания, плацентарной недостаточности, внутриутробной гипоксии, задержки внутриутробного развития плода и др.;
- коррекция нарушений иммунного и интерферонового статуса.

ЛС выбора:

Имуноглобулин человека нормальный	в/в капельно 0,25 г/кг 1 р/2 сут, 3 введения (при необходимости лечение проводится в I, II триместрах беременности и за 10–14 дней до предполагаемого срока родов)
--	--

Альтернативные ЛС:

Женьшень, экстракт	внутри 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес
Интерферон альфа-2b	в прямую кишку 500 000 МЕ (1 свеча) 2 р/сут, 5 сут
Лимонника плоды, настойка	внутри 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес

Панкреатин/папаин/бромелаин/ внутрь 3–5 драже 3 р/сут, 1 мес
трипсин/химотрипсин/амилаза/
липаза/рутозид

Злеутерококка корневища и корни, экстракт внутрь 15–20 капель 2–3 р/сут, 1 мес

Хламидийная инфекция (урогенитальная форма) у небеременных

Пациенток с уrogenитальным хламидиозом (УХ) следует информировать о том, что их половые партнеры подлежат обследованию, а при необходимости и лечению.

Следует рекомендовать воздерживаться от половых контактов без предохранения барьерным методом до микробиологически доказанного излечения.

Основное место в лечении УХ принадлежит противомикробным ЛС.

ЛС выбора (при неосложненном хламидиозе):

Азитромицин внутрь 1 г, однократно

Доксициклин внутрь 100 мг 2 р/сут, 7 сут

Альтернативные ЛС:

Джозамицин внутрь 500 мг 3 р/сут, 7–10 сут или

Кларитромицин внутрь 500 мг 1 р/сут, 10 сут
продолгованный

Кларитромицин внутрь 250 мг 2 р/сут, 7 сут

Офлоксацин внутрь 200 мг 2 р/сут, 7 сут

Рокситромицин внутрь 150 мг 2 р/сут, 7 сут

Эритромицин внутрь 500 мг 4 р/сут (основание) или 800 мг 2 р/сут
(этилсукцинат), 7 сут

При осложненном УХ применяются те же ЛС, что и при неосложненном. Длительность лечения обычно составляет не менее 14–21 суток.

Предпочтительно назначение азитромицина.

Азитромицин ¹	внутри 1 г 1 р/ нед, 3 нед
--------------------------	----------------------------

При хламидийном перитоните необходимо стационарное лечение с использованием в/м и в/в форм антибиотиков, дезинтоксикационной терапии, в ряде случаев возможно хирургическое вмешательство.

При персистирующей инфекции назначение противомикробных ЛС нецелесообразно, так как в этом состоянии *C. trachomatis* не проявляют метаболическую активность, а эффективные против этих микроорганизмов антибиотики оказывают лишь бактериостатическое действие. В этих случаях рекомендуется коррекция выявленных нарушений иммунного статуса.

Имуномакс	в/м 100–200 ЕД1 р/сут через день, 6 инъекций или
Имунофан	п/к или в/м 0,05 мг 1 р/сут через день, 10–15 инъекций или
Таверит	в/м 100 мг 1р/сут, 10 сут, затем 100 мг 1 раз в 2–3 сут, 15–20 инъекций или
Циклоферон	в/м 0,25–0,5 г 1 р/сут на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26 и 29-е сут

Холестаз внутрипеченочный у беременных

Специфическое лечение печеночного холестаза отсутствует. Поэтому проводят симптоматическое лечение, основной задачей которого является подавление кожного зуда.

¹Азицид

Комплексная терапия включает:

- проведение слепых тюбажей с многоатомным спиртом (пентитом) и сорбитом;
- антацидные ЛС;
- энтеросорбенты;
- желчегонные ЛС из группы холеретиков;
- холелитолитические средства;
- мембраностабилизаторы и гепатопротекторы.

С целью элиминации токсичных метаболитов и иммунных комплексов нередко используют плазмаферез. Однако плазмаферез, вызывая некоторое улучшение общего самочувствия больных, не влияет на биохимические признаки синдрома холестаза, за исключением снижения уровня липидов в крови и ухудшения показателей синдрома цитолиза.

Связывание желчных кислот

С целью связывания желчных кислот назначают антацидные средства и энтеросорбенты.

Алюминия гидроксид/магния гидроксид	внутри 400 мг/400 мг, или 525 мг/600 мг (15 мл), или 300 мг/100 мг (5 мл) 3–4 р/сут, длительно + Активированный уголь внутри 0,5 г 3 р/сут, длительно
Алюминия фосфат	внутри за 30 мин до еды 16 г 3–4 р/сут, 2–3 нед + Активированный уголь внутри 0,5 г 3 р/сут, длительно

Терапию дополняют энтеросорбентами:

Активированный уголь	0,5 г 3 р/сут, длительно или Фитосорбенты, длительно
----------------------	--

Терапия желчегонными средствами

Желчегонные ЛС из группы холеретиков включают:

- средства, содержащие желчь и желчные кислоты;
- препараты растительного происхождения, содержащие плоды шиповника, цветки бессмертника песчаного;
- синтетические холеретики.

Из последних часто применяют:

Осалмид	внутри 0,25 г 3 р/сут, длительно
----------------	----------------------------------

Терапия мембраностабилизаторами и гепатопротекторами

Комплексную терапию дополняют мембраностабилизаторами и гепатопротекторами.

Кислота липоевая	внутри 0,025 г 3 р/сут, длительно
-------------------------	-----------------------------------

Фосфолипиды	в/в капельно 5 мл 1 р/сут или внутри 300 мг 3 р/сут, длительно
--------------------	--

Цистит у беременных

Основное место в лечении цистита принадлежит противомикробным ЛС.

Выбор ЛС в большинстве случаев осуществляют эмпирически на основании данных о преобладающих возбудителях, их чувствительности к антибиотикам.

У беременных при выборе ЛС необходимо учитывать срок беременности и возможное отрицательное влияние на плод, у рожениц — поступление препарата в молоко.

Как правило, предпочтение отдают следующим ЛС:

Амоксициллин	внутри 0,25–0,5 г 3 р/сут, 7 сут ± Растительные уросептики ¹ внутри 3 р/сут, от 14 сут
Амоксициллин/ клавулановая кислота	внутри 0,375 г 2–3 р/сут, 7 сут ± Растительные уросептики ¹ внутри 3 р/сут, от 14 сут
Ампициллин	внутри 0,5 г 4 р/сут, 7 сут ± Растительные уросептики ¹ внутри 3 р/сут, 7 сут
Ампициллин/ сульбактам	внутри 0,375 г 2 р/сут, 7 сут ± Растительные уросептики ¹ внутри 3 р/сут, от 14 сут
Цефуроксим	внутри 0,25 г 3 р/сут, 7 сут ± Растительные уросептики ¹ внутри 3 р/сут, от 14 сут

Во II–III триместрах беременности и после родов в качестве альтернативы перечисленным ЛС могут назначаться следующие ЛС:

Фосфомицин	внутри 3 г, однократно
------------	------------------------

¹ Канефрон® Н (Бионорика, Германия) — Раствор д/приема внутри, драже. По 50 кап./2 драже 3 р/сут.

Фуразолидон	внутрь 0,1 г 4 р/сут, 7 сут
Фосфомцин	При беременности необходимо оценить риск для плода и пользу для матери, препарат относится к категории В по FDA

В отсутствие эффекта от проведенного лечения в течение 5–7 суток возможны повторные курсы антибактериальной терапии длительностью до 14 суток.

Цитомегаловирусная инфекция у беременных

При первичной цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) у матери до 22-й недели гестации, подтвержденной клинико-лабораторно, и неспецифических ультразвуковых признаках патологии плода показано прерывание беременности по медицинским показаниям.

Родоразрешение путем кесарева сечения проводят лишь по сумме относительных показаний (внутриутробная инфекция, хроническая гипоксия и синдром задержки развития плода II и III степени, первичное и вторичное бесплодие в анамнезе и др.).

Специфических противовирусных препаратов не существует.

Для профилактики или лечения реактивации ЦМВИ применяют:

Иммуноглобулин человека нормальный	в/в капельно 0,2–0,5 г/кг 1 р/2 сут, 3 введения + Панкреатин/папаин/бромелаин/трипсин/химотрипсин/амилаза/липаза/рутозид внутрь 3 табл. 3 р/сут, 1 мес
Интерферон альфа-2b	в прямую кишку 500 000–1 000 000 МЕ (1 свеча) 1 р/сут, 10–14 сут + Панкреатин/папаин/бромелаин/трипсин/химотрипсин/амилаза/липаза/рутозид внутрь 3 табл. 3 р/сут, 1 мес

Экзо- и эндоцервициты

Принципы лечения неспецифических цервицитов:

- точная идентификация возбудителя;
- комбинированное использование ЛС для местного и системного применения с учетом чувствительности выявленных микроорганизмов к основным противомикробным ЛС (в отсутствие возможности идентификации возбудителя терапия назначается эмпирически);
- устранение факторов, поддерживающих рецидивирующий характер заболевания (нейроэндокринных, иммунных, гиповитаминозов, обострение хронических экстрагенитальных заболеваний и т. д.);
- применение ЛС, нормализующих микрофлору влагалища.

Хирургическое лечение

При наличии **хронического экзоцервицита**, подтвержденного гистологически (биопсия выполняется в первую фазу м. ц.), показана деструкция патологически измененного участка шейки матки (лазерная деструкция, криодеструкция).

Антибактериальная терапия

Основное место в лечении **эндоцервицитов** принадлежит антибактериальной терапии.

**Метронидазол/
миконазол** во влагалище 1 табл. на ночь, 10 сут +
Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 375 мг
3 р/сут, 5–7 сут, или Гентамицин в/м 3 мг/кг/сут, 5–7 сут,
или Доксициклин внутрь 100 мг 2 р/сут, 5–7 сут, или Лин-
комицин внутрь 500 мг 3 р/сут, 5–7 сут, или Офлоксацин
внутри 200 мг 2 р/сут, 5–7 сут, или Рифампицин внутрь
300 мг 2 р/сут, 5–7 сут, или Рокситромицин внутрь 150 мг
2 р/сут, 7 сут, или Ципрофлоксацин внутрь 250 мг 2 р/сут,
7 сут, или Пефлоксацин внутрь 400 мг 2р/сут, 5–7 сут

Клиндамицин во влагалище 5 г 2 % крема на ночь, 7 сут +
Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 375 мг
3 р/сут, 5–7 сут, или Гентамицин в/м 3 мг/кг/сут, 5–7 сут,
или Доксициклин внутрь 100 мг 2 р/сут, 5–7 сут, или Лин-
комицин внутрь 500 мг 3 р/сут, 5–7 сут, или Офлоксацин
внутри 200 мг 2 р/сут, 5–7 сут, или Рифампицин внутрь
300 мг 2 р/сут, 5–7 сут, или Рокситромицин внутрь 150 мг
2 р/сут, 7 сут, или Ципрофлоксацин внутрь 250 мг 2 р/сут,
7 сут или Пефлоксацин внутрь 400 мг 2 р/сут, 5–7 сут

**Нистатин/
нифурател** во влагалище 1 свеча на ночь, 8 сут +
Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 375 мг
3 р/сут, 5–7 сут, или Гентамицин в/м 3 мг/кг/сут, 5–7 сут,
или Доксициклин внутрь 100 мг 2 р/сут, 5–7 сут, или Лин-
комицин внутрь 500 мг 3 р/сут, 5–7 сут, или Офлоксацин
внутри 200 мг 2 р/сут, 5–7 сут, или Рифампицин внутрь
300 мг 2 р/сут, 5–7 сут, или Рокситромицин внутрь 150 мг
2 р/сут, 7 сут, или Ципрофлоксацин внутрь 250 мг 2 р/сут,
7 сут или Пефлоксацин внутрь 400 мг 2р/сут, 5–7 сут

**Тернидазол/
неомицин/
нистатин/
преднизолон** во влагалище 1 табл. на ночь, 6–10 сут +
Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 375 мг
3 р/сут, 5–7 сут, или Гентамицин в/м 3 мг/кг/сут, 5–7 сут,
или Доксициклин внутрь 100 мг 2 р/сут, 5–7 сут, или Лин-
комицин внутрь 500 мг 3 р/сут, 5–7 сут, или Офлоксацин
внутри 200 мг 2 р/сут, 5–7 сут, или Рифампицин внутрь
300 мг 2 р/сут, 5–7 сут, или Рокситромицин внутрь 150 мг
2 р/сут, 7 сут, или Ципрофлоксацин внутрь 250 мг 2 р/сут,
7 сут или Пефлоксацин внутрь 400 мг 2 р/сут, 5–7 сут

**Нермицин/
полимиксин
В/нистатин** во влагалище 1 табл. на ночь, 12 сут +
Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 375 мг
3 р/сут, 5–7 сут, или Гентамицин в/м 3 мг/кг/сут, 5–7 сут,
или Доксициклин внутрь 100 мг 2 р/сут, 5–7 сут, или Лин-
комицин внутрь 500 мг 3 р/сут, 5–7 сут, или Офлоксацин
внутри 200 мг 2 р/сут, 5–7 сут, или Рифампицин внутрь
300 мг 2 р/сут, 5–7 сут, или Рокситромицин внутрь 150 мг
2 р/сут, 7 сут, или Ципрофлоксацин внутрь 250 мг 2 р/сут,
7 сут или Пефлоксацин внутрь 400 мг 2р/сут, 5–7 сут

В ряде случаев используются антисептические средства:

Повидон-йод	Во влагалище 1 свеча 2 р/сут, 7 дней или 1 раз перед сном 14 дней или
Хлоргексидин биглюконат/ декспантенол/ полиэтиленоксидная основа	Во влагалище 1 свеча 2 р/сут, 7–10 дней

Нормализация микрофлоры влагалища

После окончания курса антибактериальной терапии назначают ЛС, применение которых способствует нормализации микрофлоры влагалища.

Бифидобактерии бифидум	во влагалище 1 свеча на ночь, 10 сут
Лактобактерии ацидофильные	во влагалище 1 свеча на ночь, 10 сут



ДЕПАНТОЛ® супп. ваг. № 10 (хлоргексидин 16 мг +декспантенол 100 мг)

Исследования и опыты применения, подтверждающие эффективность и безопасность препарата ДЕПАНТОЛ:

В 2006 г. Клиническое исследование препарата Депантол®, суппозитории вагинальные, проводилось в 3-х клинических подразделениях НМХЦ им. Н. И. Пирогова (г. Москва) и на кафедре акушерства и гинекологии № 1 Казанского государственного медицинского университета (г. Казань). Было обследовано 60 женщин в возрасте от 19 до 45 лет, в данном исследовании проводилось клиническое изучение препарата при лечении неспецифических цервицитов и истинных эрозий шейки матки. Применение препарата Депантол®, суппозитории вагинальные, в течение 7 дней значительно улучшало состояние пациентов. Статистически достоверно купировались болевой син-

дром (у 87,5 %), жжение (у 86,5 %), дизурические расстройства (у 75 %). Также отмечалась положительная динамика объективных симптомов: к концу лечения отсутствие гнойных выделений у 100 % пациенток, снижение интенсивности выделений, к концу курса лечения препаратом Депантол у 60 % пациентов выделения отсутствовали, статистически значимое уменьшение гиперемии и у всех пациентов после лечения отсутствовал отек слизистой. На основании данных микробиологических исследований прослеживалось прогрессивное увеличение количества КОЕ лактобацилл. После курса лечения препаратом Депантол у большинства пациенток нормализовался влагалищный мазок по критериям «эпителиальные клетки» и «лейкоцитоз», статистически достоверно снизилась общая обсемененность влагалища. По данным кольпоскопии отмечалась четкая тенденция к нормализации слизистой оболочки шейки матки. Статистически значимо уменьшилось число пациенток с цервицитом. Представленные результаты монотерапии неспецифических цервицитов и эрозии шейки матки препаратом Депантол[®], суппозитории вагинальные, показали высокую эффективность и безопасность данного лекарственного средства. Отличный и хороший эффекты (суммарно) по мнению врачей на 2-м визите через 2 дня после окончания лечения отмечены у 88,4 % пациенток, на 3-м через неделю после окончания лечения — у 90 % и на 4-м через месяц после окончания лечения — у 93,4 %. Полученные результаты позволяют рекомендовать Депантол[®], суппозитории вагинальные, для лечения неспецифических цервицитов, эрозий шейки матки, а также сопутствующих им инфекционно-воспалительных заболеваний влагалища.

На правах рекламы

Эндометриоз генитальный у подростков

Основные задачи лечения:

- устранение выраженного болевого синдрома (за счет временной полной (частичной) блокады репродуктивной системы) и предотвращение развития на его фоне тяжелых неврологических нарушений;
- предотвращение распространения эндометриоза в смежные органы;
- сохранение репродуктивного потенциала и репродуктивной функции девушек.

Хирургическое лечение

Показания к хирургическому лечению генитального эндометриоза:

- эндометриодные кисты яичников — лапароскопия, энуклеация кисты с последующей эндокоагуляцией ее ложа или резекция яичников в пределах здоровых тканей при невозможности отсепарования капсулы от ткани яичников;
- наружный эндометриоз — лапароскопия, эндокоагуляция эндометриодных гетеротопий с последующим промыванием брюшной полости и контрольной ревизией брюшины малого таза;
- ретроцервикальный эндометриоз — иссечение очага эндометриоза;
- наличие противопоказаний к проведению гормональной терапии.

Гормональная терапия

Ввиду необходимости сохранения репродуктивной функции основное значение в лечении эндометриоза у подростков принадлежит фармакотерапии.

У детей моложе 18 лет предпочтительно использование агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) и комбинированных пероральных контрацептивов (КПК).

ЛС выбора:

Бусерелин, спрей	интраназально 150 мг в каждую ноздрю 3 р/сут, с 1-2-го дня м. ц. непрерывно, 3-6 мес
Гозерелин	п/к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 р/28 сут, со 2-го дня м. ц., 3-6 мес
Лейпрорелин	в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, со 2-го дня м. ц., 3-6 мес
Трипторелин	в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, со 2-го дня м. ц., 3-6 мес

Альтернативные ЛС:

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р/сут, с 5-го дня м. ц. непрерывно, 6 мес
----------------------	--

На последнем месяце применения агониста ГнРГ пациенткам с генитальным эндометриозом возможно назначение низкодозированных КПК с последующим применением этих ЛС до момента приобретения сексуального опыта и решения вопроса о деторождении.

Этинилэстрадиол/ гестаген	внутри 20 мкг/75 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6-12 мес
Этинилэстрадиол/ дезогестрел	внутри 30 мкг/150 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6-12 мес
Этинилэстрадиол/ диеногест	внутри 30 мкг/2 мг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день м.ц., затем перерыв 7 сут, или 1 р/сут непрерывно, 6-9 мес

Терапия противовоспалительными и седативными средствами

Дополнительно для купирования боли и предотвращения неврологических нарушений на фоне применения низкодозированных КПК назначают:

Ибупрофен/ питофенон/ фенпивериния бромид	внутри 1 табл. 3 р/сут, за 4 дня до и в 1-й день менструации, длительность терапии определяют индивидуально + Валерианы корневища с корнями, настойка, внутри 15 капель 3 р/сут, 6 мес или Пустырника трава, настойка, внутри 15 капель 3 р/сут, 6 мес
--	--

Нимесулид	внутри 1 табл. 3 р/сут, за 4 дня до и в 1-й день менструации, длительность терапии определяют индивидуально + Валерианы корневища с корнями, настойка, внутри 15 капель 3 р/сут, 6 мес или Пустырника трава, настойка, внутри 15 капель 3 р/сут, 6 мес
------------------	--

Эндометриоз шейки матки

Лечение зависит от степени распространенности процесса. Лечение эндометриоза шейки матки (ЭШМ) у пациенток репродуктивного возраста с сохраненным м. ц. **комбинированное гормональное и оперативное**: наиболее целесообразна коагуляция очагов эндометриоза с применением CO₂-лазера. Удаление очага необходимо производить в раннюю фолликулиновую фазу м. ц. (6–7-й день, до 10-го дня цикла).

При ЭШМ за один месяц до и после третьего месяца коагуляции гетеротопий назначают КПК или гестагены.

В этой связи особую актуальность представляет использование прогестагена четвертого поколения — диеногеста в составе комбинации: 2 мг диеногеста (дозы, эффективность которой для лечения эндометриоза доказана в многочисленных работах) с 0,03 мг этинилэстрадиола. Этинилэстрианиол/диеногест обладает уникальным двойным воздействием, оказывая не только закономерный эффект на гормональный профиль пациенток с ГЭ, но также локальное иммуномодулирующее воздействие на эндометриозные гетеротопии, которые сначала подвергаются децидуализации, а затем и атрофии.

Этинилэстрадиол/гестоден	внутри 20 мкг/75 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или 1 р/сут непрерывно, 6–9 мес
Этинилэстрадиол/гестоден	внутри 30 мкг/75 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или 1 р/сут непрерывно, 6–9 мес
Этинилэстрадиол/дезогестрел	внутри 20 мкг/150 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или 1 р/сут непрерывно, 6–9 мес
Этинилэстрадиол/дезогестрел	внутри 30 мкг/150 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или 1 р/сут непрерывно, 6–9 мес

Этинилэстрадиол/ диеногест	внутри 30 мкг/2 мг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или 1 р/сут непрерывно, 6–9 мес
Этинилэстрадиол/ норгестимат	внутри 35 мкг/250 мкг 1 р/сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или 1 р/сут непрерывно, 6–9 мес

Применение гестагенов предпочтительнее, однако ввиду более частого развития побочных эффектов при малых формах эндометриоза со скудными клиническими проявлениями назначаются КПК.

Дидрогестерон	внутри 10–20 мг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или 1 р/сут непрерывно, 6–9 мес
Левоноргестрел, внутриматочная система	ввести в полость матки на 4–6-й день м. ц., однократно
Медрокси- прогестерон	в/м 150 мг 1 р/2–3 мес, 6–9 мес
Норэтистерон	внутри 5–10 мг 1 р/сут, с 5-го по 25-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или 1 р/сут непрерывно, 6–9 мес
Прогестерон	внутри 100 мг 2 р/сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 6–9 мес

Схема терапии зависит от распространенности процесса и выраженности клинических симптомов.

Агонисты ГнРГ или ЛС с антигонадотропным действием показаны при распространенном ЭШМ или при его сочетании с внутренним эндометриозом.

Бусерелин, спрей	интраназально 150 мг в каждую ноздрю 3 р/сут, со 2-го дня м. ц. непрерывно, 4–6 мес
Гестринон	внутри 2,5 мг 2 р/ нед, со 2-го дня м. ц. непрерывно, 6–9 мес
Гозерелин	п/к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 р/28 сут, со 2-го дня м. ц., 3–6 мес
Даназол	внутри 200 мг 2–3* р/сут, со 2-го дня м. ц. непрерывно, 3–6 мес
Лейпрорелин	в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, со 2-го дня м. ц., 3–6 мес
Трипторелин	в/м 3,75 мг 1 р/28 сут, со 2-го дня м. ц., 3–6 мес

* Прием даназола начинают с 400 мг/сут.



Магнезиальная терапия в акушерстве: приоритет доказательств и дифференцированного подхода к выбору препарата магния¹

За более чем столетний опыт применения препаратов магния в акушерстве основными причинами для назначения были и остаются невынашивание беременности и эклампсия. Говоря о применении магния при беременности не следует смешивать две проблемы — применение магния как токолитика в виде сульфата магния, хлорида магния в растворах для в/в инфузий с целью купирования urgentных ситуаций и профилактическое применение магния (перорально) для нутрициальной поддержки и рационального питания. Вряд ли можно оспаривать тот факт, что рациональное, сбалансированное питание составляет существенную основу для вынашивания здорового плода и рождения здорового ребенка. Одновременно с этим остаются чрезвычайно важными вопросы демедикации — основное направление ведения физиологической беременности. Следует помнить, что препараты магния для приема внутрь у беременной должны лишь гармонично дополнять пищевые продукты, а не заменять их.

Современный стиль жизни, включающий, как правило, высокие уровни стресса, нерациональная диета и наличие в диете большинства людей искусственных продуктов питания и напитков создали проблему *хронического* дефицита магния, в том числе и у беременных женщин. Упрощенное понимание фармакологии

¹ О.А. Громова. Российский спутниковый центр института Микроразлементов ЮНЕСКО, Москва.

субстанций магния привело к широкомасштабным попыткам применения неорганических форм магния для компенсации дефицита этого элемента. Однако, как показали фармакокинетические исследования, неорганические формы магния (оксид, сульфат, хлорид и др.) характеризуются низкой биоусвояемостью и побочными эффектами [1, 2].

Поэтому актуальны исследования терапевтических применений органических форм магния.

Цитрат магния — одна из органических солей, используемых для изготовления современных магнийсодержащих препаратов. Так как цитрат является органической и хорошо растворимой формой магния, это в значительной степени обуславливает его высокую биоусвояемость. Однако, хорошая растворимость в воде — далеко не единственная особенность цитрата магния, который также характеризуется рядом специфических молекулярных эффектов. Эти эффекты включают участие магния как центрального субстрата цикла Кребса (который даже имеет альтернативное название «цитратный цикл»), взаимодействия с белками-транспортёрами дикарбоксилатов и физико-химические особенности самой молекулы цитрата. Следует подчеркнуть, что все метаболиты цитрата — эссенциальные эндогенные молекулы. Практически полная утилизация цитрата (превращение в углекислый газ и воду) делает его идеальным переносчиком магния [3]. В некотором роде, цитрат — идеальная, полностью биodeградирующаяся, «экологически чистая тара» для транспорта магния внутрь клеток, которая к тому же еще служит эффективным топливом.

Анализ исследований, соответствующих высоким требованиям доказательной медицины в отношении использования препаратов магния у беременных, был опубликован в 2002 г. в базе данных Cochrane в виде аналитического обзора «Interventions for leg cramps in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews

2002, Issue 1. *, проведенного Young G. L. и Jewell D. [4] В него вошли данные пяти исследований, включавших 352 беременные женщины, которых на момент включения в исследование беспокоили судороги ног, и которые применяли разнообразные медикаментозные средства, в частности сравнивалась эффективность и безопасность применения у беременных (срок беременности от 22 до 36 недель), страдающих судорогами икроножных мышц двух органических солей магния — *цитрата и лактата магния* с плацебо в виде сорбитола, фруктозы и декстрозы (Dahle, 1995) [5]. В исследовании достоверно показан положительный эффект применения цитрата магния и лактата магния на клинические симптомы (с помощью вопросника: длительность и частота судорог) и оценивались сывороточные уровни магния (атомная абсорбционная спектрофотометрия). В результате трехнедельной терапии получено доказательство, что магний в виде органических солей *лактата магния и цитрата магния* с высокой достоверностью и статистической значимостью может уменьшить и полностью купировать судороги икроножных мышц у беременных (цитрат магния и лактат магния имели преимущество перед плацебо $p=0,0002$). Также был показан хороший уровень безопасности применения лактата магния и цитрата магния у беременных.

Учитывалось, что дефицит магния может проявляться в виде так называемых непосредственных проявлений дефицита (судороги, ком в горле, мышечные подергивания) и отдаленных, преимущественно, обменных нарушений.

Непосредственные проявления дефицита. Чаще всего, быстро развившийся недостаток магния в организме приводит к состоянию повышенной нервной возбудимости клетки. Это особенно заметно на мышечных клетках, у которых деполяризация является основной функцией. При дефиците магния они испытывают нарушение деполяризации, что проявляется в избыточности

процессов сокращения по отношению к процессам расслабления. Клинически — это мышечные подергивания и судороги, чаще в икроножных мышцах, что является нередкой проблемой при беременности. Аритмия у беременных также часто ассоциирована с дефицитом магния. Для кардиомиоцитов это выражается в малой эффективности диастолы; для гладкой мускулатуры — в спастических процессах.

Отдаленные, преимущественно обменные, нарушения. В первую очередь, они формируются под воздействием гипомagneмии в различных органах, биологических жидкостях и тканях. Происходит патологическая компартментализация элементов. Например, кальцификация плаценты (так называемый феномен старения плаценты), кальцификация суставов, связочного аппарата; старение кости, кальцификация атеросклеротических бляшек аорты и других сосудистых образований. При этом этот процесс потенцируется дефицитом пиридоксина, витамина B_{12} , фолатов. Нередко встречается камнеобразование в желчных путях, в почках и мочевом пузыре, а также накопление токсичных элементов: Ni, Pb, Cd, Be, Al. К отдаленным последствиям дефицита магния относится развитие во время беременности артериальной гипертензии, в частности, у женщин с гиперальдостеронизмом. При дефиците магния во время беременности возрастает риск формирования инсулинорезистентности, диабета [2].

Общеприняты следующие рекомендации женщинам, которых беспокоят судороги икроножных мышц, особенно во время беременности:

- сидя, избегать поз с перекрещенными ногами;
- массировать икроножные мышцы перед сном. Чаще выпрямлять согнутые ноги;
- делать несколько вращательных движений стопами ног и шевелить пальцами, при продолжительном сидячем положении, например, при просмотре телевизора;

- не избегать прогулок на «свежем воздухе», делать их чаще;
- не утомляться физически;
- употреблять достаточное количество воды;
- принимать теплую ванну, чтобы вызвать расслабление своих мышц;
- использовать поливитаминные препараты в сочетании с препаратами магния (Магне В₆, Магне В₆ Форте). Предварительно необходимо посоветоваться с врачом.

Как было уже сказано выше, пероральная терапия препаратами органического магния (цитратом магния и лактатом магния) безопасна и эффективна при беременности. В связи с этим, терапия такими препаратами как Магне В₆ (комбинация лактата магния и пиридоксина) и Магне В₆ Форте приобрела особое значение во время беременности и в предродовом периоде.

Магний участвует в формировании более 500 ферментов, в том числе ферментов, регулирующих каскад синтеза АТФ. Более 100 белков магнийсодержащих белков обнаружено в плаценте [6]. Магний участвует в передаче генетической информации через продуцирование ДНК и РНК нуклеотидов

Коррекция дефицита магния. Принципы дозирования. Текущая физиологическая суточная потребность в магнии для взрослых составляет около 400 мг/сут, максимально до 800 мг/сут. При идеальном состоянии желудочно-кишечного тракта, эубиозе флоры кишечника, отсутствии полиморфизмов генома, связанных с нарушениями обмена магния, это можно обеспечить питанием (вода и пища). Необходимое количество рассчитывается исходя из следующего показателя: 5 мг/кг/сут. Некоторым людям необходимо большее количество магния из-за значительных потерь. Детям требуется от 5 до 10 мг/кг/сут; беременным женщинам (или кормящим матерям) — 10–15 мг/кг/сут; женщинам с установленным дефицитом магния также требу-

ется 10–15 мг/кг/сут. Для подбора диеты следует учитывать количественное содержание магния в продуктах питания и его биодоступность. Так, свежие овощи, фрукты, зелень (петрушка, укроп, зеленый лук и т. д.), орехи нового урожая обладают максимальной концентрацией и активностью магния. При заготовке продуктов для хранения (сушка, вяление, консервирование и т. д.) концентрация магния снижается незначительно, но его биодоступность резко падает. В одном и том же виде продукта концентрация магния может значительно колебаться. Так, в пшеничных отрубях, выращенных на Российских почвах, средние значения концентрации магния ниже (448 мг/100 г), чем концентрация магния в пшеничных отрубях, выращенных в Европе (590 мг/100 г) [2].

Внутримышечное введение некоторых препаратов магния, столь широко распространенное в России, не применяется в развитых странах по этическим соображениям из-за выраженной болезненности в месте введения, реальной угрозе абсцедирования. Парентеральная магниотерапия показана лишь в urgentных ситуациях магниевого дефицита. Обычная доза составляет 100 мг/час внутривенно капельно или с помощью автоматических шприцев в течение 4–6 часов в сутки. При эклампсии допустимо медленное внутривенное введение 25 % магния сульфата в дозе 10–20 мл. Быстрое введение магния чревато гипермагниемией. Парентеральная магниотерапия, при острой необходимости, должна проводиться лишь в стационарных условиях [7].

Препаратами выбора для долговременной профилактики и лечения дефицита магния являются лекарственные формы для приема внутрь. При этом органические соли магния не только значительно лучше усваиваются, но и легче переносятся больными. Они реже дают побочные эффекты со стороны пищеварительного тракта и лучше восполняют дефицит элемента. Лечение будет

эффективнее, если вводить одновременно и магний и магниофиксатор: витамины В₆ В₁; глицин, оротовую кислоту и, особенно, инсулин — строго по необходимости. Витамин В₁ в физиологических дозах 1–1,5 мг/сутки улучшает метаболизм магния, а магний входит в состав тиаминзависимых ферментов (Bruno V., 1995; Henriksen E. J., 2006) [8, 9].

Существует несколько хорошо всасывающихся в кишечнике галеновых форм, выпущенных в виде препаратов: магния гидроксид; магния цитрат (в составе препарата Магне В₆ Форте в табл.); магния оротат; магния тиосульфат; магния лактат (в составе препарата Магне В₆ в табл.) магния лактат и магния пидолат (в составе препарата Магне В₆ в форме раствора для питья). Содержание элементного магния в лекарственных формах (т. е. в соединениях), разрешенных к применению у беременных, неодинаково. Например, магния оротат, табл. 0,5 г — 32,8 мг; магния тиосульфат, табл. 0,5 г — 49,7 мг; магния лактат (в составе препарата Магне В₆ в табл. — 470 мг — 48 мг, и наконец, в новом препарате Магне В₆ Форте в табл., в 1 табл. содержится 618 мг солей цитрата магния, что эквивалентно 100 мг элементного магния [10].

Максимальный лечебный эффект коррекции дефицита магния достигается при использовании потенцированных органических форм магния внутрь: Магне В₆ (таблетированная и питьевая формы), Магне В₆ Форте (магния цитрат с пиридоксином) и др. Если применить данные обзора библиотеки Кокрейна Young G. L. и Jewell D. Interventions for leg cramps in pregnancy, Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, к существующим в РФ препаратам добавляется магний лактат, который содержится в препарате Магне В₆ [11]. 1 ммоль магния соответствует 238 мг соли магния лактата. В одной таблетке Магне В₆ содержится 1,97 ммоль магния. Следует отметить, что такая дозировка (6–7 табл. Магне В₆ или 3 табл. Магне В₆ Форте) нужны только

в самом начале терапии судорог у беременных (1–2 недели). Уже со 2–3 недели дозу магния можно понизить до 5–7,5 ммоль (3–4 таблетки Магне В₆ или на 1–2 табл. Магне В₆ Форте). Содержание элементного магния в безводном цитрате магния составляет 162 мг на 1 г соли, в 1 табл. Магне В₆ Форте содержится 100 мг магния.

Цитрат магния также используется для профилактики судорог в икроножных мышцах у беременных [11, 12]. Высокая безопасность и эффективность сверхвысоких доз цитрата магния как слабительного позволяет использовать его при колоноскопии беременных. По соображениям безопасности только немногие субстанции могут использоваться для подготовки к колоноскопии в период беременности [13].

Биодоступность неорганических солей магния не превышает 5%, остальная часть магниевой неорганической соли попадает в толстый кишечник, где, будучи осмотически активной субстанцией, сульфат магния, оксид магния «тянут на себя воду», в результате увеличивается кишечный транзит и резко ускоряется опорожнение кишечника.

Наибольшая растворимость и биодоступность обнаруживает пидолат магния (около 40–43%) и цитрат магния (около 38–45%) цитрата магния. Цитрат является органической и хорошо растворимой формой магния, это в значительной степени и обуславливает его высокую биоусвояемость. Следует отметить, что в отличие от всех других солей органического магния, цитрат магния действует и «по линии магния» и «по линии цитрата». Цитрат — центральный субстрат цикла Кребса (который даже имеет альтернативное название «цитратный цикл»), и является важным метаболитом цикла для выработки энергии. Практически полная утилизация цитрата (превращение в углекислый газ и воду) делает его идеальным переносчиком магния. В некотором роде, цитрат — идеальная, полностью биodeградирующая, «экологически чистая тара» для транспорта магния

внутри клеток, которая к тому же еще служит эффективным топливом.

Данные относительно применения органических солей магния (в частности цитрата магния и пиридоксина) касаются доказательных исследований в области применения магниевых препаратов для профилактики и лечения оксалатурии и уратурии у беременных. Ионы Mg^{2+} поддерживают осмотический баланс: введение солей магния действует по типу слабого осмотического диуретика и дает отчетливый мочегонный эффект. При длительной терапии цитратом магния (200–250 мг солей в день, в пересчете на препарат Магне В₆ Форте — 2 табл./сут) доля рецидивов камнеобразования у пациентов с оксалатными камнями снижается на 90% [14]. Терапевтическое применение магния для лечения оксалатных камней целесообразно сочетать терапией пиридоксином, который независимо от магния понижает уровни оксалатов в организме [3]. Несмотря на то что опубликовано всего несколько исследований по применению цитрата магния в акушерстве, данная органическая форма магния имеет очень большие перспективы применения в данной области. В первую очередь это связано с явной нефрологической направленностью препарата Магне В₆ Форте на основе цитрата магния. Поэтому открывается перспектива использования цитрата магния при нефропатии беременных, гестозах, при отечной форме предменструального синдрома, а также для целевой терапии оксалатурии и уратурии во время беременности.

Описано, что в отдельных случаях из практики, применение цитрата магния даже спасает жизнь беременной и плода. Например, беременной 33 лет с синдромом Гительмана (врожденная тубулопатия, характеризующаяся гипокалиемией, гипوماгнеземией, метаболическим алкалозом и гипокальциурией) был назначен цитрат магния в смеси с хлоридом калия. После назначения синдром был скомпенсирован, и беременность разрешилась нормальными родами в срок [15].

Пероральный прием цитрата магния вызывает значительное снижение интактного паратгормона (iPTH) в сыворотке крови ($p < 0,05$), увеличение сывороточного остеокальцина ($p < 0,001$) и уменьшение деоксипиридинолина в моче ($p < 0,001$) — изменения, соответствующие уменьшению интенсивности резорбции костей [16].

Несмотря на то что цитрат магния с успехом используется во многих странах мира более 20 лет, в России как фармакологическая субстанция цитрат магния зарегистрирован сравнительно недавно (2010). Цитрат магния получил разрешение к применению у детей, беременных и в терапии. В настоящее время в качестве фармакологического препарата на основе цитрата магния в России имеется всего лишь один — Магне В₆ Форте. Препарат состоит из синергидной фармакологической комбинации цитрата магния в количестве (618 мг солей цитрата магния, что эквивалентно 100 мг элементного магния) и пиридоксина гидрохлорида в количестве 10 мг. Такое дозирование позволяет проводить лечение препаратом по простой схеме: 1 табл. 3 раза в день, а для поддерживающего курса лечения: по 1 табл. 2 раза в день. Таблетки Магне В₆ Форте следует принимать во время еды целиком, не разжевывая, запивая стаканом воды. Длительность курса терапии гипомagneземии составляет 1 месяц; профилактическое назначение или поддерживающая терапия может быть от 2 месяцев и более.

В заключение хотелось бы отметить, что во многие витаминно-минеральные комплексы, в том числе для беременных, магний включен в плохо усваивающихся соединениях неорганического магния. Предложенные в последнее время натуральные препараты для коррекции кальция и магния, полученные из костей животных и доломитной муки, скорлупы устриц, раковин, оставляют желать лучшего в плане очистки от вредных примесей, в частности от свинца. Серьезное опасение вызывает переизбыток жирорастворимых синтетичес-

ких соединений в жировой ткани беременной женщины при использовании различных бытовых веществ. Часть этих веществ имеет длительный период полувыведения, а наш организм часто не имеет механизмов для их адекватного метаболизма, поэтому они плохо выводятся через почки и следует думать о том, что накопление подобных веществ в организме может неблагоприятно повлиять на генетический аппарат. Предположительно, аналогичное воздействие следует ожидать и от некоторых медикаментов, поэтому внимание акушера к подобной проблеме в период беременности особенно актуально. В целом, у беременных нежелательно использование биологически активных добавок к пище, не имеющих специальных рекомендаций. Следует отметить, что препараты органического магния и пиридоксина, по данным многочисленных исследований, в этом отношении вполне благоприятны.

Литература

1. Громова О. А. Магний и пиридоксин: основы знаний. — 2006. — М., ПротоТип, 234 с.
2. Torshin I. Yu, Gromova O. A. Magnesium and pyridoxine: fundamental studies and clinical practice. Nova Science, 2009: 250 p. (ISBN-10:1-60741-704-9).
3. Громова О. А., Торшин И. Ю., Гришина Т. Р. Мировой опыт применения цитрата магния и пиридоксина // Фарматека. — 2010. — № 10.
4. Young G. L. Interventions for leg cramps in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2002 (1) D000121.
5. Dahle L. O., Berg G., Hammar M., Hurtig M., Larsson L. The effect of oral magnesium substitution on pregnancy-induced leg cramps. Am J Obstet Gynecol. 1996 Jul; 175 (1): 233-6.
6. Громова О. А., Торшин И. Ю., Сухих Г. Т., Рудаков К. В. Молекулярные механизмы регуляции магнием плацентарных белков // Российский вестник акушера гинеколога. — 2008. — № 6. — С. 9-15.
7. Кошелева Н. Г. Роль гипомагниемии в акушерской патологии и методы ее коррекции // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. — 1999. — № 1. — С. 46.

8. Bruno V. Antidegenerativ effects of Mg^{2+} -valproate in cultured cerebellar neurons. *Funct. Neurol.* 1995; 10 (3). P. 121–130.
9. Henriksen E. J. Exercise training and the antioxidant alpha-lipoic acid in the treatment of insulin resistance and type 2 diabetes. *Free Radic Biol Med.* 2006 Jan 1; 40 (1): 3–12.
10. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: Справочник. — М.: АстраФармСервис. — 2010. — 1488 с.
11. Young G. L., Jewell D. Interventions for leg cramps in pregnancy. *Cochrane atabase of Systematic Reviews* 2002, Issue 1. Art. No.: CD000121. DOI: 10.1002/14651858. CD000121.
12. Bohus B., Hendrickx H. H., van Kolfschoten A. A., Krediet T. G. Proceedings: Effects of corticotrophin-like neuropeptides on male sexual behaviour in the rat. *J Endocrinol.* 1975; 64 (3): 37P.
13. Vinod J., Bonheur J., Korelitz B. I., Panagopoulos G. Choice of laxatives and colonoscopic preparation in pregnant patients from the viewpoint of obstetricians and gastroenterologists. *World J Gastroenterol.* 2007; 13 (48): 6549–6552.
14. Kerr G. R., Lee E. S., Lam M. K., Lorimor R. J., Randall E., Forthofer R. N., Davis M. A., Magnetti S. M. Relationship between dietary and biochemical measures of nutritional status in HANES I data. *Am J Clin Nutr.* 1982; 35 (2): 294–307.
15. Ducarme G., Davitian C., Uzan M., Belenfant X., Poncelet C. [Pregnancy in a patient with Gitelman syndrome: a case report and review of literature] *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2007; 36 (3): 310–3.
16. Aydin H., Deyneli O., Yavuz D., Gozu H., Mutlu N., Kaygusuz I., Akalin S. Short-term oral magnesium supplementation suppresses bone turnover in postmenopausal osteoporotic women. *Biol Trace Elem Res.* 2010; 133 (2): 136–43.

RU.MGP.12.08.04

На правах рекламы

Указатель лекарственных средств

Акusher-Lib.ru

МНН	ТН
Адеметионин	S-Аденозилметионин, Гептор, Гептрал
Азитромицин	Азивок, Азитрал, Азитрокс, Азитромицин, Азитромицин-БИ, Азитромицина дигидрат, АзитРус, Веро-Азитромицин, Зи-фактор, Зитролид, Зитролид форте, Зитроцин, Сумазид, Сумаamed, Сумаamed форте, Сумаамецин, Сумамокс, Хемомицин
Азлоциллин	Азлоциллина натриевая соль
Азотная кислота/кислоты органические/меди нитрат	Солкодерм
Азтреонам**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Активированный уголь	Активированный уголь «Мекс», Активированный уголь СКН, Белосорб-П, Карбактин, Карболонг, Карболект, Микросорб-П, Уголь активированный МС, Уголь активированный ФАС-Э, Ультра-адсорб, Энтеросорбент
Актовегин	Депротеинизированный гемодериват из крови телят
Аллилэстренол**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Алпразолам	Алзолам, Алпразолам, Ксанакс, Ксанакс ретард, Неурол, Хелекс
Альбумин	Альбумин, Альбумин плацентарный, Альбумин человеческий, Плазбумин 20, Постаб-раствор альбумина, Уман альбумин
Альфакальцидол	Альфа Д3-Тева, Оксидевит, Эталфа
Алюминия гидроксид	Алюминия гидроокись
Алюминия гидроксид/магния гидроксид	Алмагель, Алтацид, Алюмаг, Гастрацид, Маалокс, Маалукол, Палмагель
Алюминия ацетат	Бурова жидкость
Алюминия фосфат	Альфогель, Фосфалюгель
Аминодиоксотетрагидрофталазиндион натрия	Галавит
Аминокaproновая кислота	Аминокaproновая кислота, Поликапран
Аминометилбензойная кислота	Амбен
Аминофиллин	Аминофиллин, Аминофиллин безводный, Эуфиллин, Эуфиллин-Дарница, Эуфиллин-УБФ
Амитриптилин	Амитриптилин, Амитриптилин-АКОС, Амитриптилин-Гриндекс, Амитриптилин-ЛЭНС,

МНН	ТН
	Амитриптилин-Ферейн, Амитриптилин Никомед, Апо-Амитриптилин, Веро-Амитриптилин, Дамилена малеинат
Амлодипин	Аген, Акридипин, Амло, Амловас, Амлодил, Амлодипин, Амлодипина бесилат, Амлодипина малеат, Амлодифарм, Амлорус, Амлотоп, Аронар, Веро-Амлодипин, Калчек, Кардиолопиз, Корвадил, Корди Кор, Норвадин, Норваск, Нормодипин, Омелар, Тенокс
Амоксициллин	Амоксисар, Амоксициллин, Амоксициллин Ватхэм, Амосин, Оспамокс, Флемоксин Солютаб, Хиконцил
Амоксициллин/клавуланат	Амоклан Гексал, Амоксиклав, Аугментин, Кламосар, Медоклав, Панклав, Ранклав, Рапиклав, Флемоклав Солютаб
Ампициллин	Ампициллин, Ампициллин-АКОС, Ампициллин-КМП, Ампициллин-Ферейн, Ампициллин Ватхэм, Ампициллин натрия, Ампициллина тригидрат, Зетсил, Стандациллин
Ампициллин/оксациллин	Ампиокс, Ампициллин, Оксациллин-Боримед, Оксамп, Оксамп натрий, Оксампицин, Оксамсар
Ампициллин/сульбактам	Амписид, Сулациллин, Сульбацин, Сультасин, Уназин
Апротинин	Апротекс, Апротинин, Гордокс, Ингипрол, Ингитрил, Контрикал, Трасилол 500000
Апрофен	Апрофен
Артишока листьев экстракт	Артишока экстракт, Хофитол
Аскорбиновая кислота	Аддитива Витамин С, Асвитол, Аскорбиновая кислота, Аскорбиновая кислота-Русфар, Аскорбиновая кислота-УБФ, Витамин С, Витамин С-инъектопас, Пливит С, Упсавит витамин С, Целаскон Витамин С, Цитравит
Аскорбиновая кислота/рутозид	Аскорутин, Аскорутин-Н. С, Аскорутин-УБФ, Профиллактин С, Рутаскорбин
Атенолол	Атенова, Атенолан, Атенолол, Атенолол-АКОС, Атенолол-Акри, Атенолол-Ратиофарм, Атенолол-Никомед, Атенолол-УБФ, Атенолол-ФПО, Бетадур, Бетакард, Веро-Атенолол, Принорм, Тенолол, Тенормин
Атропин	Атропин, Атропина сульфат
Ацеклофенак	Аэртал

МНН	ТН
Ацетазоламид	Диакарб
Ацетиламиноянтарная кислота	Когитум
Ацетилсалициловая кислота	Ас-тромб, Аспиватрин, Аспикор, Аспинат, Аспинат кардио, Аспирин, Аспирин 1000, Аспирин кардио, Аспитрин, Аспровит, Ацекардол, Ацетилсалициловая кислота, Ацетилсалициловая кислота-Рос, Ацетилсалициловая кислота-Русфар, Ацетилсалициловая кислота-УБФ, Ацетилсалициловая кислота «Йорк», Ацетилсалициловая кислота МС, Ацсбирин, КардиАСК, Кардиопирин, Некстрим Фаст, Нью-аспер, Таспир, Терапин, Тромбо АСС, Упсарин Упса, Флуспирин
Ацикловир	Ацигерпин, Ацикловир, Ацикловир-АКОС, Ацикловир-Акри, Ацикловир-КМП, Ацикловир-Тева, Ацикловир Гексал, Веро-Ацикловир, Виворакс, Виролекс, Герпевир, Герперакс, Герпесин, Герпетад, Зовиракс, Медовир, Провирсан, Цитивир
Беклометазон	Альдецин, Беклазон, Беклазон Эко, Беклазон Эко Легкое Дыхание, Беклат, Беклоджет 250, Беклорин, Беклофорте, Беконазе, Бекотид, Кленил, Насобек, Циклозон циклокапс
Белладонны алкалоиды/ фенобарбитал/эрготамин	Беллатаминал
Бендазол	Глиофен, Дибазол, Дибазол-АКОС, Дибазол-Дарница, Дибазол-Н. С, Дибазол-УБФ
Бензатина бензилпенициллин	Бензатин бензилпенициллин, Бензициллин-1, Бициллин-1, Молдамин, Ретарпен, Экстенциллин
Бензатина бензилпенициллин/ бензилпенициллин прокаина	Бициллин-5
Бензатина бензилпенициллин/ бензилпенициллин прокаина/ бензилпенициллин	Бициллин-3
Бензидамин	Тантум, Тантум верде, Тантум роза

МНН	ТН
Бензилпенициллин	Бензил пенициллин-КМП, Бензилпенициллина калиевая соль, Бензилпенициллина натриевая соль, Бензилпенициллина новокаиновая соль, Пенициллин G натриевая соль, Прокаин пенициллин G 3 мега
Бенфотиамин	Бенфогамма 150, Бенфотиамин
Бетаксолол	Бетак, Бетоптик, Бетоптик С, Локрен
Бетаметазон	Акридерм, Белодерм, Бетазон, Бетакортал, Бетаметазон натрий фосфат, Бетаметазона валерат, Бетаметазона дипропионат, Бетновойт, Дипроспан, Флостерон, Целедерм, Целестодерм-В, Целестон
Бифидобактерин бифидум	Бифидумбактерин, Бифидумбактерин форте, БифоВир порошок, Лиобифидум сухой, Пробифор
Блеомицин	Блеомицитина гидрохлорид, Блеоцин
Бромокриптин	2-Бром-альфа-эргокриптина мезилат, Бромокриптин-Рихтер, Парлодел
Будесонид	Бенакорт, Бенарин, Будекорт, Буденофальк, Будерин, Будесонид, Пульмикорт, Пульмикорт турбухалер, Тафен назаль, Цикортид Циклоапс
Бусерелин	Бусерелин, Бусерелин-депо, Бусерелина ацетат
Вакцина герпетическая	Витагерпавак
Валацикловир	Валтрекс
Валерианы корневища с корнями	Валерианы настойка, Валерианы экстракт
Ванкомицин	Ванколед, Ванкомицин Тева, Ванкорус, Ванкоцин, Ванмиксан, Веро-Ванкомицин, Эдицин
Верапамил	Верапамил, Верапамил-Ратифарм, Верапамил-Ферейн, Верапамила гидрохлорид, Верогалид EP 240 мг, Веромил, Изоптин, Изоптин CP 240, Финоптин
Винбластин	Винбластин-ЛЭНС, Винбластин-Рихтер, Винбластин-Тева, Винбластина сульфат, Розевин
Винпоцетин	Бравинтон, Веро-Винпоцетин, Винпотон, Винпоцетин, Винпоцетин-АКОС, Винпоцетин-Акри, Винпоцетин-Дарница, Винпоцетин-Рос, Винпоцетин-Сар, Винпоцетин форте, Винцетин, Кавинтон, Кавинтон Форте, Телектол

МНН	ТН
Витамин Е	альфа-Токоферола ацетат (витамин Е), Витамин Е, Витамин Е-ацетат, Витамин Е Зентива, Витрум витамин Е, Доппельгерц Витамин Е форте, Токоферокапс, Токоферола ацетат, Эвитол
Водорода пероксид	Оксилизин, Паркон, Перекиси водорода раствор
Ганиреликс	Оргалутран
Гексопреналин	Гинипрал
Гентамицин	Гентамицин, Гентамицин-АКОС, Гентамицин-К, Гентамицин-Ферейн, Гентамицина сульфат, Гентацикол
Гепарин натрий	Гепарин, Гепарин-натрий Браун, Гепарин-Рихтер, Гепарин-Ферейн, Гепарин «Биохеми», Гепарин натрий, Гепарина натриевая соль, Лиотон 1000, Тромблесс
Гестринон	Неместран
Гидрокортизон	Гидрокортизон, Гидрокортизон-АКОС, Гидрокортизон-Пос N, Гидрокортизона ацетат, Гидрокортизона гемисукцинат, КORTEФ, Латикорт, Локоид, Солу-Кортеф
Гидроксипрогестерон**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Гидроксиэтилкрахмал	N-гидроксиэтилкрахмал, Венофундин, Волекам, Волювен, Гемохес, Инфукол ГЭК, Рефортан ГЭК, Стабизол ГЭК, ХАЕС-стерил
Гидрохлоротиазид/ триамтерен	Апо-Триазид, Веро-Триамтезид, Триам-Ко, Триампур композитум, Триамтезид, Триамтел
Гинкго двулопастного листьев экстракт	Билобил, Билобил форте, Витрум Мемори, Гинос, Мемоплант, Ревайтл Гинко, Танакан
Гиосцина бутилбромид	Бускопан
Глицин	Глицин
Глутаминовая кислота	Глутаминовая кислота, Кальция глютаминат, Эпилаптон
Гозерелин	Золадекс
Гонадотропин хорионический	Гонадотропин хорионический, Прегнил, Хорагон
Дакарбазин	Дакарбазин, Дакарбазин-ЛЭНС, Дакарбазин Лахема, Дакарбазин Медак
Дактиномицин	Дактиномицин, Космеген
Даларгин	Тирозин-аланил-глицил-фенилаланил-лейцил-аргинина диацетат
Далтепарин натрий	Фрагмин

МНН	ТН
Даназол	Даназол, Дановал, Данол
Дексаметазон	Веро-Дексаметазон, Дексавен, Дексазон, Дексакорт, Дексамед, Дексаметазон, Дексаметазон-ЛЭНС, Дексаметазон-Ферейн, Дексапос, Дексафар, Дексона-Д, Детаметазон, Максидекс, Офтан Дексаметазон
Декстран, средняя молекулярная масса 30000-40000	Гемостабил, Реополиглюкин
Декстроза	Глюкоза, Глюкоза-Сендересис, Глюкоза-Синко, Глюкоза-Э, Глюкоза ангидридная, Глюкоза Браун, Глюкоза моногидрат, Глюкостерил, Декстроза моногидрат
Джозамицин	Вильпрафен
Диазепам	Апаурин, Валиум Рош, Диазепам, Диазепам-Тева, Реланиум, Реллум, Седуксен, Сибазон, Сибазон-Ферейн
Дидро гестерон	Дюфастон
Диклофенак	Биоран, Веро-Диклофенак, Вольтарен, Вольтарен Акти, Вольтарен рапид, Вольтарен Эмульгель, Диклак, Дикло-Ф, Диклобене, Дикловит, Диклоген, Диклонак, Диклонат П, Диклоран, Диклоран СР, Диклофенак, Диклофенак-АКОС, Диклофенак-Акри, Диклофенак-Акри ретард, Диклофенак-Альтфарм, Диклофенак-лонг, Диклофенак-МФФ, Диклофенак-Н. С, Диклофенак-Ратиофарм, Диклофенак-Тева, Диклофенак-УБФ, Диклофенак-Фаркос, Диклофенак-ФПО, Диклофенак натрий, Диклофенак ретард Оболенское, Диклофенак Штада, Диклофенакол, Наклоф, Наклофен, Наклофен Дуо, Натрия диклофенак, Неодол, Ортофен, Ортофер, Раптен рапид, Ревмавек, Униклофен, Фелоран
Динопрост	Простин F2-а, Энзапрост-Ф
Динопростон	Препидил, Простенон, Простенонгель
Дипиридамол	Веро-Дипиридамол, Дипиридамол, Дипиридамол-Ферейн, Курантил 25, Персантин
Дистигмина бромид	Убретид
Дифенгидрамин	Грандим, Димедрол, Димедрол-Рос, Димедрол-УБФ, Димедрол-УВИ, Дифенгидрамина гидрохлорид, Псило-бальзам

МНН	ТН
Доксициклин	Вибрамицин, Доксал, Доксициклин, Доксициклин-АКОС, Доксициклин-Ферейн, Доксициклин Штада, Доксициклина гидрохлорид, Юнидокс Солютаб
Доксорубицин	Адрибластин, Доксорубифер, Доксорубицин, Доксорубицин-ЛЭНС, Доксорубицин-Тева, Доксорубицин-Ферейн, Доксорубицин-Эбеве, Доксорубицина гидрохлорид, Келикс, Растоцин
Дроперидол	Дроперидол
Дротаверин	Биошпа, Веро-Дротаверин, Дроверин, Дротаверин, Дротаверин-АКОС, Дротаверин-МИК, Дротаверин-Н. С, Дротаверин-СТИ, Дротаверин-УБФ, Дротаверин-ФПО, Дротаверин МС, Дротаверин форте, Дротаверина гидрохлорид, Но-шпа, Но-шпа форте, Нош-Бра, Спазмол, Спазоверин, Спаковин
Железа (III) гидроксид полимальтозат	Мальтофер, Фенюльс Комплекс, Феррум Лек
Железа глюконат/меди глюконат/марганца глюконат	Тотема
Железа сульфат/аскорбиновая кислота	Сорбифер дурулес, Тардиферон, Ферроплекс
Женьшень	Биоженьшень, Геримакс Женьшень, Гинсана, Доппельгерц Женьшень, Женьшеня настойка, Панаксел
Зафирлукаст	Аколат
Зверобоя травы экстракт	Гелариум, Гиперикум, Деприм, Деприм форте, Зверобоя экстракт, Негрустин, Новоиманин
Зидовудин	Азидотимидин, Азидотимидин (Тимазид), Вудазидин, Зидовудин, Зидовудин-Ферейн, Ретровир, Тимазид, Тимазид (Азидотимидин)
Золмитриптан	Зомиг
Ибупрофен	Адвил, Болинет, Бонифен, Бруфен СР, Бурана, Долгит, Ибалгин, Ибупрофен, Ибупрофен-АКОС, Ибупрофен-Н. С, Ибупрофен-Хемофарм, Ибуфен, Нурофен, Нурофен актив, Нурофен для детей, Нурофен Мигранин, Нурофен Период, Нурофен УльтраКап, Нурофен форте, Солпафлекс, Фаспик
Ибупрофен/питофенон/фенпивериния бромид	Новиган

МНН	ТН
Изоконазол	Гино-травоген овулум, Травоген
Имипенем/циластатин	Тиенам
Имипрамин	Имизин, Мелипрамин
Иммуноглобулин человека нормальный	Габриглобин-IgG, Гамимун Н, И. Г. Вена Н, И. В., Имбиогам, Имбиоглобулин, Иммуновенин, Интраглобин, Октагам, Хумаглобин, Эндобулин С/Д
Иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]	Пентаглобин
Имунофан	Аргинил-альфа-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинин
Индометацин	Веро-Индометацин, Индобене, Индовис ЕС, Индоколлир, Индометацин, Индометацин-Акри, Индометацин-Альтфарм, Индометацин-Биосинтез, Индометацин 50 Берлин-Хеми, Индометацин 100 Берлин-Хеми, Индометацин Севтополис, Индометацин Софарма, Метиндол ретард
Инозин	Инозин, Рибоксин, Рибоксин-ЛекТ, Рибоксин-УВИ, Рибоксин-Ферейн
Инсулин растворимый (человеческий генно-инженерный)	Актрапид НМ, Актрапид НМ Пенфилл, Биосулин Р, Инсулин генно-инженерный человеческий, Инсуман Рапид ГТ, Инсуран Р, Рекombинантный человеческий инсулин, Ринсулин Р, Хумулин Регуляр
Интерферон альфа	Диаферон, Интерферон человеческий лейкоцитарный
Интерферон альфа-2b	Альтевир, Альфарона, Интрон А, Реальдирон, Эберон альфа Р
Ипратропия бромид	Атровент, Атровент Н, Иправент
Итраконазол	Ирунин, Итразол, Итраконазол пеллеты, Итрамикол, Орунгал, Орунгамин, Орунит, Румикоз
Каберголин	Достинекс
Калия и магния аспарагинат	Аспангин, Аспаркам, Аспаркам-АКОС, Аспаркам-Рос, Аспаркам-УБФ, Аспаркам-Фармак, Аспаркам-Ферейн, Калия и магния аспарагинат Берлин-Хеми, Калия, магния аспарагинат, Панангин
Калия йодид	Антиструмин, Йодандин Йодбаланс, Йодомарин 100, Йодомарин 200, Калия йодид, Микройодид

МНН	ТН
Кальцитонин	Кальцитонин, Кальцитрин, Миакальцик
Кальцитриол	Остеотриол, Рокальтрол, Силкис
Кальция глюконат	Кальция глюконат
Кальция карбонат	Аддитива кальций, Кальция карбонат осажденный
Кальция пантотенат	Кальция D-пантотенат, Кальция пантотенат
Кальция хлорид	Кальция хлорид
Карбамазепин	Актинервал, Апо-Карбамазепин, Зептол, Карбалеписин ретард, Карбамазепин, Карбамазепин-Акри, Карбамазепин-Тева, Мазепин, Финлеписин, Финлеписин ретард
Карбенициллин	Карбенициллина динатриевая соль
Карболовая кислота/ трикрезол	Ферезол
Кетоконазол	Бризорал, Ветозорал, Кетоконазол, Кетоконазол-ФПО, Ливарол, Микозорал, Низорал, Ороназол, Перхотал, Фунгинок, Фунгистаб
Кетопрофен	Артрозилен, Быструмгель, Кетонал, Кетопрофен, Кетопрофен-Врамед, ОКИ, Фастум, Феброфид, Флексен
Кетотифен	Айрифен, Задитен, Кетотифен, Кетотифен-Рос, Кетотифен Штада, Кетотифена фумарат
Кларитромицин	Биноклар, Веро-Кларитромицин, Клабакс, Кларбакт, Кларитромицин-Верте, Кларитромицин, Кларитромицин Протекх, Кларитросин, Кларомин, Клацид, Клацид CP, Клеримед, Лекоклар, Фромилид, Фромилид уно
Клемастин	Бравегил, Клемастин, Клемастина фумарат, Ривтагил, Тавегил
Клиндамицин	Далацин, Далацин Ц фосфат, Клиндамицин, Клиндафер, Клиндацин
Кломипрамин	Анафранил, Анафранил CP, Кломипрамин, Клофранил
Кломифен	Кломифен, Кломифена цитрат, Клостилбегит
Клоназепам	Клоназепам, Ривотрил
Клонидин	Гемитон, Клофелин
Клотримазол	Амиклон, Антифунгол, Имидил, Кандибене, Кандид, Кандид-ВБ, Кандизол, Канестен, Канизон, Катризол, Кломазол, Клотримазол, Клотримазол-Акри, Клотримафарм, Менстан, Фактодин, Фунгинал, Фунгицип

МНН	ТН
Кокарбоксилаза	Кокарбоксилаза, Кокарбоксилаза-Ферейн, Кокарбоксилаза-Эллара, Кокарбоксилазы гидрохлорид
Холекальциферол	Аквадетрим, Вигантол, Витамин Д3 БОН, Холекальциферокапс, Холекальциферол
Кромоглициевая кислота	Интал, Ифирал, Кромогексал, Кромоглин, Кромосол, Лекролин, Налкром, Стадаглицин, Хай-кром
Ксантинола никотинат	Ксантинола никотинат, Ксантинола никотинат-УБФ, Ксатинат
Лактин	Гормональное ЛС, получаемое из передней доли гипофиза крупного и мелкого рогатого скота
Лактобактерии ацидофильные	Ацилакт, Биобактон сухой, Лактобактерии ацидофильные сухие, Лактобактерин
Лактулоза	Дюфалак, Лактулоза Поли, Нормазе, Порталак
Ламивудин	Зеффикс, Эпивир ТриТиСи
Ламотриджин	Конвульсан, Ламиктал, Ламитор, Ламолеп, Ламотриджин
Левамизол	Декарис, Левамизола гидрохлорид
Левоноргестрел	Микролют, Мирена, Постинор, Эскапел
Левотироксин натрий	L-Тироксин-Акри, L-Тироксин-Фармак, L-Тироксин Берлин Хеми, Баготирокс, Левотироксин, Натрия левотироксин, Эутирокс
Левотироксин натрий/лиотиронин	Тиреотом
Левотироксин натрий/лиотиронин/калия йодид	Тиреокомб
Левофлоксацин	Левофлоксацин, Лефокцин, Таваник, Флорацид, Элефлокс
Лейпрорелин	Люкрин депо
Липоид	Глюкозаминилмурамилдипептид
Лимонника плоды	Лимонника плодов настойка, Лимонника семян настойка
Линестренол	Оргаметрил, Экслютон
Линкомицин	Линкомицин, Линкомицин-АКОС, Линкомицина гидрохлорид, Медоглицин
Лоратадин	Алерприв, Веро-Лоратадин, Клавористин, Клаллергин, Кларготил, Кларидол, Кларисенс, Кларитин, Кларифарм, Кларифер, Кларотадин, Кларфаст, Ломилан, Лорагексал, Лорадин,

МНН	ТН
	Лоратадин-Верте, Лоратадин, Лоратадин-Хемофарм, Лоратадин 10-СЛ, Лорид, Лоридин, Тирлор, Эролин
Магния лактат/ пиридоксина гидрохлорид	Магне-В ₆
Магния сульфат	Кормагnezин, Магния сульфат, Магния сульфат-Дарница
Маточное молочко	Апилак
Мебгидролин	Диазолин, Мебгидролин
Мебендазол	Вермокс, Вормин, Мебендазол
Медазепам	Мезепам, Рудотель
Медроксипрогестерон	Вераглекс, Депо-Провера, Медроксипрогестерон-ЛЭНС, Медроксипрогестерона ацетат, Провера, Циклотал
Мезодиэтилэтилен-добензолсульфоната дикалия дигидрат	Сагенил, Сигетин-стандарт, Сигетин
Мелоксикам	Артрозан, Лем, Мелбек, Мелбек форте, Мелокан, Мелокс, Мелоксикам, Мирлокс, Мовалис, Мовасин
Мелфалан	Алкеран
Менадиона натрия бисульфит	Викасол, Викасол-Дарница
Менотропины	Гонадотропин менопаузный, Меногон, Меногур, Пергонал
Меропенем	Меронем
Метациклин**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Метилдопа	Допегит
Метилпреднизолон	Депо-Медрол, Медрол, Метилпреднизолон Софарма, Метипред, Солу-Медрол
Метилэргометрин	Метилэргобревин
Метионин	L-Метионин, Метионин
Метоклопрамид	Веро-Метоклопрамид, Меломида гидрохлорид, Метамол, Метоклопрамид, Метоклопрамид-Акри, Метоклопрамид-ФПО, Перинорм, Церуглан, Церукал, Церулан
Метронидазол	Акваметро, Клион, Метровагин, Метровит, Метрогил, Метрозол, Метролакэр, Метрон, Метронидазол в/в Браун, Метронидазол

МНН	ТН
	Ватхэм, Метронидазол Никомед, Метронидазол-АКОС, Метронидазол-Рос, Метронидазол-Русфар, Метронидазол-Тева, Метронидазол, УБФ, Метронидазол-Фаркос, Метронидазол-Ципла, Метросептол, Розамет, Розекс, Трихазол, Трихоброл, Трихопол, Флагил, Эфлоран
Метронидазол/миконазол	Нео-Пенотран
Метформин	Багомет, Веро-Метформин, Глиминфор, Глиформин, Глюкофаж, Дианормет, Метфогамма 500, Метфогамма 850, Метформин, Метформин-Рихтер, Сиофор 500, Сиофор 850, Формин Плива
Мефенамовая кислота**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Миансерин	Леривон
Мидекамицин	Макропен
Мидодрин	Гутрон
Миконазол	Гинезол 7, Гино-Дактарин, Дактарин, Микозон
Мирамистин	Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмония хлорида моногидрат
Моклобемид	Аурорикс
Монтелукаст	Сингуляр
Надропарин кальций	Фраксипарин, Фраксипарин Форте
Налидиксовая кислота	Невиграмон, Неграм
Надролон	Ретаболил, Феноболин
Напроксен	Алив, Налгезин, Налгезин форте, Напроксен, Напроксен-Акри, Напроксен-ICN
Натамицин	Пимафуцин
Натрия гидрокарбонат	Натрия бикарбонат, Натрия гидрокарбонат
Натрия оксибат	Натрия оксибутират
Натрия фторид	Натрия фторид, Фторлак
Натрия хлорид	Натрия хлорид, Натрия хлорид-Сендересис, Натрия хлорид-Синко, Натрия хлорид Браун, Ризосин, Салин
Небиволол	Небилет
Невирапин	Вирамун
Недокромил	Тайлед минт
Неомицин/полимиксин В/нистатин	Полижинакс
Нетилмицин	Нетромицин

МНН	ТН
Нимесулид	Актасулид, Апонил, Аулин, Кокстрал, Найз, Нимесил, Нимика, Нимулид, Пролид, Флолид
Нистатин	Нистатин
Нистатин/нифурател	Макмирор комплекс
Нитразепам	Нитразепам, Радедорм 5, Зуноктин
Нитроглицерин	Депонит 10, Нитро, Нитро Поль Инфуз, Нитроглицерин, Нитрогранулонг, Нитроджект, Нитрокардин, Нитрокор, Нитроминт, Нитронг форте, Нитроперкутен ТТС, Нитроспрей-ICN, Перлингганит, Сустанк-мите, Сустанк форте, Тринитролонг
Нитрофурал	Лифузоль, Фурапласт (с Перхлорвинилом), Фурацилин, Фурацилин-АКОС
Нитрофурантоин	Фурадонин
Нифурател	Макмирор
Норэтистерон	Норколут
Оксациллин	Оксациллин, Оксациллин-АКОС, Оксациллин-Ферейн, Оксациллина натриевая соль
Оксибутинин	Дриптан, Новитропан
Окситоцин	Окситоцин, Окситоцин-МЭЗ, Окситоцин-Ферейн, Окситоцин синтетический
Оксилиновая кислота	Диоксацин
Омоконазол	Микогал
Орлистат	Ксеникал
Орнидазол	Гайро, Дазолик, Орнидазол, Орнидазол-Веро, Орнисид, Орнисид Форте, Тиберал
Оротовая кислота	Калия оротат
Осалмид	Оксафенамид
Офлоксацин	Веро-Офлоксацин, Джеофлос, Заноцин, Заноцин ОД, Зофлос, Офло, Офлоксацин, Офлоксацин-ICN, Офлоксацин-Промед, Офлоксацин-ФПО, Офлоксин, Офломак, Офлоцид, Офлоцид форте, Таривид, Тариферид, Тарицин, Унифлокс, Флоксал
Пальмы ползучей плодов экстракт	Пермиксон, Простагут моно, Простамол Уно, Простаплант
Панкреатин	Биозим, Вестал, Креон 10000, Креон 250000, Мезим форте, Микразим, Панзим форте, Панзинорм форте-Н, Панкреазим, Панкреатин, Панкренорм, Панцитрат, Пензитал, Уни-Фестал

МНН	ТН
Панкреатин/желчи компоненты/ гемицеллюлаза	Биофесталь, Дигестал, Нормознзим форте, Ферестал, Фестал, Форте Энзим, Энзистал
Панкреатин/папаин/ бромелаин/трипсин/ химотрипсин/амилаза/ липаза/рутозид	Вобэнзим
Папаверин	Папаверин, Папаверин-АКОС, Папаверина гидрохлорид, Папаверина гидрохлорид МС
Пароксетин	Паксил, Пароксетин, Рексетин
Пентоксифиллин	Агапурин, Агапурин ретард, Вазонит, Пентилин, Пентилин форте, Пентоксифиллин, Пентоксифиллин-Акри, Пентоксифиллин-Дарница, Пентоксифиллин-МИК, Пентоксифиллин-Тева, Пентоксифиллин-Фаркос, Пентоксифиллин-ФПО, Тренпентал, Трентал, Трентал 400, Флекситал
Пефлоксацин	Абактал, Пелокс-400, Пефлоксацин-АКОС, Пефлоксацина мезилат, Юниклеф
Пиона настойка	Настойка пиона
Пипемидовая кислота	Веро-Пипемидин, Палин, Пиламин, Пимидель, Пипегал, Пипелин, Пипемидовая кислота, Уропимид, Уротрактин
Пиперациллин/ тазобактам**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Пипофезин	Азафен
Пирантел	Гельминтокс, Немоцид, Пирантел
Пирацетам	Луцетам, Мемотропил, Ноотобрил, Ноотропил, Пиратропил, Пирацетам, Пирацетам-АКОС, Пирацетам-Рихтер, Пирацетам-Русфар, Пирацетам-Ферейн, Пирацетам МС, Пирацетам Оболенское
Пиридоксаль фосфат	Пиридоксальфосфат
Пиридоксин	Пиридоксин, Пиридоксин-Н.С, Пиридоксина гидрохлорид
Пирлиндол	Нормазидол, Пиразидол, Пирлиндола гидрохлорид
Пироксикам	Веро-Пироксикам, Пирокс гель, Пироксикам, Пироксикам-Акри, Пироксикам-Альтфарм, Пироксикам-Тева, Пироксикам Штада, Пироксифер, Финалгель, Хотемин, Эразон

МНН	ТН
Повидон	Поливинилпирролидон, Энтеродез, Энтеросорб
Повидон-йод	Аквазан, Бетадин, Вокадин, Йодовидон, Йодоксид, Йодофлекс, Октасепт, Повидон-йод, Повидон-йод 30/06
Повидон/натрия хлорид/калия хлорид/кальция хлорид/магния хлорид/натрия гидрокарбонат	Белвидон, Гемодез, Гемодез-Н-Сендересис, Гемодез-Н-Синко, Гемодез-Н, Гемодез-Сендересис, Гемосан, Красгемодез, Красгемодез 8000, Неогемодез
Подофиллотоксин	Кондилин
Поливитамины	Компливит «Мама», Элевит Пронаталь
Празозин	Празозин
Преднизолон	Медопред, Преднизол, Преднизолон, Преднизолон Никомед, Преднизолон-АКОС, Преднизолона гемисукцинат, Преднизолона натрия фосфат
Прогестерон	Крайнон, Прогестерон, Прожестожель, Утрожестан
Прометазин	Дипразин, Пипользин, Пипольфен
Пропилтиоурацил	Пропицил
Пропранолол	Адреноблок, Анаприлин, Анаприлин-ФПО, Обзидан, Пропранонолола, П гидрохлорид
Прутьяка обыкновенного плодов экстракт	Агнукастон
Пустырника трава	Пустырника настойка, Пустырника трава, Пустырника экстракт
Ралоксифен	Эвиста
Резерпин	Резерпин
Ретинол	Видестим, Витамин А ацетат, Витамин А пальмитат, Ретинокапс, Ретинокапс А, Ретинол, Ретинола ацетат, Ретинола ацетат-Русфар, Ретинола ацетат (витамин А), Ретинола пальмитат
Рибофлавин	Рибофлавин-5-фосфат натрия, Рибофлавин (Витамин В2), Рибофлавин универсальный
Ризендроновая кислота	Актонель
Рифампицин	Максис, Р-цин, Римактан, Римпин, Рифамор, Рифампицин, Рифампицин-АКОС, Рифампицин-Ферейн, Тибицин, Эремфат
Рокситромицин	Акритроцин, Брилид, Веро-Рокситромицин, Ровенал, Роксептин, Роксibel, Роксигексал, Роксид, Роксилор, Рокситромицин, Рокситромицин Лек, Роксолит, Рулид, Рулицин, Элронс

МНН	ТН
Салметерол**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Сальбутамол	Асталин, Вентокол, Вентолин, Вентолин Небулы, Саламол, Саламол Эко, Саламол Эко Легкое Дыхание, Сальбен, Сальбутамол, Сальбутамола гемисулцинат, Сальгим, Сальтос, Цибутол циклокапсмин
Секнидазол**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Сертралин	Асентра, Депрефолт, Золофт, Серената, Серлифт, Сертралина гидрохлорид, Стимулотон, Торин
Силибинин	Карсил, Натуркарсефт, Росилмарин, Силибин, Силимарин, Силимарина Седико
Солкосерил	Депропротеинизированный гемодиализат из крови молочных телят
Соматропин	Генотропин, Нордитропин НордиЛет, Нордитропин Симплекс, Растан, Сайзен, Соматотропин человека, Хуматроп
Спектиномицин	Кирин
Спирамицин	Ровамицин, Спирамисар, Спирамицин-веро, Спирамицин, Спирамицин основание
Спиринолактон	Альдактон, Веро-Спиринолактон, Верошпилактон, Верошпирон, Спиринолактон
Спленин	ЛС, полученное из селезенки крупного рогатого скота
Сулиндак**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Тамоксифен	Билем, Веро-Тамоксифен, Зитазониум, Тамоксифен, Тамоксифен-Ферейн, Тамоксифен-Эбеве, Тамоксифен Лахема, Тамоксифена цитрат
Тамсулозин	Гиперпрост, Омник, Омник Окас, Ревокарин, Тамсулозина гидрохлорид, Тамсулон-ФС, Фокусин
Теноксикам	Тексамен, Теноктил
Теofilлин	Неотеопэк А, Спофиллин ретард 100, Спофиллин ретард 250, Теобиолонг, Теопэк, Теотард, Теофиллин
Теразозин	Корнам, Сетегис, Теразозин
Тербуталин**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Тернидазол/неомицин/нистатин/преднизолон	Тержинан

МНН	ТН
Тетраметил-тетраазобикакло-октандион	Мебикар, Мебикс
Тетрациклин	Тетрациклин, Тетрациклин-АКОС, Тетрациклин-Тева, Тетрациклина гидрохлорид
Тиамазол	Мерказолил, Метизол, Тиамазол, Тиамазол-Филофарм, Тирозол
Тиамин	Тиамин, Тиамин гидрохлорид, Тиамин хлорид, Тиамин хлорид-ЭХО
Тианептин	Коаксил
Тиaproфеновая кислота**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Тиболон	Ливиял
Тинидазол	Веро-Тинидазол, Тиниба, Тинидазол, Тинидазол-Акри, Фэзижин
Тиоктовая кислота	Альфа-липоевая кислота, Берлитион 300, Липамид, Тиогамма, Тиоктацид 600 Т, Тиоктацид БВ, Эспа-Липон
Тиоридазин	Апо-Тиоридазин, Сонопакс, Тиодазин, Тиоридазин, Тиоридазина гидрохлорид, Тиорил, Тисон
Тиреоидин	Тиреоидин
Толтеродин	Детрузитол
Транексамовая кислота	Транексам, Транексамовая кислота, Экзацил
Триамцинолон	Берликорт, Кеналог, Кеналог 40, Полькортолон, Триакорт, Триамцинолон, Триамцинолон-ФПО, Триамцинолона ацетонид, Фтордерм, Фторокорт
Трийодризорцин	Риодоксол, Трийодрезорцин
Тримеперидин	Промедол
Трипторелин	Декапептил, Диферелин
Трихлоруксусная кислота*	В РФ не зарегистрирован
Троксерутин	Троксевазин, Троксерутин, Троксерутин-МИК, Троксерутин Ветпром, Троксерутин Врамед, Троксерутин Лечива
Троspия хлорид	Спазмекс
Урофоллитропин	Метродин ВЧ
Урсодеоxихолеваая кислота	Урососан, Урсофальк
Фамциклоvir	Фамвир
Фексофенадин	Гифаст, Телфаст, Фексадин, Фексо, Фексофаст, Фексофенадина гидрохлорид

МНН	ТН
Феназепам	Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
Фенилбутазон	Бутадион, Фенилбутазон
Фенилэфрин	Ирифрин, Мезатон, Назол Бэби, Назол Кидс, Фенилэфрина гидрохлорид
Фенитоин	Дифенин
Фенопрофен**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Фенотерол	Беротек, Беротек Н, Партусистен
Финастерид	Альфаинал, Пенестер, Проскар, Простерид, Финаст, Финастерид
Флувоксамин	Феварин
Флуконазол	Веро-Флуконазол, Дифлазон, Дифлюзол, Дифлюкан, Медофлюкон, Микомакс, Микосист, Микофлюкан, Нофунг, Проконазол, Флузол, Флукозан, Флукомицид Седико, Флуконазол, Флуконазол-Верте, Флукорал, Флунол, Флюкостат, Флюмикон, Форкан, Фунголон, Фунзол, Цискан
Флунизолид**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Флуоксетин	Апо-Флуоксетин, Портал, Продеп, Прозак, Профлузак, Флувал, Флуоксетин, Флуоксетин-Акри, Флуоксетин Ланнахер, Флуоксетина гидрохлорид
Флурбипрофен	Стрепфен
Флутиказон	Кутивейт, Фликсоназе, Фликсотид
Фолиевая кислота	Фолацин, Фолиевая кислота
Фоллитропин альфа	Гонал-Ф
Формотерол	Окис Турбухалер, Форадил
Фосфазид	Никавир
Фосфолипиды эссенциальные**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Фосфомицин	Монурал, Урофосфабол, Фосфомицин натрия
Фторурацил	5-Фторурацил-Эбеве, Флурокс, Фторурацил, Фторурацил-Дарница, Фторурацил-ЛЭНС, Фторурацил-Тева
Фуразолидон	Фуразолидон
Фуросемид	Лазикс, Фуросемид, Фуросемид-Дарница, Фуросемид-Милве, Фуросемид-Рос, Фуросемид-Тева, Фуросемид-Ферейн
Хилак форте	Грамположительные и грамотрицательные симбионты кишечника в сочетании с ЛС, обеспечивающими кислую среду

МНН	ТН
Химотрипсин	Химотрипсин
Хинаголид**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Хифенадин	Фенкарол
Хлорамфеникол	D,L-Хлорамфеникол, Левовинизоль, Левомецетин, Левомецетин-АКОС, Левомецетин-Акри линимент, Левомецетин-КМП, Левомецетин-Русфар, Левомецетин-УБФ, Левомецетин-Ферейн, Левомецетина натрия сукцинат, Левомецетина стеарат, Синтомицин, Синтомицин-Русфар, Хлорамфеникол, Хлорамфеникол Лево
Хлоргексидин	Амидент, Ахдез 3000, Гексикон, Гексикон Д, Пливасепт, Пливасепт П, Хлоргексидин, Хлоргексидин биглюконат
Хлоргексидин/лидокаин	Инстиллагель, Катеджель с лидокаином
Хлоропирамин	Супрамин, Супрастин, Хлоропирамин, Хлоропирамин-Ферейн, Хлоропирамина гидрохлорид
Хлорхинальдол/ метронидазол	Гиналгин
Цетрореликс	Цетротид
Цефазолин	Золфин, Интразолин, Кефзол, Лизолин, Нацеф, Тотацеф, Цезолин, Цефазолин, Цефазолин-АКОС, Цефазолин «Биохеми», Цефазолин Ватхэм, Цефазолин натрия, Цефазолин Сандоз, Цефамезин, Цефезол
Цефепим	Максипим, Максицеф, Цефепим стерильный
Цефиксим	Супракс
Цефоперазон	Дардум, Медоцеф, Операз, Цефобид, Цефоперабол, Цефоперазона дигидрат, Цефоперазона натрия соль
Цефотаксим	Дуатакс, Интратаксим, Кефотекс, Клафобрин, Клафоран, Лифоран, Оритаксим, Талцеф, Тарцефоксим, Тиротакс, Цефабол, Цефантрал, Цефосин, Цефотаксим, Цефотаксим Лек, Цефотаксим натрия, Цефтакс
Цефтазидим	Бестум, Биотум, Вицеф, Лоразидим, Орзид, Тизим, Фортадин, Фортазим, Фортоферин, Фортум, Цефзид, Цефтазидим, Цефтазидим-АКОС, Цефтазидим натрия, Цефтазидима пентагидрат, Цефтидин

МНН	ТН
Цефтриаксон	Азаран, Биотраксон, Ифициф, Лендацин, Лифаксон, Лораксон, Мегион, Медаксон, Новосеф, Офраммакс, Роцефин, Стерицеф, Терцеф, Тороцеф, Цефаксон, Цефатрин, Цефограм, Цефсон, Цефтриабол, Цефтриаксон, Цефтриаксон-АКОС, Цефтриаксон-Дарница, Цефтриаксон-КМП, Цефтриаксон-ПНИТИА, Цефтриаксон-Ферейн, Цефтриаксон натрия, Цефтриаксон Протекх, Цефтрифин
Цефуроксим	Аксетин, Зинацеф, Зиннат, Кетоцеф, Кефстар, Проксим, Суперо, Цефурабол, Цефуроксим натрия, Цефуроксима натриевая соль, Цефурус
Цианокобаламин	Цианокобаламин (Витамин В ₁₂)
Циклопирокс	Батрафен, Дафнеджин
Циннаризин	Балциннарзин, Стугезин, Стугерон, Циннаризин, Циннаризин-АКОС, Циннаризин-Милве, Циннаризин-Рос, Циннаризин-ФПО, Циннаризин МС, Циннаризин Севтополис
Ципротерон	Андрокур, Андрокур депо, Ципротерон-Тева
Ципрофлоксацин	Акваципро, Алципро, Веро-Ципрофлоксацин, Ифиципро, Ифиципро ОД, Квинтор, Медоциприн, Сифлокс, Цепрова, Цилоксан, Циплокс, Ципрекс, Ципринол, Ципробай, Ципробид, Ципробрин, Ципродокс, Ципролакэр, Ципролет, Ципролон, Ципромед, Ципронат, Ципропан, Ципросин, Ципрофлоксацин н-АКОС, Ципрофлоксацин-ФПО, Ципрофлоксацин, Ципрофлоксацина гидрохлорид, Цитерал, Цифлоксинал, Цифран, Цифран ОД
Циталопрам	Опра, Прам, Ципрамил, Циталек, Циталопрама гидробромид, Циталорин, Цитол
Эконазол	Гино-Певарил, Ифенек, Певарил, Экалин, Экодакс, Экомикол, Эконазол-ЛХ
Элеутерококка корневища и корни	Элеутерококка экстракт
Эноксапарин натрий	Клексан
Эритромицин	Зомицин, Эритромицин, Эритромицин-АКОС, Эритромицина фосфат
Эстрадиол	Дивигель, Климара, Октодиол, Прогинова, Эстрадиола дипропионат, Эстримакс, Эстрожел, Эстрофем
Эстрадиол/дидрогестерон	Фемостон 1/5

МНН	ТН
Эстрадиол/норэтистерон	Активель, Клиане, Клиогест, Паузогест, Триа Klim, Трисеквенс
Эстрадиола валерат*	В РФ не зарегистрирован
Эстрадиола валерат/ диеногест	Климодиен
Эстрадиола валерат/ левоноргестрел	Климонорм
Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон	Дивина, Дивисек, Дивитрен, Индивина
Эстрадиола валерат/ прастерон**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Эстрадиола валерат/ ципротерон	Климен
Эстриол	Овестин, Эстронад
Эстрогены конъюгированные**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Эстрогены конъюгированные/ медроксипрогестерон**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Эстрон	3-Окси-эстра-1,3,5(10) триен-17-он
Этакридин	Этакридин (Риванол), Этакридина лактат
Этамзилат	Дицинон, Этамзилат, Этамзилат-Ферейн
Этинилэстрадиол	Микрофоллин, Этинилэстрадиол
Этинилэстрадиол/ гестоден	Линдинет 20, Линдинет 30, Логест, Мирелль, Фемоден
Этинилэстрадиол/ дезогестрел	Марвелон, Мерсилон, Новинет, Регулон, Три-Мерси
Этинилэстрадиол/ диеногест	Жанин
Этинилэстрадиол/ левоноргестрел	Антеовин, Микрогинон, Миранова, Ригевидон, Ригевидон 21+7, Три-регол, Три-регол 21+7, Тризистон, Триквилар
Этинилэстрадиол/ норгестимат	Силест
Этинилэстрадиол/ норэтистерон**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Этинилэстрадиол/ ципротерон	Диане-35
Янтарная кислота/ лимонная кислота	Лимонтар

ГДЕ И КАК КУПИТЬ КНИГИ

Оптовые продажи

Руководитель отдела — *Горячева Ирина Емельяновна*

Продажи вузам, крупный опт

Тел./факс: (495) 921-39-07, тел.: (495) 662-91-32, моб. 8 (916) 876-90-59;

e-mail: iragor@geotar.ru, www.geotar.ru

Доставка по РФ транспортной компанией.

Прямые продажи

Руководитель отдела — *Жернова Юлия Аркадьевна*

Тел./факс: (495) 228-09-74, 8 (915) 313-30-23, (495) 921-39-07

Продажи училищам и колледжам — доб. 207,
продажи библиотекам, бибколлекторам, НИИ, ЛПУ — доб. 113,
продажи учебным центрам и другим организациям — доб. 256.

E-mail: bookpost@geotar.ru

Доставка по РФ транспортной компанией.

Интернет-магазин: www.medknigaservis.ru

Тел.: 8-800-555-999-2, факс: 8 (499) 246-39-47;

e-mail: bookpost@medknigaservis.ru

Доставка по РФ почтой или транспортной компанией,
по Москве и ближнему Подмосковию — курьерская доставка.

Фирменные магазины (г. Москва)

м. «Фрунзенская»
(выход из метро налево),
Комсомольский просп., д. 28
(Московский дворец молодежи),
вход со стороны Детского парка.
Ежедневно с 10.00 до 20.00.
Тел.: 8 (916) 877-06-84,
(499) 685-12-47

м. «Коньково» (авт. 712, 295),
м. «Юго-Западная» (авт. 66, 718),
ул. Островитянова, д. 1
(РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный кор-
пус, студенческий вход, налево).
Пн.—пт. с 10.00 до 18.00.
Тел.: (495) 434-55-29;
e-mail: rgmu@geotar.ru

м. «Новокузнецкая»
Выставка-продажа
ул. Садовническая, д. 9, стр. 4.
Пн.—пт. с 10.00 до 19.00.
Тел.: (495) 228-09-74,
(495) 921-39-07 (доб. 139, 226)



Фирменный магазин «Медкнига» (г. Казань)

ООО «ГЭОТАР-Казань», ул. Бутлерова, д. 31.

Пн.—сб. с 9.00 до 19.00.

Тел./факс: 8 (843) 238-8-239, 8-906-111-02-68; e-mail: gafurova@mail.ru

Книги издательской группы «ГЭОТАР-Медиа»

Вы можете приобрести у следующих региональных представителей:

Армения. «Медицинская книга»: Троицкий пр-т, 51, СГМУ; тел.: 8 (8182) 20-61-90, 8 (902) 285-14-64

Астрахань. «Медицинская книга»: ул. Бюльварная, 121, корп. 51; около Медицинской академии; тел.: 8 (8512) 60-87-06, 8 (917) 170-25-22, факс 25-87-06

Астан, Республика Казахстан. ТОО «ГЭОТАР-МЕДИА-КАЗАХСТАН»: район Сарыарка, ул. Байытотыбай, 47/1, оф. 304; тел. 8 (7172) 28-01-39

Астрахань. Магазин «Астраханькнига»: ул. Нарманова, 2 с; тел. 8 (8512) 36-04-22; astrakniga@mail.ru

Барнаул. ИП Сидоренко П.А.: ул. Новополюховая, 24; тел. 8 (902) 999-22-22

Барнаул. Магазин «Книжный мир»: Сельскохозяйственный пр-т, 117а; тел.: 8 (3852) 62-82-60, 36-66-10; nata@salesbook.ru

Бирюк. Магазин «Дом книги»: ул. Филова, 31; тел.: 8 (4812) 74-22-84, 74-14-94; kniga@obk.kk.ru

Винница, Украина. ЧП Максименко Е.В.: ул. Балка, 14; книга-портал на Украине: а/я 4539; тел.: + (3804) 326-605-10, + (3806) 883-473-89; maxbooks@svitonline.com

Владивосток. «Медицинская книга»: Партизанский пр-т, 62а, ДКУД (Дворец культуры железнодорожников); тел.: 8 (914) 792-11-26

Владивосток. ООО «Фирма Инта»: ул. Адмирала Юмашева, 146-90; тел. 8 (4232) 44-12-37

Владивосток. Магазин «Книги»: ул. Маршала, 26; тел.: 8 (8672) 45-16-08, 30-56-63

Владивосток. ООО «Книга»: ул. Горького, 44; тел. 8 (4922) 33-22-09

Владивосток. Сеть магазинов «Либрис»: ул. Камарская, 11; тел. 8 (8442) 47-88-77; librivolga@mail.ru

Волгоград. Сеть магазинов «Либрис»: ул. Камарская, 11; тел.: 8(8442)47-88-77; librivolga@mail.ru

Воронеж. ИП Соловьев Б.Н., магазин «Медицинская книга»: ул. Колыбельская, 6; тел. 8 (4732) 40-39-56 (моб.)

Днепропетровск, Украина. Тел.: +7 (380-50) 453-66-44, 36-778-34-39; e-mail: belotnikov68@mail.ru

Екатеринбург. ООО «Дом книги»: КТК; ул. А. Васька, 12; тел.: 8 (343) 358-12-00, 358-18-98, 359-41-04

Ессентуки. Ставропольский край. ООО «РОССЫ»: ул. Октябрьская, 424; тел. 8 (8793) 46-93-09

Иваново. ООО «Иваш Масло»: пр-т Ленина, 5; тел. 8 (4932) 41-64-16

Иркутск. Магазин «Медкнига»: ул. 3-го июля, 8, ИГМУ; м/р Юбилейной, 100, ИГУУ; тел. 8 (914) 901-91-17

Кавань, Республика Татарстан. ООО «Медлитература»: (ЧП Музыканов), а/я 73; тел.: 8 (843) 236-32-29, 247-82-72

Калуга. Магазин «Круглогодично»: ул. Ленина, 68; тел. 8 (4842) 57-60-60; obozdnikova@yandex.ru

Кемороны. Магазин «Курганская книга»: ул. Нагайская, 5; тел.: 8 (3842) 75-76-98, 75-46-46; kniga-s@kazban.ru

Киев, Украина. ЧП А.С. Спигонко; тел. +7 (380-44) 274-49-79

Кострома. ООО «Лемариа»: Тихоновые риды, 1; тел. 8 (4942) 31-53-76

Краснодар. ГУП «Краснодарский краевой государственный дом»: ул. Красная, 43; тел. 8 (8612) 62-31-19

Краснодар. Книжка в термостате КГМУ, ИП Белок Е.И.: ул. Сельская, 4; тел. 8 (918) 330-08-73

Краснодар. «Медицинская литература» ИП Кривошос С.А.: ул. Сельская, 15; ул. 40 лет Победы, 5/1; тел. 8 (918) 485-00-41

Краснодарск. «Книжный мир»; пр. Миря, 86; тел. 8 (3912) 27-39-71

Краснодарск. Магазин «Академик»: ул. Суворова, 45; тел. 8 (3912) 27-03-90, 27-34-26; akademika@bk.ru

Краснодарск. ЧП С.А. Нойда; ул. Гусарова, 27-26; тел.: 8 (3912) 58-52-66, 8 (902) 925-20-36

Курск. Магазин «Книга и Курск»: ул. Кубышевская, 87; тел.: 8 (3522) 41-90-56, 46-36-23; knigbook@orbital.ru; пн.—пт. с 9 до 19, сб. с 10 до 18, вс. с 10 до 16, без перерыва

Курск. Вологодкин С.Т.; ул. Павловского, 7, кв. 89; тел.: 8 (4712) 55-45-38, 8 (910) 313-44-19; bookand@yandex.ru

Махачкала, Республика Дагестан. Магазин «АРБАТ-МЕДИА»: ул. Толстого, 9; ул. А. Ахунджиева, 11 (широкий старый автозащитник); тел. 8 (8722) 78-06-38; arbat@td-arbat.ru

Махачкала, Республика Дагестан. ЧП Э.С. Хад-оглыба; пр-т Имама Шамалы, 55-201; тел. 8 (8722) 67-87-92

Минск, Республика Беларусь. Магазин по продаже медицинской литературы ООО «ГЭОТАР-БелМедиа»: пр-т Дзержинского, 83, главный корпус БГМУ; тел.: + (375-17) 298-42-51, (375-29) 750-88-36

Москва. «Дом медицинской книги»: Комсомольский пр-т, 25; тел. 8 (495) 245-39-27

Москва. ООО «Дом книги «Молодая гвардия»»: ул. Б. Полянка, 28, стр. 1; тел.: 8 (495) 780-33-70, 238-50-01

Москва. ООО «Торговый дом «Библио-Гарбус»»: ул. Мясницкая, 6/3, стр. 1; тел. 8 (495) 781-49-00, факс 628-87-58

Новочеркасск, Краснодарский край. «Дом книги»: пр-т Ленина, 10; тел.: 8 (662) 42-39-53, 42-33-71

Новый Новгород. Магазин «Дом книги»: ул. Советская, 14; тел. 8 (831) 246-22-92; kniga@dn.ru

Книги издательской группы «ГЭОТАР-Медиа» Вы можете приобрести у следующих региональных представителей:

Иркутский Новгород, ИП Г.А. Толстова: а/я 101;
тел. 8 (831) 239-11-33

Новокузнецк. Магазины «ГЛанта»: ул. Кирова, 94;
тел.: 8 (3843) 70-35-83, 70-38-83;
novokuzn@rdic.ru, glanta@rdic.ru

Новосибирск. «Спецсервис в К»: ул. Тихая, 3;
тел.: 8 (383) 334-53-75, 263-66-88

Новосибирск. «Спецсервис»: ул. Арбузова, 1/1;
тел.: 8 (383) 336-10-26; 336-10-27; 336-10-32

Новосибирск. Магазины «Академия»:
Красный пр-т, 52;
тел. 8 (383) 221-15-60; akademiya@yandex.ru

Одесса, Украина. «Дом книги»: ул. Дербасовская, 27;
тел. 8 (0428) 22-74-50

Омск. Магазины «Центроникс»:
ул. Ленина, 19, тел.: 8 (3812) 23-64-98, 23-64-67; deli@omskbook.ru

Омск. ЧП В.Г. Хорощанин: ул. Ленина, 19;
тел.: 8 (3812) 23-23-55, 24-65-35, 24-68-73

Орск. Магазины «Академия»: ул. Ленина, 6;
тел.: 8 (4862) 76-28-60, 49-83-19; golen@yandex.ru

Оренбург. ООО «Визитсервис» (возможность поставки
книг в страны СНГ): ул. Антона, 9-252;
тел.: 8 (3532) 63-06-35, 8 (903) 360-23-19

Пенза. Магазины «Текст»: ул. Цюлькевича, 20;
тел. 8 (8412) 49-84-80; tekst@yandex.ru

Пермь. ООО «Ари-2»: ул. Ленина, 10б;
тел.: 8 (3422) 26-66-91, 26-44-10, факс 26-20-91

Петроград. Магазины «Твой книжка»: ул. Беретова, 14;
тел.: 8 (8793) 39-02-54, 39-02-53

Ростов-на-Дону. «Азбука+»:
ул. Социалистическая, 58;
тел.: 8 (8632) 63-63-88, 99-90-66

Ростов-на-Дону. Магазины «Дом книги»:
ул. Большая Садовая, 41; тел. 8 (8632) 78-36-23; tekina@yandex.ru

Рязань. Супермаркет «Книги»: Московское ш., 5а,
ТД «БАРС-1»; тел. 8 (4912) 93-29-54

Санкт-Петербург. «Санкт-Петербургский
дом книги»: Невский пр-т, 28;
тел.: 8 (812) 318-49-15, 312-01-84

Санкт-Петербург. Магазины «Медицинская книга»:
ул. Лобдева, 10; тел. 8 (812) 542-66-10

Санкт-Петербург. МАПО. Книжный досок:
ул. Кирочная, 41

Санкт-Петербург. СПИГМА им. И.И. Мечникова. Книжный
досок: Пискаревский пр-т, 47/1;
тел. 8 (901) 310-31-48

Санкт-Петербург. ИП И.В. Кузнецов:
Медицинская и ветеринарная литература.
ДК им. Н.К. Крюковой,
2-й этаж, место 54, 80; тел.: 8 (962) 708-77-64 (место 54), 8
(911) 124-22-54 (место 80)

Саратов. «Политарист»: ул. Чернышевского, 184;
тел. 8 (8452) 292-292; ala-poliar@yandex.ru

Саратов. ООО «Итветивей Саратов плюс»:
ул. Московская, 157; тел. 8 (8452) 51-87-62,
факс: 51-66-34, 52-49-59

Смоленск. ООО «Кругозор»: ул. Октябрьской революции,
13; тел. 8 (4812) 65-86-65

Сочи. Магазины «Книги»: ул. Навицкая, 12;
тел.: 8 (8622) 64-14-61, 64-69-28; knigi@soci.com

Ставрополь. «Книжный остров»:
ул. 50 лет ВЛКСМ, 18б;
тел.: 8 (8652) 55-14-18, 55-06-32

Ставрополь. Магазины «Мир знаний»:
ул. Лермонтова, 191,
кор. 43; тел. 8 (8663) 24-28-77; mir@stavkavkazregion.ru

Томск. «Книжный бизнес»: ул. Белинского, 55, оф. 10
(НТБ ТПУ); тел. 8 (3822) 56-37-72

Томск. Магазины «Академик»:
инф. р. Ушкова, 18а;
тел. 8 (3822) 51-60-36; akademik@yandex.ru; tel@tomsknet.ru;
инт.-итс с 10 до 19, сб. и вс. с 11 до 18 без перерыва

Тула. Магазины «Знание»: Красноармейский пр-т, 34;
тел. 8 (4872) 56-96-52; znanie-tula@mail.ru

Тюмень. Магазины «Знание»: ул. Вильямса, 34;
тел. 8 (3452) 46-28-70, 46-28-70, 46-83-84;
znanie@mail.ru; инт.-итс с 9 до 19, сб. и вс. с 10 до 18

Улан-Удэ. Книжка «Медицинская книга»:
ул. Каландаришвилла, 27;
тел.: 8 (902) 166-17-78, 8 (902) 562-92-82

Ульяновск. Магазины «Медицинская литература»:
ИП Р.А. Крюкова: ул. 3-го Интернационала, 7
(близкая остановка, здание столовой); инт.-итс с 8 до 16;
тел. 8 (927) 800-77-33; e-mail: 73_medlib.kru@mail.ru

Ульяновск. Магазины «Книжкин дом»:
ул. Богдана Хмельницкого, 1; тел. 8 (8422) 65-13-76;
domknig.gv@mail.ru; инт.-итс с 9 до 18

Уфа. Магазины «Алиса»: ул. Гоголя, 3б;
тел. 8 (3472) 50-39-00; ufaalib@yandex.ru

Уфа. Салаутдинов Р.Г.: ул. Рязанская, 6б;
тел.: 8 (3472) 37-87-93, 56-29-06, 56-53-23,
56-52-86, 8 (917) 342-51-63

Хабаровск. ООО «Дельная книга»:
ул. Путевая, 1а (район Института культуры);
тел.: 8 (4212) 36-06-65, 33-95-31, 30-65-66

Харьков, Украина. «Медицинская академическая книга»:
Голов Е.А. (Харьковский ГМУ): пр-т Ленина, 4;
тел.: + (380-67) 579-45-01

Челябинск. Республика Чувашия.
Гиньольский колледж: ул. Петрова, 7;
тел. 8 (8532) 62-15-67, 62-03-70

Челябинск. Магазины «Челябинский дом книги»:
пр-т Ленина, 68; тел. 8 (351) 263-22-78;
chebdk@yandex.ru

Челябинск. Челябинская ГМА, главный корпус, 1-й этаж.
ЧП А.Ю. Лутыгина: ул. Ворожского, 64;
тел.: 8 (351) 775-77-47, 8 (912) 895-26-36

Якутск. Республика Саха. ООО «Книжный маркет»:
ул. Ярославского, 16/1; тел.: 8 (4112) 36-62-47, 49-12-69



Невынашивание беременности



Подзолкова Н.М.,
Скворцова М.Ю., Шевелева Т.В.

Отличительные особенности

- Издание является практическим руководством, в котором в сжатой форме представлена проблема невынашивания беременности в акушерстве и гинекологии.
- Рекомендовано врачам акушерам-гинекологами, а также ординаторам и интернам.

136 с., 2013 г.

Серия «Схемы лечения»

Схемы лечения Акушерство и гинекология

2-е издание, исправленное и дополненное

Под общей редакцией В.Н. Серова, Г.Т. Сухих
Редактор-составитель Е.Г. Хилькевич

Заведующая редакцией — *А.В. Андреева*
Выпускающий редактор — *О.В. Сучкова*
Корректор — *Е.И. Макеева*
Верстка — *А.В. Вишневский*
Дизайн обложки — *Ю.В. Егоров*

Подписано в печать 10.05.2013. Бумага офсетная.
Формат 70×100^{1/32}. Печать офсетная.
Объем 12 печ.л. Тираж 1000 экз. Заказ 827.

ООО «Издательство «Литтерра».
117593, Москва, Соловьиный проезд, д. 18А.
Тел.: (495) 921-38-56.

Интернет-адрес издательства: www.litterra.ru,
e-mail: info@litterra.ru.

Интернет-магазин: www.medknigaservis.ru

Отпечатано в ООО «Чебоксарская типография № 1».
428019, г. Чебоксары, пр. И. Яковлева, д. 15.

ISBN 978-5-4235-0074-0



9 785423 500740 >

ISBN 978-5-4235-0074-0



9 785423 500740 >

