



МАРС

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ
АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ВЕРСИЯ 4.0

Для специалистов в области
репродуктивной медицины

Москва
2026

StatusPraesens
— profmedia —

П71 **Прегравидарная подготовка. Клинический протокол Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). Версия 4.0 / [Коллектив авторов]. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2026. — 136 с.**

ISBN 978-5-907814-39-4

Клинический протокол отражает консенсус экспертов Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) по вопросам прегравидарной подготовки условно здоровых пар, женщин, страдающих гинекологическими или экстрагенитальными заболеваниями, а также при привычном невынашивании беременности.

Для повышения качества помощи в прекоцепционном периоде и достижения главной цели планирования гестации — рождения здорового ребёнка — необходимо обсуждать каждое решение совместно с парой, взвешивая потенциальную пользу и возможный риск, рассказывая о доступных альтернативах, а также предупреждая о последствиях отказа от предложенных вмешательств.

Клинический протокол предназначен для врачей акушеров-гинекологов, других специалистов, оказывающих медицинскую помощь женщинам, врачей общей практики, урологов, акушеров и фельдшеров, сотрудников и руководителей кафедр акушерства и гинекологии, слушателей всех форм последиplomного образования, аспирантов, клинических ординаторов, студентов медицинских высших и средних специальных учебных заведений.

УДК 618.2
ББК 57.16

СОДЕРЖАНИЕ

ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ.....	6	3.3.1. Миома матки	24
ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ.....	6	3.3.2. Эндометриоз.....	25
1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	9	3.4. Синдром поликистозных яичников	26
1.1. Терминология.....	9	3.5. Оперативные вмешательства на матке в анамнезе.....	28
1.2. Важность прегравидарной подготовки	10	4. ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	29
1.3. Планирование зачатия.....	11	4.1. Коморбидность — тренд XXI века	29
1.3.1. Интергенетический интервал	11	4.2. Эндокринные заболевания.....	29
1.3.2. «Период покоя» после выкидыша и мертворождения.....	12	4.2.1. Ожирение и метаболический синдром	29
1.3.3. Послеродовая контрацепция	12	4.2.2. Сахарный диабет 2-го типа	30
1.3.4. Особенности прегравидарной подготовки в возрастных группах 19 лет и менее, 35 лет и более	12	4.2.3. Болезни щитовидной железы.....	31
2. ПРЕГАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА УСЛОВНО ЗДОРОВЫХ ПАР.....	13	4.2.4. Гиперпролактинемия	32
2.1. Прегравидарное консультирование	13	4.3. Латентный дефицит железа и железodefицитная анемия.....	34
2.2. Первичное обследование	13	4.4. Воспалительные заболевания почек и мочевых путей	35
2.3. Модификация образа жизни	15	4.5. Заболевания сердца и артериальная гипертензия	38
2.4. Прегравидарная вакцинация.....	16	4.5.1. Артериальная гипертензия	38
2.5. Дотация витаминов и микроэлементов	16	4.5.2. Врождённые пороки сердца	39
2.5.1. Дотация фолатов	16	4.5.3. Приобретённые пороки сердца	39
2.5.2. Профилактика железodefицита	18	4.5.4. Кардиомиопатии	39
2.5.3. Дотация йода	18	4.5.5. Нарушения сердечного ритма и проводимости	39
2.5.4. Дотация витамина D	18	4.6. Заболевания желудочно-кишечного тракта	40
2.5.5. Дотация полиненасыщенных жирных кислот	19	4.6.1. Запоры	40
3. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОТЯГОЩЁННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ	20	4.6.2. Синдром раздражённого кишечника	41
3.1. Воспалительные заболевания и дисбиозы	20	4.6.3. Синдром мальабсорбции.....	41
3.1.1. Заболевания, сопровождающиеся патологическими выделениями из половых путей	20	4.6.4. Неалкогольная жировая болезнь печени.....	41
3.1.2. Воспалительные заболевания органов малого таза.....	22	4.7. Хронические вирусные инфекции.....	42
3.1.3. Хронический эндометрит.....	22	4.7.1. ВИЧ-инфекция	42
3.2. Заболевания шейки матки и папилломавирусная инфекция.....	23	4.7.2. Вирусные гепатиты В и С.....	43
3.3. Пролиферативные заболевания	24	5. ПРЕГАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ.....	44
		5.1. Общий план обследования	44
		5.2. Генетическое обследование	45
		5.3. Недостаточность лютеиновой фазы, дефицит прогестерона.....	45

5.4. Аномалии развития матки как причина привычного невынашивания	46
5.5. Антифосфолипидный синдром.....	47
5.6. Врождённая дисфункция коры надпочечников	48
5.7. Мужской фактор привычного вынашивания беременности	48
6. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ	49
7. МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫЕ В ПЕРИОД ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ.....	50

8. ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОК	50
9. МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА	51
10. ЛИТЕРАТУРА	52
КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРОТОКОЛОМ?.....	53
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ИНФОРМАЦИЯ О ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВАХ И БАД ДЛЯ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЖЕНЩИН ПРИ ПОДГОТОВКЕ К БЕРЕМЕННОСТИ	54
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. НЕКОТОРЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ	104



Интеллектуальная элита репродуктивной медицины

mars-repro.ru
info@mars-repro.ru



spnavigator



ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. **Радзинский В.Е.** (Москва), проф. **Аганезова Н.В.** (Санкт-Петербург), проф. **Андреева М.Д.** (Краснодар), проф. **Артымук Н.В.** (Кемерово), проф. **Балан В.Е.** (Москва), засл. врач РФ, проф. **Башмакова Н.В.** (Екатеринбург), засл. врач РФ, проф. **Белокриницкая Т.Е.** (Чита), засл. врач РФ, проф. **Белоцерковцева Л.Д.** (Сургут), проф. **Волков В.Г.** (Тула), доц. **Волков Р.В.** (Москва), **Гайанова Н.Н.** (Казань), доц. **Головченко О.В.** (Белгород), проф. **Гомберг М.А.** (Москва), проф. **Гордон К.В.** (Сочи), канд. биол. наук **Гущин А.Е.** (Москва), канд. мед. наук **Давыденко Н.Б.** (Екатеринбург), доц. **Добряков И.В.** (Санкт-Петербург), канд. мед. наук **Дьяконов С.А.** (Москва), канд. мед. наук **Емельяненко Е.С.** (Ростов-на-Дону–Москва), проф. **Жаркин Н.А.** (Волгоград), проф. **Зазерская И.Е.** (Санкт-Петербург), проф. **Замалева Р.С.** (Казань), **Иванов А.В.** (Москва), проф. **Каткова Н.Ю.** (Нижний Новгород), доц. **Князев С.А.** (Москва), проф. **Кузнецова И.В.** (Москва), засл. врач РФ, проф. **Кукарская И.И.** (Тюмень), проф. **Лебеденко Е.Ю.** (Ростов-на-Дону), проф. **Логутова Л.С.** (Москва), канд. мед. наук **Маклецова С.А.** (Москва), засл. врач РФ, проф. **Мальгина Г.Б.** (Екатеринбург), доц. **Мартиросян С.В.** (Екатеринбург), проф. **Мингалёва Н.В.** (Краснодар), засл. врач РФ, проф. **Михайлов А.В.** (Санкт-Петербург), доц. **Молчанова И.В.** (Барнаул), проф. **Олина А.А.** (Санкт-Петербург), засл. врач РФ, проф. **Пенжоян Г.А.** (Краснодар), доц. **Перевозкина О.В.** (Москва), засл. врач РФ, проф. **Петрухин В.А.** (Москва), проф. **Попандопуло В.А.** (Майкоп), засл. деятель науки РФ, засл. врач РФ, проф. **Посисеева Л.В.** (Москва–Иваново), канд. мед. наук **Раевская О.А.** (Москва), проф. **Роговская С.И.** (Москва), проф. **Рымашевский А.Н.** (Ростов-на-Дону), докт. мед. наук **Савельева И.В.** (Омск), засл. деятель науки РФ, проф. **Савичева А.М.** (Санкт-Петербург), проф. **Сахаутдинова И.В.** (Уфа), проф. **Селихова М.С.** (Волгоград), проф. **Синчихин С.П.** (Астрахань), проф. **Стуклов Н.И.** (Москва), проф. **Тетелютин Ф.К.** (Ижевск), засл. врач РФ, проф. **Ткаченко Л.В.** (Волгоград), проф. **Фаткуллин И.Ф.** (Казань), засл. деятель науки РФ, проф. **Хамошина М.Б.** (Москва), проф. **Хрянин А.А.** (Новосибирск), засл. врач РФ, проф. **Цхай В.Б.** (Красноярск), доц. **Шестакова И.Г.** (Москва), проф. **Шилин Д.Е.** (Москва), проф. **Яшук А.Г.** (Уфа).

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

ACOG	American college of obstetricians and gynecologists, Американская коллегия акушеров-гинекологов
ACR	American college of rheumatology, Американская коллегия ревматологов
AFS	American fertility society, Американское общество фертильности
ASCUS	atypical squamous cells of undetermined significance, атипичские клетки плоского эпителия неясного значения
ASRM	American society for reproductive medicine, Американское общество репродуктивной медицины
CDC	Centers for disease control and prevention, Центры по контролю и профилактике заболеваний США
CIN	cervical intraepithelial neoplasia, цервикальная интраэпителиальная неоплазия
EAU	European Association of Urology, Европейская ассоциация урологии
EFI	Endometriosis fertility index, индекс фертильности при эндометриозе
ESHRE	European society of human reproduction and embryology, Европейское общество репродукции человека и эмбриологии
EULAR	European alliance of associations for rheumatology, Европейский альянс ревматологических ассоциаций
FIGO	Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, Международная федерация акушеров-гинекологов
HSIL	high-grade squamous intraepithelial lesions, плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени
ISTH	International society on thrombosis and haemostasis, Международное общество специалистов по тромбозу и гемостазу

LSIL	low-grade squamous intraepithelial lesions, плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени
MCH	mean corpuscular haemoglobin, среднее содержание гемоглобина в эритроците
MCV	mean corpuscular volume, средний объём эритроцита
MTHFR	метилентетрагидрофолатредуктаза
NICE	National institute for health and care excellence, Национальный институт охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи Великобритании
NYHA	New York heart association, Нью-Йоркская кардиологическая ассоциация
PMOS	polyendocrine metabolic ovarian syndrome, полиэндокринный метаболический овариальный синдром
RANZCOG	Royal Australian and New Zealand college of obstetricians and gynaecologists, Королевская коллегия акушеров и гинекологов Австралии и Новой Зеландии
RDW	red cell distribution width, ширина распределения эритроцитов по объёму
SOGC	Society of obstetricians and gynaecologists of Canada, Общество акушеров-гинекологов Канады
UNICEF	United Nations international children's emergency fund, Детский фонд Организации Объединённых Наций
UNIMMAP	United Nations international multiple micronutrient antenatal preparation, поливитаминный препарат для антенатальной подготовки по международному стандарту ООН
USPSTF	US preventive services task force, Независимая группа профилактических служб США
AB	аэробный вагинит
AG	артериальная гипертензия
аГнРГ	агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона
АД	артериальное давление
АМГ	антимюллеров гормон
АРТ	антиретровирусная терапия
АТ	антитело
АФС	антифосфолипидный синдром
БАД	биологически активная добавка
БВ	бактериальный вагиноз
ВДКН	врождённая дисфункция коры надпочечников
ВЗОМТ	воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВМК	витаминно-минеральный комплекс
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПГ	вирус простого герпеса
ВПр	врождённый порок развития
ВПС	врождённый порок сердца
ВПЧ	вирус папилломы человека
ВРТ	вспомогательные репродуктивные технологии
ГСД	гестационный сахарный диабет
ДНТ	дефект нервной трубки
ЖДА	железодофицитная анемия
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
ЗРП	задержка роста плода
ИИ	интергенетический интервал
ИМТ	индекс массы тела
ИППП	инфекции, передаваемые половым путём
КВВ	кандидозный вульвовагинит
КОК	комбинированный оральные контрацептивы
КС	кесарево сечение
ЛГ	лютеинизирующий гормон

ЛС	лекарственное средство
МАРС	Междисциплинарная ассоциация специалистов репродуктивной медицины
MPT	магнитно-резонансная томография
НАЖБП	неалкогольная жировая болезнь печени
НЛФ	недостаточность лютеиновой фазы
НПВС	нестероидное противовоспалительное средство
ПГТ	преимплантационное генетическое тестирование
ПМОС	полиэндокринный метаболический овариальный синдром
ПНБ	привычное невынашивание беременности
ПНЖК	полиненасыщенные жирные кислоты
ПП	прегравидарная подготовка
ПР	преждевременные роды
ПРПО	преждевременный разрыв плодных оболочек
ПЦР	полимеразная цепная реакция
ПЭ	преэклампсия
РАЭ	Российская ассоциация эндокринологов
РОАГ	Российское общество акушеров-гинекологов
СД	сахарный диабет
СПИД	синдром приобретённого иммунодефицита
СПЯ	синдром поликистозных яичников
СРК	синдром раздражённого кишечника
ТТГ	тиреотропный гормон
УДД	уровень достоверности доказательств
УЗИ	ультразвуковое исследование
УУР	уровень убедительности рекомендаций
ФАП	фельдшерско-акушерский пункт
ФСГ	фолликулостимулирующий гормон
ЦМВ	цитомегаловирус
ЭКГ	электрокардиография
ЭКО	экстракорпоральное оплодотворение

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Терминология

- **Прегравидарная подготовка** (ПП, от лат. *gravida* — беременная, *pre* — предшествующий) — комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на подготовку пары к успешному зачатию, нормальному течению беременности и рождению здорового ребёнка, на оценку имеющихся факторов риска и устранение/уменьшение их влияния.

Комментарий. В англоязычной литературе используют термины «*pre-pregnancy care*» (от англ. *pregnancy* — беременность) и «*preconception care*» (от англ. *conception* — зачатие). Согласно Глобальному консенсусу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (2012)¹, первый из них — «*pre-pregnancy care*» — применяют для облегчения понимания проблемы населением; в то же время он предполагает, что всю ответственность за наступление и исход беременности несёт женщина (что неверно). Второй — «*preconception care*» — более правилен и подразумевает профилактические мероприятия в отношении пар (как состоящих, так и не состоящих в браке).

Выделяют «*proximal preconception care*» (в течение 2 лет до зачатия) и «*distal preconception care*» (без временных ограничений). Цель профилактических мероприятий (медицинских, социальных, направленных на изменение образа жизни, уменьшение влияния персональных факторов риска и вредных внешних воздействий) — улучшение состояния здоровья матери и ребёнка как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе.

- **Репродуктивное просвещение** — комплекс мероприятий, направленных на повышение информированности граждан о своих правах, возможностях и наиболее целесообразных тактиках для сохранения здоровья при реализации сексуальной и репродуктивной функций.

Комментарий. Согласно руководству ВОЗ (2018)², цель репродуктивного просвещения — сформировать у детей и молодёжи научно обоснованные знания, умения и ценностные установки, которые помогут ответственно относиться к своему здоровью, благополучию и личному достоинству; строить уважительные взаимоотношения; понимать, как те или иные решения влияют на благополучие себя и окружающих; осознавать и защищать свои права.

ВОЗ регулярно публикует рекомендации по повышению эффективности репродуктивного про-

свещения³. В 2013 году Государственная дума РФ ратифицировала Конвенцию Совета Европы о защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуального насилия⁴, в которой сказано о необходимости включения в программы школьного образования соответствующей информации, которая предоставляется «в более широком контексте полового воспитания».

- **Планирование семьи** — комплекс мероприятий, направленных на наступление желанной беременности в сроки, благоприятные с психологической и медицинской точки зрения и повышающие вероятность нормального течения гестации и рождения здорового ребёнка, а также на предотвращение абортов с целью снижения материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

Комментарий. Согласно руководству ВОЗ (2022)⁵, самостоятельность принятия решений, когда и сколько детей следует рожать, — одно из основных прав человека. Медицинские работники обязаны помогать людям в его реализации, в том числе содействовать в выборе метода контрацепции, оптимального для конкретной пары.

Если очный приём невозможен, пациентке следует обратиться к телемедицине: мессенджерам, телефонной и видеосвязи, электронной почте, мобильным приложениям, разработанным экспертами. Специалист проведёт консультацию по вопросам семейного планирования, что позволит предупредить осложнения, ассоциированные с рискованным репродуктивным поведением.

- **Интергенетический интервал** (ИИ, от лат. *inter* — между и греч. *genesis* — рождение) — период времени между рождением ребёнка и наступлением следующей беременности.

Комментарий. В англоязычной литературе используют термины «*birth spacing*», «*interpregnancy interval*» и «*birth to pregnancy interval*». Кроме того, выделяют периоды от предыдущего живорождения до последующего («*interdelivery interval*», «*birth to birth interval*»), а также между любыми последовательными исходами беременности, включая аборт и мертворождение («*inter-outcome interval*»)⁶.

- **Акушерский риск** — риск гибели или патологического состояния женщины во время беременности, родов и в послеродовом периоде, а также риск смерти/тяжёлого состояния плода/новорождённого⁷.

Комментарий. Стратегия риска в акушерстве предусматривает выделение групп женщин, у ко-

торых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерскими или экстрагенитальными патологическими состояниями⁸. Оценивают как интегральный риск, так и вероятность конкретных осложнений.

- **Перинатальный риск** — риск гибели или патологического состояния плода/новорождённого в перинатальном периоде.

Комментарий. Чтобы избежать конкретного неблагоприятного события, надо сначала определить причину его возникновения и механизм развития и тогда уже принимать меры противодействия. В соответствии с этой парадигмой была создана специальная шкала, позволяющая в числовом выражении определить группу риска беременной и необходимые условия родоразрешения.

Современная шкала перинатального риска (2021)⁹ составлена на основе системы, разработанной в 1981 году О.Г. Фроловой, Г.С. Мучиевым и Е.И. Николаевой¹⁰, поскольку время доказало её эффективность, а заложенный в неё алгоритм действий (определение риска — маршрутизация — тактика родоразрешения) не потерял своей актуальности.

Шкала содержит факторы, которые повышают вероятность неблагоприятного исхода в родах, объединённые в шесть подгрупп:

- социально-биологические;
- анамнестические;
- экстрагенитальные заболевания матери;
- осложнения беременности;
- скрининг;
- состояние плода.

Большинство из этих факторов можно выявить и нивелировать на этапе ПП. Основная задача подсчёта имеющегося перинатального риска — определить уровень лечебного учреждения, оптимально подходящий для родоразрешения конкретной беременной.

Направлять на родоразрешение следует в соответствующий группе риска стационар (низкий риск — I уровень, средний — II, высокий — III), но не нарушая действующий Порядок оказания акушерской помощи.



Шкала
перинатального риска
179000

Если вы хотите посмотреть шкалу на компьютере или ноутбуке, зайдите на сайт praesens.ru и в строке поиска введите 6-значное число, расположенное под QR-кодом.

1.2. Важность прегравидарной подготовки

- **Пропаганда планирования беременности и подготовки к ней** — обязанность каждого медработника, направленная на реализацию прав на охрану здоровья и медицинскую помощь, государственную поддержку семьи, материнства и детства.

Комментарий. По данным исследования под эгидой ВОЗ (2020)¹¹, каждая четвёртая беременность в мире — незапланированная, что приводит к 25 млн небезопасных аборт и 47 тыс. смертей женщин ежегодно. Основной причиной эксперты считают сложность получения профессиональных услуг по планированию семьи (в результате более 56% беременных вообще не использовали противозачаточные средства в течение 5 лет до зачатия, а 10% практикуют прерванный половой акт или календарный метод).

По результатам многоцентрового ретроспективного исследования 2024–2025 годов (n=1360 пациенток в I триместре из 46 городов РФ), многие россиянки игнорируют необходимость комплекса анализов и консультаций у специалистов перед гестацией или вовсе не знают о них¹¹. Полноценную ПП проходят только 4% пар. Более половины будущих матерей (58,4%) и отцов (70%) не проходят никаких обследований в рамках ПП. В рамках планирования беременности всего 9,2% женщин принимают необходимые витаминно-минеральные препараты, многие «стартуют» слишком поздно — только после 12 нед или в середине прегравидарного периода. Большинство пациенток (87,8%) не вакцинируются в течение года перед беременностью по причине отсутствия осведомлённости или отказа от подобной тактики. Перед гестацией курят 37,5% женщин, четверть из которых продолжают эту практику даже во время беременности.

- **Адекватная ПП позволяет значительно снизить риски для жизни и здоровья конкретной беременной/роеницы/родильницы и плода/ребёнка.**

Комментарий. Шансы на успешное зачатие (в том числе с применением вспомогательных репродуктивных технологий [ВРТ]), вынашивание беременности и рождение здорового ребёнка повышаются при отказе партнёров от вредных привычек, на фоне модификации образа жизни^{12,13}, нормализации массы тела. Необходимы также мероприятия с участием врача — коррекция уровня половых гормонов^{14,15}, устранение дефицита витаминов и микроэлементов^{16–21}, лечение имею-

щихся заболеваний^{22–24}. Объём ПП определяют индивидуально, в зависимости от результатов обследования пары, что позволяет не только избежать полипрагмазии, но и повысить комплаентность пациентов.

- Системно проводимая ПП влияет на улучшение популяционных показателей.

Комментарий. Увеличение охвата ПП может способствовать снижению материнской и младенческой смертности и заболеваемости; распространённости врождённых пороков развития (ВПР) и хромосомных аномалий; частоты преждевременных родов (ПР); количества самопроизвольных абортов; осложнений беременностей, требующих госпитализации; уменьшить социальные, психологические и экономические последствия, связанные с выхаживанием и реабилитацией детей-инвалидов^{25–32}.

- Диагностические, лечебные и профилактические мероприятия в отношении любой женщины репродуктивного возраста, которая не возражает против беременности (не будет её прерывать в случае зачатия), следует рассматривать с позиций ПП.

Комментарий. Начало превентивных мероприятий, направленных на обеспечение нормального течения гестации и рождение здорового ребёнка, после установления факта беременности следует считать поздним: закладка многих органов и систем плода уже произошла, и профилактика часто оказывается неэффективной.

1.3. Планирование зачатия

1.3.1. Интергенетический интервал

- Промежуток времени между рождением ребёнка и наступлением следующей беременности должен составлять не менее 2 лет (руководство ВОЗ, 2022)⁵.

Комментарий. В ряде исследований^{33–36} показано, что с повышенным перинатальным риском связан ИИ менее 18 и более 59 мес. В то же время 2-летний ИИ соответствует рекомендации ВОЗ и Детского фонда Организации Объединённых Наций (United Nations international children's emergency fund, UNICEF)³⁷ об аналогичной продолжительности грудного вскармливания. Длительность ИИ, оптимальная для конкретной пары, зависит от многих факторов: исхода и способа родоразрешения предыдущей беременности, состояния здоровья женщины, социально-экономического поло-

жения и т.д. (так, для пациенток в возрасте 35 лет и старше ИИ может быть короче).

- Короткий ИИ связан с повышенным риском преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО), ПР, низкой массы тела при рождении, малых размеров плода для гестационного возраста, ВПР, аутизма и шизофрении у ребёнка, гибели плода/новорождённого, анемии у матери, преэклампсии (ПЭ), материнской смерти, мертворождения, разрыва матки после предшествующего кесарева сечения (КС).

Комментарий. Понятие «короткий ИИ» не стандартизировано: разные авторы указывают на промежуток от 3 до 18 мес. Кроме того, на исход гестации могут влиять факторы, ассоциированные с коротким ИИ (социально-экономический статус, образ жизни, сопутствующие заболевания).

ИИ менее 6 мес ассоциирован с повышенным риском ранних ПР³⁸, низкой массы тела при рождении^{39,40}, малых размеров плода для гестационного возраста⁴¹, анемии у матери и кровотечения в III триместре⁴², предлежания и отслойки плаценты^{43,44}, материнской смерти^{45,46}. При ИИ менее 12 мес у детей чаще диагностируют аутизм⁴⁷ и шизофрению⁴⁸; при любом из этих ИИ более вероятны ПР^{49,50}, заболевания в неонатальном периоде⁵¹, младенческая смерть⁵². При ИИ менее 12–18 мес чаще регистрируют ПРПО⁵³, менее 6 мес — ВПР⁵⁴.

- Длительный ИИ (5 лет и более) может быть связан с повышенным перинатальным риском.

Комментарий. ИИ более 59 мес ассоциирован с повышенным риском ПЭ^{55,56}, дистонии плечиков⁵⁷ и неонатальной заболеваемости⁵⁸. Акушеру-гинекологу следует информировать о желательной продолжительности ИИ каждую женщину, планирующую рождение следующего ребёнка. Лечащий врач беременной с предшествующим длительным ИИ должен учитывать указанные риски при ведении пациентки.

- При наличии ПЭ или ПР в анамнезе применяют общую рекомендацию ВОЗ: ИИ не менее 2 лет.

Комментарий. У беременных с указанием на ПЭ в анамнезе риск повторного развития этого осложнения возрастает при ИИ менее 12 мес⁵⁹. У женщин с ПР в анамнезе риск повторного досрочного родоразрешения увеличивается при ИИ менее 6 мес⁶⁰.

- После КС применяют общую рекомендацию ВОЗ: ИИ не менее 2 лет.

Комментарий. Риск разрыва матки у перенёсших КС возрастает при ИИ менее 6 мес, а риск предлежания и отслойки плаценты — если между родоразрешениями прошло менее 12 мес⁶¹.

- Перед применением ВРТ ИИ должен быть не короче 12 мес.

Комментарий. У пациенток, вступивших в цикл ВРТ менее чем через 12 мес после предыдущих родов, отмечают повышенный риск ПР и низкой массы тела ребёнка при рождении⁶². В возрасте до 35 лет применяют общую рекомендацию ВОЗ: ИИ не менее 2 лет.

- С учётом риска снижения фертильности у пациенток в возрасте 35 лет и более рекомендованный ИИ составляет 12 мес.

Комментарий. У женщин старше 35 лет возрастает частота ПР, рождения маловесного ребёнка, артериальной гипертензии (АГ), гестационного сахарного диабета (ГСД), предлежания и отслойки плаценты, ВПР, хромосомных аномалий плода⁶³. Риск гибели от причин, связанных с беременностью и родами, у женщин 35–39 лет в 2,5 раза выше, а после 40 лет — в 5,3 раза выше, чем в возрастной категории 20–30 лет⁶⁴. В то же время риск смерти или тяжёлой заболеваемости дополнительно увеличивается у таких пациенток при ИИ 6 мес и менее⁶⁵. С учётом снижения фертильности, рисков и большей вероятности бесплодия в этой возрастной группе рекомендованный ИИ составляет 12 мес.

1.3.2. «Период покоя» после выкидыша и мертворождения

- После самопроизвольного или искусственного аборта целесообразно откладывать зачатие на 6 мес и более.

Комментарий. Ранее эксперты ВОЗ рекомендовали воздерживаться от беременности после выкидыша или искусственного аборта в течение 6 мес. Меньший промежуток времени до зачатия не повышает риска повторного выкидыша и ПР, развивающейся беременности, низкой массы тела при рождении и ПЭ⁶⁶. В то же время следует информировать пациентку, что при ИИ менее 7 мес вероятность тревожных и депрессивных состояний возрастает⁶⁷. Обращение к перинатальному психологу целесообразно для предупреждения этих осложнений и патологического горевания.

- Риск повторного мертворождения не зависит от продолжительности ИИ.

Комментарий. В целом риск повторного мертворождения выше, чем первого, но он не зависит от продолжительности ИИ^{68,69}.

1.3.3. Послеродовая контрацепция

- Для обеспечения необходимого ИИ консультацию по вопросам контрацепции нужно проводить до выписки из родильного дома.

Комментарий. Надёжная контрацепция, подобранная с учётом критериев приемлемости методов и потребностей пациентки, — единственная гарантия соблюдения рекомендованного ИИ⁷⁰.

Лактационную аменорею можно считать методом предупреждения беременности только в первые 6 мес после родов на фоне эксклюзивного грудного вскармливания (без допаивания и докорма)⁷¹.

При несоблюдении этих условий необходимо использовать:

- барьерную контрацепцию;
- чисто прогестиновые оральные контрацептивы (сразу после родов);
- подкожные контрацептивные имплантаты (с 6 нед после родов, а при условии дополнительного наблюдения — с 3-х суток);
- внутриматочные системы с левоноргестрелом (через 4 нед после естественных родов либо через 6 нед после КС) или медью (в первые 48 ч или через 4 нед после родов).

Комбинированные эстроген-гестагенные средства допустимо назначать через 6 мес после родов без прекращения грудного вскармливания. Если женщина не кормит грудью, она может начать использовать комбинированные препараты через 42 дня после родоразрешения; при необходимости более раннего назначения следует оценить риск венозной тромбоэмболии.

Надёжные методы предохранения от нежеланной беременности, например гормональная контрацепция, обеспечивают рекомендованный ИИ в 1,9 раза лучше, чем барьерные методы, а пролонгированная гормональная контрацепция — в 3,9 раза⁷².

1.3.4. Особенности прегравидарной подготовки в возрастных группах 19 лет и менее, 35 лет и более

- Врач должен информировать подростков о нежелательности наступления беременности до 19-летнего возраста и об эффективных методах её предупреждения. Пациенток до 15 лет необходимо консультировать после получения информированного добровольного согласия законных представителей и в их присутствии.

Комментарий. При анализе 241 беременной у подростков до 19 лет осложнения отметили у 19,5% пациенток (ПЭ — 5,8%), КС выполнили 44,8%, ПР произошли у 27%; дистресс плода наблюдали в 28,7% родов. 13,3% новорождённых нуждались в лечении в отделении интенсивной терапии, 25,3% из них потребовалась повторная госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых в течение 1 мес⁷³.

2. ПРЕГНАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА УСЛОВНО ЗДОРОВЫХ ПАР

- ПП — неотъемлемая часть первичной медико-санитарной помощи женщинам репродуктивного возраста.

Комментарий. Первичная медико-санитарная помощь включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения¹. Одна из функций женских консультаций — оказание услуг и консультирование по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортов и подготовки к беременности и родам². В сельской местности проведение мероприятий по профилактике заболеваний, охране семьи, материнства, отцовства и детства возложено на фельдшерско-акушерские пункты (ФАП)³.

- Мероприятия по ПП могут быть оказаны как в рамках программы государственных гарантий, так и на платной основе.

Комментарий. Перечень профилактических мероприятий, проводимых в рамках программы государственных гарантий, определён приказами Минздрава РФ. В то же время граждане имеют право на получение по своему желанию платных медицинских услуг¹. При заключении соответствующего договора заказчику должна быть предоставлена информация о медицинской помощи, доступной по программе государственных гарантий⁴.

2.1. Прегнавидарное консультирование

- Акушеру-гинекологу и акушерке ФАП необходимо активно выяснять намерения женщины репродуктивного возраста в отношении деторождения.

- Пациентки 35 лет и более нуждаются в расширении программы ПП с учётом более высоких рисков для здоровья женщины и новорождённого.

У беременных в возрасте 35 лет и более в сравнении с женщинами 24–27 лет чаще регистрируют сахарный диабет (СД) и АГ, выполняют экстренное КС, и у них больший риск рождения маловесных детей⁷⁴.

Комментарий. Поскольку репродуктивные планы, состояние здоровья и факторы риска могут со временем меняться, прегнавидарное консультирование нужно проводить регулярно и независимо от того, использует пациентка противозачаточные средства или нет^{5,6}.

- Цель прегнавидарного консультирования — мотивировать пару на осознанную подготовку к будущей беременности, отказ от вредных привычек и модификацию образа жизни.

Комментарий. Консультирование рекомендовано начинать с вопроса «Хотели бы вы забеременеть в следующем году?». При беседе нужно обратить внимание на важность выявления у обоих половых партнёров и устранения факторов риска, которые оказывают негативное влияние на возможность зачатия, течение беременности и репродуктивные исходы, а также разъяснять порядки действий для этого^{5,7}.

- Выдача персональных рекомендаций значительно повышает эффективность прегнавидарного консультирования.

Комментарий. Разработанные специалистами информационные листовки и электронные памятки помогают пациентам правильно понимать суть рекомендаций и порядок действий^{8–10}.

2.2. Первичное обследование

- При сборе анамнеза необходимо выявить факторы риска, которые могут оказать влияние на реализацию репродуктивной функции.

Комментарий. Рекомендовано получить следующую информацию.

— Перенесённые острые и хронические заболевания (включая воспалительные заболевания органов малого таза [ВЗОМТ] и инфекции, пе-

редаваемые половым путём [ИППП]), операции, травмы, эпизоды тромбоза.

- Наличие наследственных заболеваний у родственников 1-й и 2-й степени родства (родителей, детей, родных братьев и сестёр, дядь и тётей, племянников), а также заболеваний с наследственной предрасположенностью (инсульта, инфаркта миокарда, тромбозов, АГ, онкологических заболеваний, эндокринопатий) у родственников 1-й степени родства (родителей, детей, родных братьев и сестёр).
- Наличие вредных производственных факторов.
- Бытовые условия.
- Особенности пищевого поведения.
- Наличие вредных привычек.
- Приём медикаментов, аллергические реакции.
- Менархе, длительность менструального цикла, регулярность и болезненность менструаций, обильность кровопотери, наличие олигоменореи в подростковом возрасте (фактор риска невынашивания).
- Коитархе, сексуальная активность, количество половых партнёров за последние 6 мес, применяемые методы контрацепции (вид, длительность).
- Число и исход предыдущих беременностей, факты рождения детей с ВПР, мертворождения, эктопической беременности, использования ВРТ, осложнений после аборт и во время предыдущих беременностей (ПЭ, ГСД, ПР, задержки роста плода [ЗРП], отслойки плаценты и т.д.).
- Отсутствие беременности при регулярной половой жизни без использования методов контрацепции в течение 1 года, невынашивание беременности (уточнить число случаев).
- Наличие в анамнезе трансфузий крови и её компонентов, профилактики резус-изоиммунизации путём введения иммуноглобулина человека антирезус Rho(D), рождения детей с признаками гемолитической болезни новорождённых, родов, медицинских и самопроизвольных абортов, внематочных беременностей у женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови при резус-положительном партнере.

• При физикальном обследовании необходимо в первую очередь обратить внимание на признаки заболеваний (состояний), ассоциированных со снижением фертильности и осложнениями беременности.

Комментарий. Рекомендовано оценить следующие параметры.

- Индекс массы тела (ИМТ, норма для взрослых: $18,5\text{--}24,9\text{ кг/м}^2$)¹¹.
- Окружность талии (норма для женщин — менее 80 см, для мужчин — менее 94 см)¹².
- Наличие себореи, гирсутизма, акне, стрий, гиперпигментации кожных складок, недоразвития молочных желёз, выделений из сосков.

• Рекомендовано измерять артериальное давление (АД) на первичном приёме¹³.

Комментарий. Нормальное АД: систолическое не более 130 мм рт.ст, диастолическое не более 85 мм рт.ст. АД в коридоре 130–139/85–89 мм рт.ст. считают высоким нормальным. В этой ситуации рекомендовано повторно измерить АД через 15 мин. Если АД остаётся повышенным, пациентку направляют на консультацию к кардиологу и рекомендуют динамическое наблюдение с ведением дневника измерений АД.

Согласно обновлённым клиническим рекомендациям по профилактике и лечению артериальной гипертензии (2025) Американской коллегии кардиологов (American college of cardiology, ACC) и Американской кардиологической ассоциации (American heart association, AHA) принята новая классификация уровней АД¹⁴.

- Нормальное: менее 120/80 мм рт.ст.
- Повышенное: САД 120–129 мм рт.ст. и ДАД менее 80 мм рт.ст.
- АГ 1-й стадии: 130–139/80–89 мм рт.ст.
- АГ 2-й стадии: 140/90 мм рт.ст. и выше.

• При гинекологическом осмотре необходимы рутинная оценка pH вагинального отделяемого и забор биоматериала для лабораторных исследований.

Комментарий. Рекомендованы следующие лабораторные исследования.

- Микроскопия мазка, окрашенного по Граму.
- Полимеразная цепная реакция (ПЦР-тест) для определения *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*.
- Цитологическое исследование мазков с области эктоцервикса и из цервикального канала.
- Тест на вирус папилломы человека (ВПЧ-тест) (в возрасте 30 лет и старше).

Возможна комплексная оценка микробиоценоза влагалища с помощью ПЦР-тестов.

• Рекомендовано оценить результаты лабораторных исследований, предусмотренных порядком проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации¹⁵.

Комментарий. Лабораторные методы исследования при подготовке к беременности направлены

на выявление возможных заболеваний/состояний (в первую очередь корректируемых), которые могут негативно повлиять на течение гестации.

- Общий анализ мочи.
- Определение уровня глюкозы в плазме венозной крови (норма для небеременных до 6,1 ммоль/л) или капиллярной крови (норма до 5,6 ммоль/л).
- Клинический анализ крови:
 - количество эритроцитов (RBC, норма 3,5–5,1×10¹²/л);
 - концентрация гемоглобина (Hb, норма для небеременных 120–155 г/л);
 - среднее содержание гемоглобина в эритроците (mean corpuscular haemoglobin, MCH, норма 27–34 пг);
 - средний объём эритроцита (mean corpuscular volume, MCV, норма 79–100 фл);
 - распределение эритроцитов по объёму (показатель анизоцитоза, red cell distribution width, RDW, норма 11,6–14,8%);
 - количество тромбоцитов и лейкоцитов (нормы 150–400×10⁹/л и 4–11×10⁹/л соответственно).
- Определение группы крови и резус-фактора (при отрицательном резус-факторе женщины необходимо уточнить резус-принадлежность партнёра).
- Определение сывороточных антител к бледной трепонеме, антигенов и антител вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)-1 и -2, выявление HBsAg, анти-HCV.
- Определение концентрации тиреотропного гормона (ТТГ).

- **Рекомендовано направлять женщину на определение антител класса G и класса M к вирусу краснухи (*Rubella virus*).**

Комментарий. Необходимо информировать пациентку о рисках, связанных с инфицированием краснухой во время беременности. Рутинное исследование всего TORCH-комплекса не рекомендовано ввиду низкой специфичности и высокой вероятности ложноположительных результатов. Однако женщину следует предупредить о том, что во время беременности ей необходимо избегать контакта с объектами внешней среды, которые могут быть загрязнены продуктами жизнедеятельности представителей семейства кошачьих.

- **При наличии медицинских показаний (в том числе пациенткам групп риска) рекомендовано назначить дополнительные лабораторные исследования.**

Комментарий. Перечисленные ниже лабораторные исследования пока не входят в перечень обязательных, однако выявленные отклонения результатов ассоциированы с осложнениями гестации. Эти нарушения могут быть скорректированы на прегравидарном этапе, то есть отнесены к управляемым факторам риска.

- Определение концентрации в крови гомоцистеина (норма до 10 мкмоль/л). Повышение показателя свидетельствует о критичных нарушениях фолатного цикла и высоком риске формирования ВПР и осложнений беременности (ПР, плацентарной недостаточности)^{16,17}.
- Определение в сыворотке крови концентрации 25(OH)D пациенткам с ИМТ 30 кг/м² и более с указанием на ПЭ, ГСД или невынашивание беременности в анамнезе (норма 75–150 нмоль/л или 30–60 нг/мл)^{18,19}.

- **Рекомендовано направить женщину на ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза и молочных желёз, консультации терапевта и стоматолога, мужчин — на консультацию уролога.**

Комментарий. Трансвагинальное УЗИ органов малого таза выполняют на 5–7-й день менструального цикла, УЗИ молочных желёз — на 5–11-й день менструального цикла. Пациенткам старше 40 лет показана маммография.

Консультация уролога мужчине показана в следующих случаях (при необходимости — с анализом спермограммы):

- возраст более 40 лет;
- заболевания репродуктивной системы, ИППП (в настоящее время или в анамнезе);
- наличие вредных условий труда (в настоящее время или в анамнезе);
- обследование пары с бесплодием.

2.3. Модификация образа жизни

- **Курение, пассивное вдыхание табачного дыма, злоупотребление алкоголем, применение наркотических и психотропных средств отрицательно влияют на фертильность, вынашивание и исход беременности.**

Комментарий. Злоупотребление алкоголем до зачатия снижает вероятность наступления беременности на 50%, увеличивает риск атрезии пищевода и врождённых пороков сердца (ВПС) плода, послеродовой депрессии²⁰. Чрезмерное увлечение кофеинсодержащими напитками на

преконцепционном этапе повышает вероятность невынашивания, а курение ассоциировано с повышением риска гастрошизиса на 40%^{21,22}. Необходимо:

- при подозрении на наркотическую зависимость, хронический алкоголизм рекомендовать консультацию нарколога;
- предупредить о рисках, ассоциированных с употреблением алкоголя и табачных изделий;
- при подозрении на трудности с самостоятельным отказом от вредных привычек рекомендовать консультацию психолога.

Избыточное употребление алкоголя оказывает неблагоприятное действие на мужскую фертильность (этанол достоверно ухудшает качество спермы, вызывает эректильную дисфункцию), а также повышает вероятность отклонений у будущих детей^{23,24}.

- Желательно снизить стрессовые нагрузки, нормализовать режим сна и бодрствования, обеспечить умеренную физическую нагрузку.

Комментарий. Для создания оптимальных условий для синтеза соматотропина и мелатонина рекомендованы отход ко сну не позднее 23.00 и его длительность 7–8 ч²⁵. Умеренные физические нагрузки ассоциированы со снижением риска невынашивания²⁶.

- Сбалансированный рацион питания и нормализация массы тела повышают вероятность зачатия и нормального течения беременности.

Комментарий. Несбалансированное питание может стать причиной дефицита витаминов, микро- и макроэлементов, повышающих перинатальный риск. Белковый компонент рациона должен составлять не менее 120 г в сутки. Не следует злоупотреблять фруктами (оптимально съедать два крупных плода в день). Целесообразно увеличить потребление рыбы и морепродуктов (более 350 г в неделю), содержащих ω_3 - и ω_6 -полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК)²⁷.

Избыточная масса тела женщины ассоциирована с повышенным риском осложнений беременности и родов²⁸, а ИМТ менее 18,5 — с ВПС плода²⁹.

- Воздействие ионизирующего и электромагнитного излучения оказывает вредное влияние на фертильность³⁰.
- Вероятность зачатия максимальна при частоте половых актов 3–4 раза в неделю.

Комментарий. Воздержание более 5 дней может отрицательно влиять на количество сперматозоидов^{31,32}.

2.4. Прегравидарная вакцинация

- Вакцинацию, согласно Национальному календарю прививок и календарю прививок по эпидемиологическим показаниям^{33,34}, необходимо провести до наступления беременности.

Комментарий. Вакцинацию проводят:

- против дифтерии и столбняка — каждые 10 лет от момента последней ревакцинации;
- против вирусного гепатита В — не привитых ранее;
- против краснухи — женщин до 25 лет включительно, не болевших, не привитых, привитых однократно или не имеющих сведений о прививке;
- против кори — женщин до 35 лет включительно, не болевших, не привитых, привитых однократно и не имеющих сведений о прививках, а в возрасте 36 лет и старше — если они относятся к группе риска, не болели, не привиты, привиты однократно или не имеют сведений о прививках;
- против ветряной оспы — женщин, ранее не привитых и не болевших, не позднее чем за 3 мес до планируемой беременности³⁵;
- против коронавирусной инфекции — женщин старше 18 лет, ранее не болевших и/или не привитых против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, в том числе планирующих беременность пациенток³⁶;
- против гриппа — в предэпидемический период в первую очередь женщин, относящихся к категории высокого риска заболевания и осложнений: лиц, страдающих хроническими патологическими состояниями; пациенток, часто болеющих острыми респираторными вирусными инфекциями; медицинских работников; работников сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений и др.³⁷

2.5. Дотация витаминов и микроэлементов

2.5.1. Дотация фолатов

- Необходимо назначать препараты фолиевой кислоты женщине на протяжении как минимум 3 мес до зачатия и I триместра беременности, а также рекомендовать их приём мужчине.

Комментарий. Дефицит фолатов ассоциирован с ВПР, включая дефекты нервной трубки (ДНТ —

spina bifida и её осложнения: менингоцеле, менингомиелоцеле; энцефалоцеле, энцефаломиелоцеле; анэнцефалия), пороки сердечно-сосудистой системы и головного мозга (не связанные с ДНТ); аномалиями конечностей и мочевыделительной системы, расщелиной верхнего нёба, омфалоцеле, а также с синдромом Дауна^{38,39}. Нехватка фолиевой кислоты связана с повышенным риском ПР, ПЗ и преждевременной отслойки плаценты^{40–42}.

Отдалённые последствия фолатного дефицита у матери в периконцепционный период — низкий индекс психического развития, когнитивные нарушения, повышенный риск онкологических заболеваний, депрессии, аутизма и шизофрении^{43,44}.

У мужчин приём 100 мкг фолатов в день снижает долю аномальных сперматозоидов на 3,6%⁴⁵.

- Для определения адекватной дозы фолатов необходимо оценить степень риска фолатзависимых аномалий развития плода.

Комментарий. Выделяют три основные группы риска фолатзависимых аномалий развития⁴⁶.

I. **Группа низкого риска.** Женщины, у которых отсутствуют указания на фолатзависимые состояния в личном и семейном анамнезе, как и у их партнёра.

II. **Группа умеренного риска.** Женщины, для которых верно хотя бы одно из следующих утверждений, или верны утверждения 1 и/или 2 — для их партнёра.

1. Наличие аномалий развития (ВПС, дефектов орофациальной области, мочевых путей, конечностей, врождённой гидроцефалии) в личном или семейном анамнезе.

2. ДНТ у родственников 1-й или 2-й степени родства.

3. СД 1-го или 2-го типа до зачатия.

4. Приём препаратов, нарушающих всасывание или обмен фолатов (карбамазепина, вальпроевой кислоты, фенитоина, примидона, фенobarбитала, метформина, метотрексата, сульфасалазина, триамтерена, триметоприма, холестирамина).

5. Избыточная масса тела или ожирение (ИМТ 30–34,9 кг/м²).

6. Синдром мальабсорбции (при болезни Крона, некомпенсированной целиакии, тяжёлых заболеваниях печени, алкоголизме, после шунтирования желудка, диализа).

7. Мутации гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR).

III. **Группа высокого риска.** Женщины, для которых характерно хотя бы одно из следующих утверждений.

1. ДНТ в личном анамнезе.

2. ДНТ в личном анамнезе партнёра.

3. Выявление ДНТ плода при предыдущих беременностях.

4. Ожирение (ИМТ 35 кг/м² и более).

Эксперты Международной федерации акушеров-гинекологов (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, FIGO) рекомендуют всем фертильным женщинам дотацию 400 мкг/сут фолиевой кислоты, а при наличии ожирения или других риск-факторов ДНТ плода — до 5000 мкг⁴⁷. При планировании гестации приём витамина B₉ пациенткам с лишним весом необходимо начинать за 2–3 мес до зачатия и продолжать по меньшей мере до конца I триместра.

- Рекомендованные дозы фолатов составляют: в группе низкого риска — 400 мкг/сут, умеренного риска — до 1000 мкг/сут, высокого риска — до 4000–5000 мкг/сут⁴⁸.

Комментарий. В отечественных клинических рекомендациях «Нормальная беременность» (2024) рекомендован приём 400–800 мкг фолатов за 2–3 мес до наступления гестации и в течение I триместра в виде монопрепаратов или в составе витаминно-минеральных комплексов (ВМК)³⁵. Эксперты Центров по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for disease control and prevention, CDC) и Американской коллегии акушеров-гинекологов (American college of obstetricians and gynecologists, ACOG) считают, что все фертильные женщины должны получать 400 мкг фолиевой кислоты ежедневно^{49,50}. Спецификация стандартного витаминно-минерального комплекса для беременных UNIMMAP (United Nations international multiple micronutrient antenatal preparation, поливитаминного препарата для антенатальной подготовки по международному стандарту ООН) также включает фолиевую кислоту в дозе 400 мкг/сут⁵¹. В рекомендациях Независимой группы профилактических служб США (US preventive services task force, USPSTF) предложена профилактическая доза до 800 мкг/сут для всех пациенток репродуктивного возраста⁵².

В гайдлайне Общества акушеров-гинекологов Канады (Society of obstetricians and gynaecologists of Canada, SOGC) указано, что дотация витамина B₉ необходима в прекоцепционном периоде, на протяжении всей беременности и в течение 4–6 нед после родов (или до завершения грудного вскармливания)⁴⁸. При этом женщин из групп среднего и высокого риска нарушений фолатного статуса, принимавших увеличенную дозу фолиевой кислоты на прегравидарном этапе и в течение I триместра, с 12 нед беременности до завершения лактации переводят на стандартный режим дотации.

- Рекомендована оценка холинового статуса и потребления витамина В₁₂ на преконцепционном консультировании женщин групп риска: с метаболическими нарушениями, при планировании ВРТ, а также при выявлении полиморфизмов генов фолатного цикла⁵³.

Комментарий. Холин играет ключевую роль в эпигенетическом программировании здоровья будущего ребёнка. Его достаточное потребление способствует сохранению процессов метилирования ДНК, снижению риска акушерских осложнений и правильному формированию нервной системы плода, особенно в условиях метаболического стресса или генетических особенностей матери.

- В витаминно-минеральной поддержке рекомендовано целевое потребление холина на уровне не менее 400–450 мг/сут⁵³.

Комментарий. Учитывая, что у подавляющего большинства женщин наблюдают алиментарный дефицит витамина В₁₂, достичь рекомендованного уровня потребления зачастую возможно только с помощью ВМК.

2.5.2. Профилактика железодефицита

- Если в течение последнего года пациентке не оценивали обмен железа, она не принимала ферропрепараты в дозах, рекомендованных ВОЗ, ей необходимо назначить 30–60 мг элементарного железа в день в течение 3 мес до зачатия.

Комментарий. Согласно рекомендациям ВОЗ, каждая менструирующая женщина 15–49 лет, проживающая в регионе с высокой распространённостью анемического синдрома (40% и более), должна ежегодно 3 мес в году получать дотацию 30–60 мг железа в день (любого — двух- или трёхвалентного)⁵⁴. В регионах с заболеваемостью железодефицитной анемией (ЖДА) 20–40% допустим интермиттирующий приём препаратов: 60 мг элементарного железа 1 раз в неделю на протяжении 3 мес, затем перерыв 3 мес⁵⁵. Кроме того, необходимы нормализация менструального цикла, лечение воспалительных и хронических заболеваний (в том числе репродуктивных органов и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ))⁵⁶.

К настоящему времени получены доказательства, что применение препаратов железа в низких дозах короткими курсами (2 нед в месяц) или альтернирующими режимами (через день в течение месяца) имеет достаточную эффективность и меньшую частоту побочных эф-

фектов, чем применявшиеся ранее препараты железа в высоких дозах, в том числе в виде повторных (2–3 раза в день) приёмов⁵⁴.

2.5.3. Дотация йода

- Женщинам, планирующим беременность, на прегравидарном этапе за 2–3 мес до зачатия рекомендован пероральный приём препаратов йода (калия йодида) в дозе 200 мкг в день с целью устранения йодного дефицита для профилактики нарушений нейрогенеза у плода⁵⁵.

Комментарий. Хотя убедительных доказательств пользы рутинного приёма йода до беременности и после её наступления недостаточно, есть данные, что его назначение снижает вероятность послеродового тиреоидита и дисфункций щитовидной железы у новорождённого⁵⁷.

Согласно рекомендациям ВОЗ⁵⁸, в целях нормального развития головного мозга и нервной системы плода⁵⁹, предотвращения случаев младенческой смерти⁶⁰ и кретинизма⁶¹ в странах, где менее 20% домохозяйств имеют доступ к йодированной соли, беременным необходима дополнительная дотация микроэлемента.

Следует также учитывать, что при хранении йодированной соли и термической обработке пищи йод испаряется. Суточная доза, рекомендованная FIGO⁶² на прегравидарном этапе и в течение беременности, составляет 150 мкг в форме калия йодида.

Учитывая, что вся территория Российской Федерации отнесена к зоне йододефицита, оправдана дополнительная дотация микроэлемента. Согласно отечественным клиническим рекомендациям «Нормальная беременность», препараты йода могут быть назначены как монопрепарат или в составе поливитаминов и поливитаминов в комбинации с минеральными веществами³⁵.

2.5.4. Дотация витамина D

- Условно здоровым женщинам, которым не показано рутинное определение уровня 25(ОН)D в сыворотке крови (при ИМТ менее 30 кг/м², отсутствии в анамнезе указаний на ПЭ, ГСД и невынашивание беременности), рекомендован приём витамина D в профилактической дозе.

Комментарий. Достаточное количество витамина D во время беременности необходимо для нормального функционирования иммунной

и нервной системы женщины, а его дефицит/недостаток может привести к осложнениям гестации и негативным последствиям для плода/ребёнка: низкой массе тела при рождении, гипокальциемии, рахиту, остеопении, сердечно-сосудистым заболеваниям, врождённым нарушениям иммунитета^{63–67}.

Согласно отечественным клиническим рекомендациям «Нормальная беременность», будущим матерям из группы высокого риска гиповитаминоза (с тёмной кожей, витилиго, имеющим ограничения пребывания на солнце, с заболеваниями ЖКТ, с недостаточным питанием, ожирением, ЖДА, СД) рекомендован пероральный приём холекальциферола на протяжении всей беременности в дозе 500–1000 МЕ в день с целью профилактики дефицита витамина D для снижения риска акушерских осложнений³⁵.

Помимо сбалансированной диеты (включающей потребление яиц, рыбы, печени), во время ПП нужна дотация витамина D в дозе 600 МЕ/сут; более высокий уровень требуется вегетарианцам и женщинам со смуглой кожей⁶⁸. Согласно российскому междисциплинарному руководству (2020)⁶⁹, профилактическая доза 800–2000 МЕ необходима всем женщинам, не входящим в группу риска D-дефицита/недостаточности и планирующим зачатие.

Рекомендации ВОЗ (2016)⁷⁰ предлагают назначать её только в осенне-зимний период, однако территория РФ расположена выше 37-й параллели. Эти географические особенности обуславливают недостаточную инсоляцию. Подобные характеристики солнечного света не позволяют синтезировать достаточное количество витамина D в коже⁷¹.

- Для коррекции недостаточности и дефицита витамина D используют различные схемы лечения (с ежедневным, еженедельным, ежедневным назначением и т.д.). При концентрации 25(OH)D в сыворотке крови 20–30 нг/мл курсовая доза холекальциферола составляет 150 000–225 000 МЕ, а менее 20 нг/мл — 336 000–450 000 МЕ^{69,72}.

Комментарий. Допустимы различные схемы приёма и длительность терапии (от 1 до 3 мес).

Желательно направить пациентку к эндокринологу для подбора дозы. Холекальциферол может быть назначен как монопрепарат или в составе ВМК. После окончания курса лечения концентрацию витамина D оценивают повторно: если она ниже 30 нг/мл, то лечение повторяют, если выше — показан приём поддерживающих доз холекальциферола.

2.5.5. Дотация полиненасыщенных жирных кислот

- Женщине, планирующей беременность, рекомендовано включать в рацион жирную рыбу (1 раз в неделю) либо принимать препараты с ПНЖК.

Комментарий. Достаточное потребление ω_3 -ПНЖК женщиной ассоциировано с низким риском ановуляции⁷³, увеличивает вероятность зачатия⁷⁴, уменьшает вероятность ПЭ (у пациенток группы низкого риска)⁷⁵, положительно влияет на формирование головного мозга плода⁷⁶, развитие иммунной системы⁷⁷, состояние здоровья⁷⁸ и когнитивные функции ребёнка в будущем⁷⁹. Данные о снижении с помощью дотации ω_3 -ПНЖК в ранние сроки беременности риска ПР и массы тела при рождении менее 2500 г опубликованы в Кокрейновском обзоре⁸⁰.

Согласно методическим рекомендациям Роспотребнадзора⁸¹, адекватное потребление ПНЖК составляет 11 г в сутки (верхний допустимый уровень — 20 г в сутки). В соответствии с рекомендациями ВОЗ⁷⁰ достаточное количество докозагексаеновой кислоты (200–300 мг в сутки) может быть обеспечено при включении в рацион рыбы (дважды в неделю), в том числе жирной — не чаще 1 раза в неделю (лосось, форель, сельдь, сардины, килька).

Если женщина не ест рыбу, целесообразно включать в рацион яйца и молоко, а также принимать препараты, содержащие эйкозапентаеновую и докозагексаеновую кислоты, рыбий жир. Во избежание гипервитаминоза А при использовании рыбьего жира не следует превышать дозы, указанные в инструкции.



Чек-лист для оценки риска
гипо- и авитаминоза
105905

Если вы хотите посмотреть чек-лист на компьютере или ноутбуке, зайдите на сайт praesens.ru и в строке поиска введите 6-значное число, расположенное под QR-кодом.

3. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОТЯГОЩЁННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ

3.1. Воспалительные заболевания и дисбиозы

3.1.1. Заболевания, сопровождающиеся патологическими выделениями из половых путей

Регламентирующие документы. Клинические рекомендации «Бактериальный вагиноз» (2022), «Хламидийная инфекция» (2024), «Гонококковая инфекция» (2024), «Урогенитальный трихомониаз» (2024), «Урогенитальные заболевания, вызванные *Mycoplasma genitalium*» (2024), «Воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы» (2025), а также международные гайдлайны¹⁻⁷.

Влияние на фертильность и течение беременности. Дисбиозы и вагиниты не препятствуют зачатию, однако беременность, возникшая на их фоне, часто протекает с осложнениями. Существует повышенный риск:

- заражения *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. vaginalis* и вирусам (вирусом простого герпеса [ВПГ], ВПЧ и ВИЧ);
- ВЗОМТ, хориоамнионита;
- акушерских осложнений (ПРПО, ПР).

- При жалобах на патологические выделения из влагалища (особенно при выявлении воспаления при осмотре) рекомендовано назначение эмпирической терапии после получения материала для лабораторного исследования.

Комментарий. Опираясь на особенности клинической картины, нюансы анамнеза и уровень рН, акушер-гинеколог вправе установить предварительное заключение, которое в свою очередь служит основанием для эмпирической терапии препаратами широкого спектра ещё до получения результатов анализов и верификации окончательного диагноза.

- Для лечения вульвовагинитов допустимо эмпирическое назначение комбинированных антибактериальных препаратов и местных антисептиков.

- В комплексном лечении вульвовагинальных инфекций целесообразно использовать двухэтапный подход.

Комментарий. В России накоплен большой опыт двухэтапной терапии с обязательным восстанов-

лением микробиоценоза влагалища после эрадикации патогенов. Изначально такой подход применяли для лечения бактериального вагиноза (БВ). Назначение пре- и пробиотиков при БВ ассоциировано со значимым увеличением количества выздоравливающих, а также с уменьшением частоты рецидивов. Систематический обзор и метаанализ (2021) за последние 15 лет назначения пробиотиков в акушерстве и гинекологии показал уменьшение количества патогенных микроорганизмов во влагалище и параллельно с этим рост лактобацилл⁸.

- Антибактериальные препараты могут отрицательно влиять на собственную микрофлору. При этом может нарушаться не только влагалищная, но и кишечная микробиота.

Комментарий. Для второго этапа используют лекарственные средства и биологически активные добавки с пре- и пробиотиками. Накапливается всё больше данных о необходимости восстановления и влагалищной, и кишечной микрофлоры, поскольку последняя наиболее представительна и влияет на метаболизм всего организма. В рутинной практике чаще назначают препараты, содержащие следующие виды бактерий:

- бифидобактерии (*Bifidobacterium bifidum*, *B. longum*, *B. breve*, *B. adolescentis*, *B. animalis* subsp. *lactis*, *B. thermophilum*);
- лактобациллы (*Lactobacillus acidophilus*, *L. plantarum*, *L. casei* subsp. *rhamnosus*, *L. brevis*, *L. delbrueckii* subsp. *bulgaricus*, *L. helveticus*, *L. fermentum*, *L. reuteri*, *L. curvatus*);
- лактококки (*Lactococcus lactis* subsp. *cremonis*, *L. lactis* subsp. *lactis*, *L. lactis* subsp. *lactis biovar. diacetylactis*);
- кишечную палочку (*E. coli*);
- энтерококки (*Enterococcus faecium*, *E. faecalis*);
- стрептококки (*Streptococcus thermophilus*);
- бациллы (*Bacillus subtilis*, *B. cereus*, *B. licheniformis*);
- грибы-сахаромицеты (*Saccharomyces boulardii*, *S. cerevisiae*).

Бактериальный вагиноз

- Лечение подлежат все пациентки с симптомами БВ и лабораторно подтверждённым диагнозом¹. При изменениях микробиоценоза влагалища без клинических проявлений те-

рапию назначают только при наличии в анамнезе ПР либо поздних выкидышей.

Комментарий. Рекомендована двухэтапная терапия БВ. Первый этап — эрадикация БВ-ассоциированных микроорганизмов с помощью антимикробных средств (предпочтение следует отдавать топическим формам).

Второй этап — восстановление достаточного количества лактобактерий путём использования пре- и пробиотиков (интравагинально и перорально), а также органических кислот (например, препаратов молочной или аскорбиновой кислоты для интравагинального применения)^{9,10}.

- Лечение партнёра мужского пола в отсутствие у него симптомов не рекомендовано¹¹.

Комментарий. Вероятность рецидива БВ не зависит от терапии половых партнёров. Желательно исключить сексуальные контакты или использовать барьерную контрацепцию (презерватив) на период лечения.

- Пациенток с БВ следует обследовать на ИППП.
- Контроль состояния пациентки выполняют через 1 мес после окончания курса лечения. В отсутствие рецидивов наблюдение не рекомендовано.

Комментарий. В качестве профилактики при рецидивирующем БВ могут быть использованы пероральные пробиотики с лактобактериями (например, комбинация *L. rhamnosus* HN001 и *L. acidophilus* La-14 и др.)^{12,13}.

Кандидозный вульвовагинит

- Женщинам без клинических симптомов не рекомендовано рутинное обследование на *Candida spp.*⁶

Комментарий. При бессимптомном носительстве *Candida spp.* лечение не показано.

- Женщинам с симптомами кандидозного вульвовагинита (КВВ) и лабораторно подтверждённым диагнозом рекомендовано лечение с использованием системных или местных антимикотических препаратов¹⁴.
- Половым партнёрам женщин с КВВ в отсутствие у них симптомов кандидозного баланита и/или баланопостита лечение не показано.
- После купирования симптомов КВВ выполнение микроскопического или бактериологического исследования не рекомендовано.

Комментарий. Инфекцию считают излеченной, если у пациентки нет клинических проявлений.

- Для предупреждения рецидивов КВВ рекомендована двухэтапная тактика лечения.

Комментарий. Сначала следует купировать симптомы и добиться эрадикации патогена, затем продолжить курс терапии пробиотиками для предотвращения избыточного роста *Candida spp.* и увеличения пула лактобактерий¹⁵.

Одним из вариантов профилактики при рецидивирующем БВ и КВВ могут быть пероральные пробиотики с лактобактериями, например *L. acidophilus* HN001, *L. rhamnosus* La-14, средства, содержащие лактоферин, и др.^{16,17} Допустимо применение вагинальных пробиотиков, например *L. casei rhamnosus* Doderleini.

- При осложнённом течении КВВ или при неэффективности эмпирической терапии необходимы видовая идентификация патогена, определение чувствительности к антифунгальным препаратам⁶. Целесообразно исключение сопутствующих состояний и/или терапии, способствующей рецидивам КВВ¹⁸.
- У пациенток с рецидивирующим КВВ рекомендован гинекологический осмотр через 1 мес после окончания лечения.

Аэробный вагинит

- Всем женщинам с симптомами аэробного вагинита (АВ) при наличии лабораторно подтверждённого диагноза рекомендовано лечение антимикробными препаратами.

Комментарий. Адекватное лечение АВ снижает риск осложнений беременности, послеродового эндометрита и гистерэктомии¹⁹. Препаратами первой линии считают антибиотики широкого спектра действия.

- Предпочтительно назначать препараты для местного введения, чтобы гарантировать высокий уровень концентрации антибиотика локально и в достаточном временном интервале.
- Лечение мужчин—половых партнёров при отсутствии у них симптомов воспаления не показано.
- Профилактика рецидивов АВ — адекватная терапия при первичном возникновении.

Комментарий. При рецидиве АВ следует назначать препараты, которые ранее не применяли. Необходимо дополнительная диагностика для выявления причин рецидива (например, факторов риска, таких как антибиотикорезистентность, неправильная гигиена, спринцевания, сопутствующие ИППП и т.д.). При резистентном течении и для продления безрецидивного интервала изучают назначение про- и синбиотиков²⁰.

Трихомонадная инфекция

- Препараты группы нитроимидазолов — единственное средство для лечения уrogenи-

тальной трихомонадной инфекции с доказанной эффективностью при сохранении высокой чувствительности к *T. vaginalis*²¹.

- Всех половых партнёров пациентки необходимо обследовать на ИППП и пролечить независимо от результатов анализа на наличие *T. vaginalis*.

Комментарий. Во время лечения рекомендовано воздержаться от половых контактов до подтверждения излеченности всех половых партнёров⁴.

- Лабораторный контроль (микроскопия, культуральное исследование, метод амплификации рибонуклеиновой кислоты [РНК]) осуществляют через 14 дней после окончания лечения; с использованием методов амплификации дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) — не ранее чем через 1 мес. При отрицательных результатах и исчезновении признаков воспаления дальнейшее наблюдение не рекомендовано.

3.1.2. Воспалительные заболевания органов малого таза

Регламентирующие документы. Клинические рекомендации «Воспалительные болезни женских тазовых органов» (2025)²², международные гайдлайны^{7,23,24}.

Влияние на фертильность и течение беременности. Наличие ВЗОМТ в анамнезе — самостоятельный фактор риска бесплодия и внематочной беременности. Если зачатие произошло, ВЗОМТ повышают вероятность самопроизвольного аборта, хориоамнионита и внутриутробных инфекций, плацентарной недостаточности, ПР, инфекционно-воспалительных заболеваний матери и новорождённого и др.

Несмотря на всю значимость ВЗОМТ, чрезвычайно важно избегать гипердиагностики этих патологических состояний.

- Своевременное и эффективное лечение острых ВЗОМТ и ИППП позволяет сохранить фертильность пациентки^{25,26}.
- Всех пациенток с ВЗОМТ необходимо обследовать на хламидийную инфекцию, гонорею, сифилис, инфекции, вызванные *Mycoplasma genitalium*, и ВИЧ^{27,28}.
- Пациенткам с острыми ВЗОМТ рекомендовано назначать терапию антибактериальными препаратами системного действия эмпирически с охватом всего спектра вероятных возбудителей с предварительным проведением микробиологического (культурального) исследования для последующей коррекции лечения с последующим переходом на пре-

параты альтернативных схем (при неэффективности лечения)²².

- Клиническое улучшение (облегчение лихорадки, уменьшение интенсивности тазовой боли и т.д.) обычно наблюдают в течение 3 сут после начала антибактериальной терапии²⁴.

Комментарий. При отсутствии положительной динамики через 72 ч после начала лечения рекомендованы госпитализация, пересмотр антибактериальной терапии и дополнительные диагностические мероприятия (включая лапароскопию для исключения иных патологических состояний).

- Все половые партнёры (в течение последних 6 мес) женщин с ИППП должны получить специфическую терапию одновременно с пациенткой.
- Рекомендовано избегать незащищённых половых контактов до завершения курса лечения обоими партнёрами.
- Гидросальпинкс, как одно-, так и двусторонний, — самостоятельное показание к удалению изменённых маточных труб перед применением ВРТ²⁹.

3.1.3. Хронический эндометрит

Регламентирующие документы. Не разработаны.

Влияние на фертильность и течение беременности. Наличие хронического эндометрита ассоциировано с привычным невынашиванием беременности (ПНБ), бесплодием, неудачными попытками экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), эктопической беременностью, истмико-цервикальной и плацентарной недостаточностью^{30,31}.

- «Золотой стандарт» диагностики хронического эндометрита — морфологическое и иммуногистохимическое исследование эндометрия^{32–34}.

Комментарий. Рекомендована аспирационная пайпель-биопсия. В отличие от диагностического выскабливания, этот подход не травмирует слизистую оболочку матки, процедура не требует дилатации цервикального канала и ассоциирована с минимальным дискомфортом для пациентки.

- Первый этап лечения — этиотропная терапия с учётом лекарственной чувствительности инфекта^{35–37}.

Комментарий. При бактериальной этиологии рекомендованы антибактериальные препараты³⁸. Активность значимых при хроническом эндометрите вирусов подавляяют, воздействуя на местный или общий иммунитет.

- Второй этап лечения состоит в восстановлении морфофункционального потенциала эндометрия — устранении вторичных повреждений и обеспечении регенерации.

Комментарий. Для второго этапа используют препараты половых гормонов, противовоспалительные и метаболические средства, физиотерапевтические методы. Такой подход повышает шансы на наступление и вынашивание беременности^{39–41}.

Для лечения хронического эндометрита в зависимости от предполагаемой этиологии процесса и клинических характеристик часто используют дополнительные виды терапии (эпигенетическую, противовирусную, метаболическую, антиоксидантную, энзимотерапию, иммуномодулирующую, гормональную поддержку лютеиновой фазы менструального цикла, коррекцию вагинального микробиоценоза).

- Если результаты инфекционного скрининга отрицательны, но диагноз хронического эндометрита подтверждён, считают доказанным аутоиммунный характер воспалительного процесса.

Комментарий. При хроническом аутоиммунном эндометрите (по результатам гистероскопии, гистологического исследования биоптата эндометрия, УЗИ с цветовым доплеровским картированием) необходимо снизить активность воспаления и нормализовать локальные биохимические процессы в тканях (антипростагландины — нестероидные противовоспалительные средства), восстановить рецептивность и иммунный ответ эндометрия (в том числе назначением эстрогенов и гестагенов в индивидуально подобранных дозах) и улучшить кровоток в малом тазу (вазоактивные средства, физио- и бальнеотерапия).

- С целью повышения эффективности антибактериального и/или хирургического лечения, ускорения выздоровления и снижения вероятности осложнений возможно использование физиотерапии (в частности, магнитотерапии, магнитолазеротерапии, терапии импульсными токами), лечебной физкультуры, а также применение кавитированных растворов для усиления терапевтического эффекта^{22,42}.

Восстановление эндометрия

- В программу лечения хронического эндометрита рекомендовано включать мероприятия, направленные на восстановление секреторной трансформации эндометрия и его рецептивности.

Комментарий. Хронический эндометрит часто сопровождается дисфункцией эндометрия (эндометриопатия), при которой наблюдают нарушения не

только рецептивности, но и секреции гликоделина, интегринов, а также задержку в развитии пиноподий одновременно с изменениями местного иммунитета. На ультраструктурном уровне выявляют признаки остаточной воспалительной реакции, микроциркуляторных нарушений, эндотелиальной дисфункции и оксидативного стресса.

Программа лечения эндометриопатии у пациенток с бесплодием, невынашиванием беременности или неудачными попытками ЭКО, а также после гистероскопии с разрушением внутриматочных синехий, перегородки или удаления миоматозного узла должна включать восстановление секреторной трансформации слизистой оболочки матки и её рецептивности.

- В российской практике при толщине эндометрия менее 8 мм на 21–24-й день менструального цикла (по данным УЗИ) назначают циклическую терапию эстрогенами и прогестероном^{43,44}.

Комментарий. Препараты эстрадиола рекомендуют назначать трансдермально в индивидуально подобранных дозах (доза может составлять 1–1,5 мг/сут в зависимости от толщины слизистой оболочки матки) с возможным варьированием режима применения и дозы (до 3 мг согласно инструкции и даже 6 мг*). Допустимо пероральное назначение эстрадиола валерата (обычная доза составляет 4 мг/сут)**. С 14–16-го дня к лечению добавляют препарат прогестерона по схеме, совпадающей с терапией недостаточности лютеиновой фазы (НЛФ) (см. раздел 5.3 «Прегравидарная тактика при недостаточности лютеиновой фазы, дефиците прогестерона»).

3.2. Заболевания шейки матки и папилломавирусная инфекция

Регламентирующие документы. Клинические рекомендации «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» (2024), «Рак шейки матки» (2024)^{45,46}.

Влияние на фертильность и течение беременности. Опубликованы противоречивые данные о влиянии ВПЧ-инфекции на течение беременности. Ряд авторов полагают, что ВПЧ повышает частоту невынашивания беременности и ПР^{47,48}. Вирус может негативно влиять на процессы имплантации и плацентации. Вне зависимости от риска осложнений гестации наличие ВПЧ высокого

* Эффективность 6 мг доказана в циклах ВРТ⁴⁹. Превышение официальной дозы должно быть закреплено решением врачебной комиссии.

** Назначение пероральных и трансдермальных эстрогенов off-label женщинам репродуктивного возраста (показанных, согласно официальным инструкциям, в пери- и постменопаузе) также следует закреплять решением врачебной комиссии.

онкогенного риска и предраковых изменений шейки матки — предрасполагающий фактор развития цервикального рака.

Рак шейки матки считают самым частым злокачественным заболеванием беременных. Этот факт обуславливает необходимость цервикального скрининга каждой пациентке в рамках ПП (см. раздел 2.2 «Первичное обследование»). Перед взятием мазков необходимо устранить любые нарушения цервиковагинального микробиоценоза (от БВ до вагинитов и цервицитов смешанной и специфической этиологии).

- При планировании беременности вакцинацию против ВПЧ надлежит отложить до завершения гестации.

Комментарий. Вакцинация против ВПЧ наиболее целесообразна до коитакта, в 9–15 лет. Однако, если женщина не была вакцинирована и желает иммунизироваться, вакцинировать возможно и в более старшем возрасте.

- Если зачатие наступило после начала вакцинации, введение оставшейся дозы откладывают на послеродовой период.

- При аномальной картине типа ASCUS (atypical squamous cells of undetermined significance, атипичические клетки плоского эпителия неясного значения), LSIL (low-grade squamous intraepithelial lesions, плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени) и отрицательном результате ВПЧ-теста рекомендовано повторное обследование после беременности (через 6 нед после родов).

- При аномальной картине типа ASCUS, LSIL и положительном ВПЧ-тесте выполняется кольпоскопия и при необходимости биопсия.

- При аномальной картине типа HSIL (high-grade squamous intraepithelial lesions, плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени) вне зависимости от ВПЧ-статуса и возраста необходима кольпоскопия.

Комментарий. При полной видимости зоны трансформации придерживаются подхода «смотри и лечи» (see and treat): при выявлении очагов поражённой ткани выполняют эксцизию с диагностической и лечебной целью одновременно. Если визуализация затруднена, ограничиваются радиоволновой петлевой эксцизией или конизацией. Деструкция очагов поражения недопустима.

- При атипии эндоцервикального эпителия необходима кольпоскопия с выскабливанием цервикального канала. У женщин старше 35 лет обязательно берут аспират из полости матки для исключения поражения эндометрия.

3.3. Проллиферативные заболевания

3.3.1. Миома матки

Регламентирующий документ. Клинические рекомендации «Миома матки» (2024)⁵⁰.

Влияние на фертильность и течение беременности. Миома матки — часто встречающаяся доброкачественная опухоль женской репродуктивной системы (заболевание может протекать бессимптомно). Влияние на фертильность зависит от размеров узлов, расположения, скорости роста. Небольшие одиночные миомы могут никак не препятствовать зачатию, субмукозные узлы ассоциированы с невынашиванием беременности или бесплодием, локализация в теле матки чаще провоцирует выкидыши. Доказана связь миомы с ПР, аномалиями прикрепления плаценты и её преждевременной отслойкой. Наличие опухоли сопряжено с риском маловесных плодов, а при значительных размерах миомы могут возникнуть деформации плода.

- При бессимптомной миоме небольших размеров рекомендовано динамическое наблюдение⁵¹.

Комментарий. Если у пациентки обнаружена миома небольших размеров (размер матки до 12 нед беременности), при этом не наблюдают роста узлов, нет аномальных маточных кровотечений и болевого синдрома, медикаментозное и хирургическое лечение не показано.

- При нарушении репродуктивной функции рекомендовано оперативное лечение.

Комментарий. Невынашивание беременности в анамнезе и бесплодие (после исключения других причин) служат самостоятельным показанием для миомэктомии. Предпочтение отдают малоинвазивным вмешательствам, а доступ определяют, исходя из клинической ситуации. Следует помнить, что любое оперативное вмешательство на матке чревато риском её разрыва в родах (см. раздел 3.5 «Оперативные вмешательства на матке в анамнезе»).

- Не рекомендовано выполнять эмболизацию маточных артерий пациенткам с миомой матки, планиующим беременность⁵².

Комментарий. После эмболизации маточных артерий отмечают более низкую частоту наступления беременности и снижение овариального резерва (особенно у пациенток старшего репродуктивного возраста), а также высокую частоту выкидышей⁵³.

- При подслизистом расположении миоматозных узлов в сочетании с необъяснимым бесплодием рекомендовано их удаление^{54,55}.

Комментарий. Субмукозная миома может нарушить процесс имплантации, увеличивает частоту выкидышей, аномального расположения плаценты или её преждевременной отслойки. Миомэктомия повышает шанс наступления спонтанной беременности⁵⁶.

- Удаление интактных субсерозных узлов при бесплодии не рекомендовано⁵⁵.
- При необъяснимом бесплодии и интрамуральном расположении узлов (интактный эндометрий должен быть подтверждён гистероскопически) миомэктомия не рекомендована⁵⁶.

3.3.2. Эндометриоз

Регламентирующие документы. Клинические рекомендации «Эндометриоз» (2024)⁵⁷; рекомендации Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (European society of human reproduction and embryology, ESHRE)^{58–60} и Национального института охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи Великобритании (National institute for health and care excellence, NICE)⁶¹.

Междисциплинарность. Диагностику и лечение эндометриоза осуществляет акушер-гинеколог. При вовлечении в патологический процесс смежных органов в ведении пациентки участвуют общий хирург, уролог, колопроктолог и другие специалисты.

Влияние на фертильность и течение беременности. Эндометриоз часто ассоциирован с бесплодием, его диагностируют у 25–50% бездетных пар. Патогенез infertility до конца не изучен, предполагают несколько механизмов нарушения репродуктивной функции: снижение овариального резерва и ановуляцию, трубно-перитонеальный фактор, иммунную дисфункцию, выраженную воспалительную реакцию, нарушение рецептивности эндометрия.

- Пациенткам с бесплодием, ассоциированным с эндометриозом, не следует назначать гормональное лечение для подавления функции яичников⁶².
- Перед вступлением пациентки с эндометриозом в цикл ЭКО назначение агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ) с add-back-терапией в течение 3–6 мес коррелирует с увеличением частоты наступивших беременностей⁶³.

- Пациенткам с генитальным эндометриозом при наличии условий и отсутствии противопоказаний рекомендовано хирургическое лечение (преимущественно с использованием лапароскопического доступа)⁶⁴.

Комментарий. Не нужно противопоставлять хирургический и медикаментозный методы лечения. Преимущества и недостатки каждого вмешательства необходимо оценивать до начала лечения с учётом индивидуальных особенностей женщины.

- Лапароскопическое лечение эндометриоза лёгкой или средней тяжести улучшает показатели беременности независимо от метода лечения⁶⁵.
- Пациенткам с бесплодием, ассоциированным с эндометриозом, не рекомендовано назначать предоперационное гормональное лечение в целях улучшения фертильности⁶⁶.
- Пациенткам с бесплодием при эндометриозе I–II стадий (рекомендации Американского общества фертильности [American fertility society, AFS] и Американского общества репродуктивной медицины [American society for reproductive medicine, ASRM]) необходимо в целях улучшения фертильности выполнить иссечение или абляцию очагов (включая адгезиолизис), не ограничиваясь диагностической лапароскопией⁵⁸.

Комментарий. Полное хирургическое удаление очагов рассматривают как возможный вариант улучшения исходов ВРТ, хотя преимущества этого подхода недостаточно подтверждены⁵⁸.

- У пациенток с бесплодием при эндометриозе I–II стадий (AFS/ASRM) клинискит может применить CO₂-лазерную вапоризацию очагов эндометриоза, поскольку этот метод ассоциирован с повышением кумулятивной частоты наступления спонтанных беременностей⁵⁸.
- При хирургическом лечении бесплодия и эндометриоза рекомендовано восстановление нормальных анатомических взаимоотношений органов малого таза и удаление эндометриом, коагуляция очагов, расположенных вблизи мочеоточника, сосудов и на стенках половых органов, без их тотального иссечения⁵⁷.

Комментарий. Во время оперативного вмешательства необходимо проверить проходимость маточных труб. Целесообразно использовать противоспаечные барьеры для предотвращения развития трубно-перитонеального бесплодия.

При планировании ВРТ хирургическое лечение, предусматривающее удаление эндометриом и сальпингэктомию при необратимых изменениях

маточных труб, осуществляют в качестве преграды второй подготовки.

При хирургическом лечении необходимо использовать лапароскопический доступ; исключением могут быть только тяжёлые формы эндометриоза либо экстрагенитальные заболевания, при которых лапароскопия противопоказана.

- Пациенткам с бесплодием, ассоциированным с эндометриозом, в особенности при наличии глубокого инфильтративного эндометриоза, при лапароскопии рекомендовано рассчитать индекс фертильности при эндометриозе (Endometriosis fertility index, EFI)⁶⁰.

- Рекомендована энуклеация стенки эндометрия после её опорожнения и промывания полости с использованием лапароскопического доступа (при возможности)⁵⁷.

Комментарий. Энуклеация капсулы кисты позволяет минимизировать риск рецидива эндометриоза, способствует сохранению овариального резерва и, соответственно, увеличению вероятности наступления спонтанной беременности у пациенток с бесплодием, ассоциированным с эндометриозом. Эвакуация эндометриоидной ткани в контейнере снижает вероятность рецидивов⁶⁷.

- Энуклеация эндометриоидных кист ассоциирована с повышением частоты спонтанной беременности по сравнению с дренированием/коагуляцией эндометриомы при размерах образования 3–4 см и более⁶⁸.

Комментарий. Удаление небольших эндометриом перед ЭКО не рекомендовано (особенно в случае повторных операций или двусторонних кист). Тем не менее операция необходима при умеренном и выраженном синдроме тазовой боли, а также при подозрении на злокачественный характер новообразования.

Как выжидательная, так и хирургическая тактика при эндометриозе у планирующих ВРТ женщин имеет потенциальные преимущества и риски. Пациентку надлежит проинформировать о потенциальных негативных последствиях оперативного лечения, включая снижение овариального резерва и опасность потери яичника, а также о возможности криоконсервировать ооциты перед вмешательством (особенно двусторонним). При планировании оперативного лечения у пациенток с эндометриозом необходимы определение антимюллера гормона (АМГ) и подсчёт количества антральных фолликулов^{59,60}.

- Пациенткам с бесплодием, ассоциированным с эндометриозом, не рекомендовано назначать дополнительное гормональное лечение

после операции в целях улучшения фертильности⁶⁹.

- Женщинам с эндометриозом III–IV стадий (AFS/ASRM) и нарушением проходимости маточных труб независимо от возраста пациентки и фертильности мужа следует рекомендовать программы ВРТ при неэффективности хирургического и консервативного лечения в течение 6–12 мес⁷⁰.

- Различия в эффективности протоколов с агнРГ и антагонистами ГнРГ в программах ВРТ при эндометриозе не доказаны⁶¹.

Комментарий. Сверхдлинный протокол ЭКО с агнРГ может обладать преимуществами при инфильтративном распространённом эндометриозе⁶¹.

- Дополнительное лечение пациенток с аденомиозом I–II стадий перед применением ВРТ не требуется⁷¹.

Комментарий. При аденомиозе III–IV стадий назначение агнРГ в течение 3–4 мес увеличивает частоту наступления беременности в программах ВРТ⁷².

- Рекомендовано динамическое амбулаторное наблюдение пациенток с глубоким инфильтративным эндометриозом, вовлечением смежных органов (кишечника, мочевого пузыря, мочеточников), наличием эндометриом диаметром более 3 см при отказе от операции или противопоказаниях к ней⁵⁷.

Комментарий. Пациентке с эндометриозом целесообразно рекомендовать вести здоровый образ жизни, правильно питаться, сократить употребление алкоголя и регулярно заниматься физической активностью.

3.4. Синдром поликистозных яичников

Регламентирующие документы. Клинические рекомендации «Синдром поликистозных яичников» (2025)⁷³, «Женское бесплодие» (2024)⁷⁴, а также зарубежные гайдлайны⁷⁵.

Влияние на фертильность и течение беременности. Снижение фертильности при СПЯ обусловлено ановуляцией^{73,76}. У женщин с СПЯ нередко диагностируют первичное ановуляторное бесплодие, а около 40% беременностей у таких пациенток заканчиваются самопроизвольным прерыванием.

- Недопустимо выполнять индукцию овуляции у пациенток с СПЯ до коррекции ожирения и метаболических нарушений⁷⁷.

Комментарий. Первый этап лечения бесплодия — терапевтическая модификация образа

Обновление терминологии



В 2026 году опубликован международный консенсус о **переименовании** синдрома поликистозных яичников (СПЯ) в **полиэндокринный метаболический овариальный синдром** (ПМОС; Polye-docrine metabolic ovarian syndrome, PMOS)⁸².

Причина переименования — **неточность** прежнего термина: он создавал ложное впечатление, будто заболевание связано исключительно с «кистами» в яичниках.

В действительности у многих пациенток истинных кист нет, а клиническая картина определяется **комплексными нарушениями**: гиперандрогенией, инсулинорезистентностью, метаболическими и психическими расстройствами (депрессией, тревогой), репродуктивными проблемами (ановуляцией, бесплодием и др.).

Новый термин **точнее отражает** суть патологического состояния.

«Полиэндокринный» — вовлечённость в патологический процесс нескольких гормональных систем.

«Метаболический» — связь с обменными нарушениями и рисками СД, ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний.

«Овариальный» — сохранение фокуса на репродуктивной функции без чрезмерного акцента на «кистах».

Цели переименования — улучшить диагностику, информированность пациенток и специалистов, **стимулировать** исследования и обеспечить **комплексный подход** к лечению (с привлечением эндокринологов, диетологов, психологов и других специалистов).

Переход на новый термин будет проходить постепенно **в течение 3 лет** (до 2028 года). В этот период допустимо параллельное использование названий СПЯ и ПМОС.

жизни, снижение массы тела, коррекция инсулинорезистентности (см. раздел 4.1.1 «Ожирение и метаболический синдром»).

- На период лечения ожирения и метаболического синдрома возможно назначение комбинированных оральных контрацептивов (КОК) с гестагенным компонентом, оказывающим антиандрогенное действие⁷⁸.

Комментарий. Назначаемые КОК при СПЯ в рамках ПП позволяют компенсировать патологический стероидогенез в яичниках, ослабить неблагоприятные андрогензависимые эффекты (в том числе метаболические), оказывают протективное и лечебное воздействие на эндометрий при гистологически верифицированной гиперплазии эндометрия без атипии (вследствие длительного моноэстрогенного влияния при СПЯ риск гиперплазии эндометрия повышен)⁷⁷.

- Пациенткам с СПЯ рекомендован скрининг на дефицит витамина D⁷⁹.

Комментарий. У пациенток с СПЯ дефицит витамина D — дополнительный фактор риска инсулинорезистентности.

- Первая линия терапии бесплодия — **непрямые индукторы овуляции (кломифена цитрат)**⁸⁰.

Комментарий. Стимуляцию овуляции кломифена цитратом продолжают в течение шести циклов. Необходим мониторинг с помощью гинекологического исследования и УЗ-фолликулометрии.

- При неэффективности кломифена цитрата рекомендована стимуляция овуляции гонадотропинами⁷⁴.

Комментарий. Предпочтение отдают наиболее безопасному и доступному step-up-протоколу («протоколу повышающихся доз»). Длительность терапии не должна превышать 6 мес.

- Многие лекарственные препараты при СПЯ используют off-label (без официальных показаний в инструкции), однако существует множество научных исследований, подтверждающих их эффективность⁷³.

Комментарий. Акушеры-гинекологи должны информировать пациенток и обсуждать эффективность, возможные побочные эффекты и последствия терапии для разработки персонализированной тактики ведения.

- Хирургическое лечение (лапароскопический дреллинг) допустимо при неэффективности индукторов овуляции⁸⁰.

Комментарий. К хирургическому лечению прибегают при наличии сопутствующих заболеваний: эндометриоза, спаечной болезни, миомы матки и др. Однако у пациенток с СПЯ, готовящихся к программам ВРТ, оперативных вмешательств нужно избегать⁸¹.

Не рекомендуют также подвергать какой-либо травматизации визуально не изменённые и мультифолликулярные яичники.

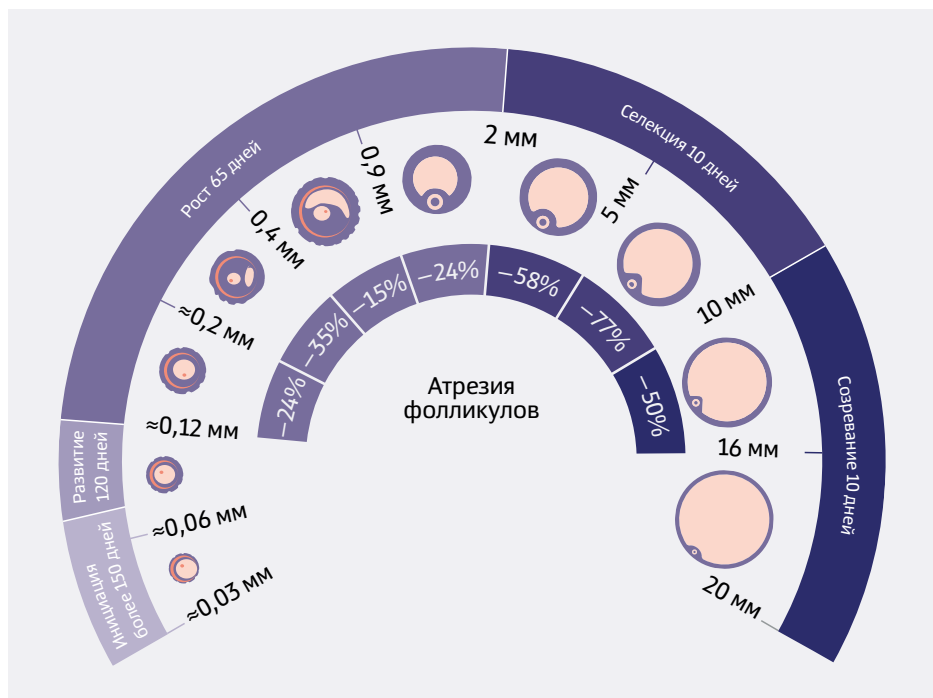


Рис. Хронология фолликулогенеза в яичниках.

- При неэффективности стимуляции овуляции, наличии мужского фактора бесплодия, непроходимости маточных труб пациенткам с СПЯ показано ВРТ⁷⁴.
- Учитывая отдалённые сердечно-сосудистые риски, рекомендовано диспансерное наблюдение пациенток, соблюдение ими принципов рационального питания и дозированных физических нагрузок⁷³.

3.5. Оперативные вмешательства на матке в анамнезе

Регламентирующие документы. Клинические рекомендации «Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде» (2024)⁸³ и зарубежные гайдлайны⁸⁴.

Влияние на фертильность и течение беременности. Оперативные вмешательства на матке в анамнезе могут привести к разрывам или расслоению матки во время последующей беременности или в родах через естественные родовые пути. Возможно образование сосудистых мальформа-

ций, повышающих риск кровотечения, вставания плаценты.

- УЗИ с контрастом позволяет визуализировать дефекты рубцовой ткани^{85,86}.

Комментарий. Результаты трансвагинального УЗИ небеременных женщин с оперативными вмешательствами на матке в анамнезе подтверждают корреляцию жалоб (абдоминальная боль в нижней части живота, дисменорея, аномальные маточные кровотечения) с признаками несостоятельности рубца на матке, диагностированной при выполнении исследования⁸⁷.

- Возможно выполнение реконструктивных операций по восстановлению передней стенки матки с резекцией дефекта (с последующим гистологическим подтверждением рубцовой ткани)^{88,89}.

Комментарий. В этой клинической ситуации на этапе ПП допустимо выполнение метропластики. Однако убедительные данные о необходимости хирургической коррекции рубца на матке вне беременности отсутствуют⁹⁰.

Решение принимают коллегиально с учётом индивидуальных особенностей пациентки и наличия у неё факторов риска.

4. ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

4.1. Коморбидность — тренд XXI века

На каждую современную женщину к возрасту деторождения (около 30 лет) приходится 2,2 экстрагенитальных заболевания. Эти болезни, не связанные напрямую с беременностью, но усугубляемые её, выступают ведущей причиной материнской смертности в России и мире.

Анемия и ожирение — ключевые репродуктивно значимые неинфекционные пандемии, несущие в себе глобальные негативные последствия для женского населения и репродуктивного здоровья. В XXI веке человечество столкнулось с парадоксальной ситуацией, называемой «двойным бременем»: сосуществованием избыточной массы тела и ожирения на фоне поликомпонентных дефицитов микроэлементов.

Неспособность решить проблему «двойного бремени» может повлечь серьёзные медико-социальные проблемы. Необходимы совместные усилия междисциплинарной команды специалистов при активной поддержке государства. Задача всего медицинского сообщества — подготовка пары к зачатию в наиболее оптимальном состоянии здоровья. Прегравидарный период — последний шанс для модификации факторов риска и компенсации накопленных экстрагенитальных заболеваний.

4.2. Эндокринные заболевания

4.2.1. Ожирение и метаболический синдром

Регламентирующие документы. Клинические рекомендации «Ожирение» (2024) и зарубежные гайдлайны^{1,2}.

Междисциплинарность. Диагностику и лечение ожирения, а также связанных с ним метаболических нарушений осуществляет эндокринолог. Однако зачастую первый (а иногда и единственный) врач, к которому обратится пациентка, — акушер-гинеколог. Именно он должен своевременно выявить какие-либо отклонения и направить женщину к смежному специалисту. Кроме того, последствия ожирения и метаболического синдрома (сердечно-сосудистые заболевания, СД 2-го типа, злокачественные опухоли) манифестируют обычно

в более старшем возрасте, а у молодых пациенток нарушения реализуются в неблагоприятный репродуктивный сценарий.

Влияние на фертильность и течение беременности. На фоне ожирения (особенно абдоминального) и метаболических нарушений часто развиваются ановуляция и бесплодие. Даже если у такой пациентки наступило зачатие, гестация протекает с осложнениями. Своевременно корректируя массу тела и устраняя обменные нарушения, можно снизить риск ПР, ГСД, замершей беременности и самопроизвольного аборта, тромбозмболии, ПЭ и эклампсии, макросомии и ВПР, ЗРП, родовых травм, асфиксии и гибели плода/ребёнка.

Обследование

- ИМТ от 25 до 29,9 кг/м² трактуют как избыточную массу тела, от 30 кг/м² — как ожирение (I степени — 30–34,9; II — 35–39,9; III — 40 и более)³.

Комментарий. У женщин окружность талии 80 см и более свидетельствует об абдоминальном типе ожирения. Нигроидный акантоз, выявленный при общем осмотре пациентки, — клинический маркёр инсулинорезистентности.

- При планировании беременности рекомендовано выполнять оральный глюкозотолерантный тест пациенткам с ожирением и избыточной массой тела, а также страдающим СПЯ (даже с нормальной массой тела)^{4–7}.

Комментарий. Оральный глюкозотолерантный тест — наиболее простой и информативный метод диагностики нарушения толерантности к глюкозе.

- Женщинам с ожирением рекомендовано определить концентрацию витамина D в сыворотке крови⁸.

Комментарий. Пациенткам высокого риска (к которым относят женщин с ожирением) необходимо определять концентрацию витамина D⁹; целесообразность популяционного скрининга не доказана.

Лечение

- Лечение ожирения рекомендовано начинать с немедикаментозных методов^{10–12}.

Комментарий. Комплекс мероприятий включает физические упражнения и соблюдение диеты («терапевтическая модификация образа жизни»). Снижение массы тела способствует нормализации

менструального цикла, восстановлению овуляции и улучшению ряда метаболических показателей (в первую очередь углеводного обмена), что ассоциировано с уменьшением риска осложнений последующей гестации.

- При неэффективности немедикаментозных методов (снижение массы тела менее 5% в течение 3 мес) и пациенткам с сопутствующими патологическими состояниями (АГ, дислипидемией, синдромом обструктивного апноэ сна, СД 2-го типа) применяют фармакотерапию^{10,13}.

Комментарий. В настоящее время на территории Российской Федерации зарегистрированы следующие препараты для лечения ожирения: орлистат (ингибитор желудочно-кишечных липаз), сибутрамин (ингибитор обратного захвата серотонина, норадреналина и допамина), лираглутид и семаглутид (аналоги глюкагоноподобного пептида-1), а также комбинация сибутрамина и метформина¹. Новый препарат — тирзепатид (агонист рецепторов глюкозависимого инсулинотропного пептида и глюкагоноподобного пептида-1 длительного действия) пока не вошёл в клинические рекомендации, но широко применяется в практике. Все они противопоказаны во время беременности. Согласно хронологии оогенеза (рис.), в активную стадию роста (с формированием преантрального фолликула) ооциты вступают в среднем за 85 дней до итоговой овуляции (65 дней стадия роста + 10 дней селекции + 10 дней созревания), таким образом, отмена препаратов должна произойти за 3 мес до предполагаемого зачатия.

- На фоне медикаментозной терапии ожирения рекомендовано использовать надёжную контрацепцию.

Комментарий. Потеря массы тела может увеличить фертильность за счёт возобновления спонтанных овуляций.

- При неэффективности терапевтической модификации образа жизни и медикаментозной терапии рекомендовано хирургическое лечение^{10,14}.

Комментарий. Выполнение бариатрических операций показано пациенткам при ИМТ выше 40 кг/м² или при ИМТ выше 35 кг/м² и наличии тяжёлых заболеваний, течение которых может усугубляться на фоне ожирения¹⁰. Хирургическое лечение снижает смертность, способствует потере массы тела и ремиссии СД 2-го типа.

- Для коррекции метаболического синдрома назначают препараты, повышающие чувствительность тканей к инсулину^{15,16}.

Комментарий. Чувствительность тканей к инсулину повышает метформин; его не рекомендуют исполь-

зовать для лечения ожирения, не связанного с инсулинорезистентностью. Следует учитывать, что это средство может повышать концентрацию гомоцистеина (необходим дополнительный приём фолатов).

- В программах комплексной терапии ожирения и других метаболических нарушений в качестве компонента, который способствует повышению чувствительности к инсулину и улучшению транспорта глюкозы, можно использовать средства на основе инозитола.

Комментарий. В клинической практике традиционно используют мио- и D-хиро-изомеры в различных соотношениях, а также комбинации инозитола с витаминами, микроэлементами, эпигаллокатехин-3-галлатом для снижения массы тела и уменьшения абдоминального ожирения.

- На прегравидарном этапе пациенткам с ожирением рекомендованы высокие дозы фолатов^{17–19}.

Комментарий. Учитывая корреляцию между гипергомоцистеинемией и избыточной массой тела, в соответствии с рекомендациями FIGO (2025) пациенткам с ожирением следует назначать фолаты в дозе 5000 мкг/сут на протяжении по меньшей мере 2–3 мес до зачатия¹⁷. RANZCOG рекомендует аналогичные дозы — 5000 мкг²⁰.

- Пациенткам с ожирением рекомендованы высокие дозы витамина D (6000–10 000 МЕ/сут)^{10,21,22}.

Комментарий. При ожирении витамин D депонируется в адипоцитах, а инсулинорезистентность усугубляет недостаток 25(OH)D. Во время терапии рекомендовано контролировать концентрацию 25(OH)D в сыворотке крови.

4.2.2. Сахарный диабет 2-го типа

Регламентирующий документ. Клинические рекомендации «Сахарный диабет 2 типа у взрослых» (2022)²³.

Междисциплинарность. Дифференциальную диагностику и лечение состояний, сопровождающихся гипергликемией, осуществляет эндокринолог в соответствии с действующими профильными клиническими рекомендациями²³.

Влияние на течение беременности. Компенсированный СД 2-го типа практически не влияет на прогноз беременности, тогда как некомпенсированный значительно повышает вероятность самопроизвольного аборта, ПР, макросомии плода. В сочетании с другими факторами риска, свойственными этому заболеванию (избыточной массой тела, АГ, сердечно-сосудистыми заболева-

ниями, гипотиреозом), прогноз вынашивания беременности и рождения здорового ребёнка ухудшается²⁴. При наличии у женщины СД тяжёлой степени решение о возможности вынашивания плода с учётом пожеланий пациентки принимают коллегиально.

Лечение

- При планировании беременности рекомендовано добиться стойкой компенсации СД за 3–4 мес до предполагаемого зачатия для профилактики ВПР плода и снижения рисков для матери и плода^{25,26}.

Комментарий. Необходимо использовать надёжные методы контрацепции на этапе компенсации СД. Планирование беременности возможно только после достижения целевых уровней глюкозы плазмы натощак/перед едой — до 6,1 ммоль/л, через 2 ч после еды — до 7,8 ммоль/л. Концентрация гликированного гемоглобина в норме составляет 6% и менее²⁷.

- На прегравидарном этапе рекомендовано перевести пациентку с СД на инсулинотерапию для обеспечения стойкой эугликемии^{28,29}.

Комментарий. Препараты инсулина не проникают через плацентарный барьер и обеспечивают стабильную компенсацию углеводного обмена. Если пациентка забеременела на фоне приёма сахароснижающих препаратов, их необходимо отменить и назначить инсулинотерапию.

- Пациенткам с СД рекомендованы высокие дозы фолатов для профилактики ДНТ^{17,30,31}.

Комментарий. Учитывая повышенный риск ДНТ³², рекомендованы более высокие дозы фолатов — до 5000 мкг¹⁷.

4.2.3. Болезни щитовидной железы

Руководящие документы. Клинические рекомендации «Гипотиреоз» (2024), «Острые и хронические тиреоидиты (исключая аутоиммунный тиреоидит)» (2024) и зарубежные гайдлайны^{33–35}.

Междисциплинарность. Дифференциальную диагностику и лечение заболеваний щитовидной железы осуществляет эндокринолог. В рамках ПП акушер-гинеколог назначает анализ на ТТГ, а при отклонении от нормы направляет пациентку к эндокринологу.

Влияние на фертильность и течение беременности. Нарушение функций щитовидной железы ассоциировано с хронической ановуляцией, бесплодием, акушерскими и перинатальными осложнениями.

Гипотиреоз у большинства женщин протекает в субклинической форме. Гипофункция щитовидной железы повышает вероятность самопроизвольных выкидышей, ПР, нейрокогнитивных расстройств у новорождённого. Распространённость гипотиреоза у беременных составляет около 2%³⁶.

У женщин с гиперфункцией щитовидной железы при концентрации ТТГ менее 0,1 мЕд/л в сочетании с высоким показателем свободного тироксина (Т₄) повышен риск самопроизвольного выкидыша, ПР, ПЭ, ЗРП, увеличиваются показатели перинатальной смертности и заболеваемости³⁷.

Очевидна связь между аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы и привычным выкидышем. Антитиреоидные антитела могут блокировать овуляцию и приводить к бесплодию. Они ухудшают прогноз уже наступившей беременности, повышая аутоиммунную реактивность и риск невынашивания, а также препятствуя активации функции щитовидной железы в ответ на возрастающие потребности.

Скрининговый метод исследования функций щитовидной железы — определение концентрации ТТГ в плазме крови. У здоровых небеременных женщин при использовании высокочувствительных иммунометрических методов концентрация ТТГ составляет 0,4–4 мЕд/л³⁸.

Во время беременности под действием эстрогенов концентрация ТТГ постепенно нарастает. Если в лаборатории нет собственных триместр-специфичных диапазонов для интерпретации уровней ТТГ (рассчитанных с учётом региональных, этнических и популяционных особенностей), рекомендовано использовать во время гестации в качестве верхней границы референсных значений концентрацию ТТГ на 0,5 мкМЕ/мл ниже показателя для небеременных³³. Исключение могут составить женщины с «высококонормальным» уровнем ТТГ, у которых есть признаки тиреопатий: зоб и/или антитела к тиреопероксидазе в высоких концентрациях.

- Планирование беременности требует обязательной компенсации гипотиреоза³⁹.

Комментарий. У женщин с гипотиреозом, планирующих беременность, на фоне лечения левотироксином целевая концентрация ТТГ — менее 2,5 мЕд/л. Достижение этих показателей на этапе ПП позволяет избежать значительного увеличения дозы препарата при наступлении беременности и ассоциировано с такой же частотой живорождения при применении ВРТ, как и у женщин без заболеваний щитовидной железы⁴⁰.

- При наступлении беременности дозу левотироксина необходимо увеличить на 20–30%^{33,41,42}.

Комментарий. Акушер-гинеколог должен информировать женщину с гипотиреозом, что при наступлении беременности (положительный мочевого тест на β -субъединицы хорионического гонадотропина человека [β -ХГЧ]) она должна принимать дважды в неделю двойную суточную дозу левотироксина. При этом пациентка должна безотлагательно обратиться к эндокринологу для коррекции заместительной терапии⁴³.

- Планирование беременности у пациенток с гипертиреозом целесообразно только после радикального лечения: тиреоидэктомии или терапии радиоактивным йодом³³.

Комментарий. Осложнения беременности при гиперфункции щитовидной железы обусловлены не только самим заболеванием, но и терапией тиреостатиками, поскольку они оказывают тератогенное действие^{44,45}.

- При выявлении антител к ткани щитовидной железы и/или УЗ-признаков аутоиммунного тиреоидита необходимо направить пациентку на консультацию к эндокринологу для исследования функций щитовидной железы (концентраций ТТГ и свободного T_4 в крови) до зачатия³³.

Комментарий. Наличие антител в высоких титрах ассоциировано с повышением риска невынашивания и недонашивания беременности, гипотиреоза и послеродового тиреоидита у матери, но они связаны в большей степени с аутоиммунными, а не с эндокринными факторами. Необходимость терапии и подбор дозы левотироксина осуществляет эндокринолог. Заместительная терапия левотироксином при наличии антител и уровне ТТГ менее 2,5 мЕд/л не показана; целесообразно назначение гестагенов на прегравидарном этапе и во время беременности. Концентрация ТТГ свыше 10 мЕд/л — показание для назначения полной заместительной дозы левотироксина (2,3 мкг на 1 кг массы тела). При уровне ТТГ больше 2,5, но меньше 10 мЕд/л терапия левотироксином возможна; начальная доза в этом случае 50 мкг/сут^{46,47}.

Вопрос о необходимости дотации йода и подбор дозы в индивидуальном порядке решает эндокринолог.

4.2.4. Гиперпролактинемия

Руководящий документ. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ) «Гиперпролактинемия» (2016)⁴⁸.

Междисциплинарность. Диагностику и лечение причин гиперпролактинемии выполняет эндокринолог. Акушер-гинеколог может самостоятельно назначить обследование для исключения гиперпролактинемии при нарушениях менструального цикла, аменорее и бесплодии, а также подобрать терапию функциональной гиперпролактинемии и микропролактиномы. Макропролактинома — сфера ответственности эндокринолога и нейрохирурга.

Влияние на фертильность и течение беременности. Повышение синтеза пролактина неблагоприятно сказывается на возможности зачатия, поскольку оно часто ассоциировано с нарушениями менструального цикла и ановуляциями. Гиперпролактинемия может также сочетаться с другими гормонально детерминированными заболеваниями — СПЯ, задержкой полового созревания, ожирением, доброкачественной дисплазией молочных желёз, первичным гипотиреозом. Вне зависимости от причины при высокой концентрации пролактина отмечают снижение выработки фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов; как следствие, развиваются гипогонадизм и бесплодие. До наступления беременности концентрацию пролактина необходимо нормализовать (и добиться сокращения макропролактиномы в размерах при её наличии), поскольку гиперпролактинемия ассоциирована с невынашиванием, замершей беременностью, ПЭ, а также со спазмом сосудов плаценты и головного мозга плода⁴⁹.

Обследование

- Рутинное исследование концентрации пролактина при отсутствии жалоб на нарушения менструальной и репродуктивной функций не рекомендовано.
- Для обеспечения точности измерений уровня пролактина его нужно определять как минимум двукратно⁴⁸.

Комментарий. Зарубежные эксперты допускают однократное определение пролактина при условии, что соблюдены правила подготовки к исследованию, а забор крови осуществлён без излишнего стресса для пациентки⁵⁰.

- Лабораторно подтверждённое стойкое повышение пролактина требует исключения физиологических причин стимуляции секреции гормона⁴⁸.

Комментарий. Самая частая причина гиперпролактинемии — беременность, поэтому в первую очередь надо выполнить тест для определения

β-ХГЧ⁵¹. Кроме того, врач также должен убедиться, что пациентка правильно подготовилась к исследованию. При стрессе, физической нагрузке, после приёма белковой пищи, сна, коитуса, курения отмечают транзиторное повышение уровня гормона.

- При повышении концентрации пролактина необходимо исключить медикаментозную гиперпролактинемию⁵².

Комментарий. При опросе важно уточнить, какие препараты принимает пациентка, а также какой метод контрацепции она использует⁵³. Повышение уровня пролактина могут вызвать нейролептики, противорвотные средства, эстрогены, КОК, опиаты, антагонисты гистаминовых H₂-рецепторов и др. Внутриматочные контрацептивы могут стимулировать внепитуитарный синтез пролактина.

- При гиперпролактинемии необходимо исключить заболевания щитовидной железы (определить уровень ТТГ)⁴⁸.

Комментарий. Первичный гипотиреоз нередко вызывает умеренное повышение пролактина; коррекция гипотиреоза нормализует выработку гормона^{54,55}.

- При небольшом повышении концентрации пролактина рекомендовано исключить феномен макропролактинемии^{56–58}.

Комментарий. Пролактин обладает молекулярной гетерогенностью. Если у пациентки преобладает макропролактин, а уровень мономерного пролактина не превышает референсных значений, это биохимический феномен, который не требует никакого лечения.

- После подтверждения стойкой гиперпролактинемии рекомендована магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга^{48,56}.

Комментарий. Исследование выполняют после исключения вторичных причин гиперпролактинемии для визуализации микро- и макропролактином. МРТ может назначить акушер-гинеколог.

Лечение

- Для медикаментозной коррекции гиперпролактинемии (функциональной и опухолевой генеза) используют агонисты дофамина⁵⁹.

Комментарий. Лечение может назначить акушер-гинеколог. Вне зависимости от выбранного препарата дозу дофаминомиметика подбирают индивидуально. Титрование осуществляют под контролем уровня пролактина с интервалом в 4 нед до тех пор, пока концентрация гормона не достигнет физиологических значений. Врач должен предупредить пациентку о гипотензивном

действии агонистов дофамина, особенно на старте терапии. Для уменьшения выраженности побочных эффектов рекомендуют приём препарата в вечернее время с небольшим количеством пищи.

- На время лечения агонистами дофамина рекомендуют барьерные методы контрацепции^{60,61}.

- Планировать зачатие целесообразно при нормализации концентрации пролактина или уменьшении размеров макропролактиномы до 10 мм и менее⁴⁸.

Комментарий. При функциональной гиперпролактинемии и микропролактиномах обычно рекомендуют планировать беременность через несколько месяцев после старта терапии и восстановления двухфазного менструального цикла (условно — 6 мес для функциональной гиперпролактинемии и 12 мес для микропролактиномы). Риск увеличения микропролактином во время гестации минимален (ниже 2%).

При макропролактиномах перед зачатием необходимо убедиться в значимом уменьшении размеров опухоли на фоне лечения, чтобы свести к минимуму риск роста опухоли во время беременности. Критерии уменьшения опухоли — сокращение её объёма на 50% или снижение вертикального размера менее 10 мм; конкретные цели ставят индивидуально в зависимости от исходных данных. Вопрос о планировании беременности следует решать после контрольной МРТ, но не ранее 6–12 мес лечения⁶².

- Если у пациентки с пролактиномой на максимально разрешённых дозах каберголина (4,5 мг в неделю) в течение 12 мес и более не восстанавливается менструальный цикл и сохраняется выраженная гиперпролактинемия, а также при непереносимости медикаментозной терапии женщину направляют на нейрохирургическое лечение^{50,63}.

Комментарий. Оперативное лечение пролактином не относят к методу выбора. Трансфеноидальная аденомэктомия может провоцировать послеоперационный гипопитуитаризм, что ставит под угрозу дальнейшее деторождение, поэтому перед вмешательством надлежит тщательно взвесить риски и потенциальную пользу. Рост макропролактином во время беременности наблюдают у 20–30% пациенток⁶²; при этом после операции риск прогрессирования снижается до 2,8–4,3%.

- При наступлении беременности терапию агонистами дофамина отменяют⁵⁰.

Комментарий. Продолжение терапии агонистами дофамина возможно только у пациенток с макропролактинемией, если беременность наступила до уменьшения размеров опухоли, особенно при расположении объёмного образования вблизи хиазмы или кавернозных синусов. В этом случае показано динамическое наблюдение акушера-гинеколога, эндокринолога и офтальмолога.

4.3. Латентный дефицит железа и железодефицитная анемия

Регламентирующий документ. Клинические рекомендации «Железодефицитная анемия» (2024)⁶⁴.

Междисциплинарность. При выявлении анемии пациентке показана консультация терапевта (врача общей практики), при необходимости более углублённого обследования — врача-гематолога. Недостаток железа лидирует в ряду других микроэлементных дефицитов у беременных (до 75%)^{65,66}. Выявление нормального уровня гемоглобина не означает отсутствия латентного железодефицита, поскольку синтез гемоглобина нарушается в последнюю очередь; сначала страдает содержание железа в его депо, затем — транспортная фракция этого микроэлемента, и лишь в последнюю очередь возникает ЖДА.

Влияние на течение беременности. Угнетение иммунной системы на фоне ЖДА существенно повышает риск перинатальной инфекции как у матери, так и у плода. Тяжёлая ЖДА, диагностированная в I триместре, увеличивает вероятность ЗРП, ПР, низкой оценки новорождённого по шкале Апгар⁶⁷; в III триместре тяжёлая ЖДА ассоциирована с чрезвычайно высоким уровнем материнской смертности и перинатальной гибели плода⁶⁸.

Дефицит железа ассоциирован также с риском ряда осложнений во время родов и в послеродовом периоде: ПЭ и эклампсией (21%); послеродовыми кровотечениями (26%); гипогалактией (6,9%); гнойно-септическими заболеваниями (32%).

Обследование

- Диагноз ЖДА устанавливают на основании клинического анализа крови.

Комментарий. Снижение концентрации гемоглобина, MCH, MCV, увеличение RDW (иногда и количества тромбоцитов) свидетельствует о ЖДА.

- Для подтверждения диагноза ЖДА или латентного дефицита железа следует использовать сывороточные показатели метаболизма железа: исследование уровня ферритина в крови, уровня трансферрина

сыворотки крови, железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС), уровня железа сыворотки крови и насыщения трансферрина железом (НТЖ)^{64,69}.

Комментарий. Начиная с подросткового возраста скрининг для выявления ЖДА проводят у всех небеременных женщин каждые 5–10 лет в течение всего детородного возраста. Ежегодному скринингу подлежат пациентки с факторами риска ЖДА (с обильной кровопотерей при менструации или иной природы, недостаточным потреблением железа и предшествующим диагнозом ЖДА).

Лечение

- Цель лечения ЖДА — введение железа в количестве, необходимом для нормализации концентрации гемоглобина (у женщин 120–155 г/л) и восполнения тканевых запасов этого элемента (сывороточный ферритин 40–60 мкг/л). Для лечения и профилактики используют пероральные препараты солей железа.
- Всем пациенткам с ЖДА рекомендовано назначение пероральных лекарственных средств железа. Дозы препаратов и длительность лечения рассчитывают индивидуально с учётом возраста, массы тела пациентки и терапевтического плана лечения^{69,70}.

Комментарий. В соответствии с рекомендациями ВОЗ оптимальная доза железа для лечения тяжёлой ЖДА составляет 120 мг/сут, для профилактики — 60 мг/сут. Эффективность двух- и трёхвалентных препаратов железа для лечения ЖДА одинакова. Примерно у 20% пациенток на фоне терапии наблюдают жидкий стул или запор, которые купируют симптоматическими средствами.

Такие нежелательные явления, как тошнота и ощущение дискомфорта в эпигастриальной области, минимизируют, принимая препараты железа во время еды или снижая дозу. Применение высокодозированных средств сопряжено с увеличением частоты побочных эффектов со стороны ЖКТ.

- Длительность лечения зависит от выраженности железодефицита и может варьировать от 1 до 3 мес. Лечение целесообразно сочетать с назначением поливитаминов для полноценного обеспечения пластических процессов⁶⁴.
- В случаях неэффективности, плохой переносимости или наличия противопоказаний к применению пероральных лекарственных препаратов железа назначают средства для парентерального введения. Длительность терапии рассчитывают индивидуально с учётом

возраста, массы тела и степени тяжести ферродефицита^{64,71}.

- Рекомендовано оценивать эффективность терапии ЖДА путём мониторинга показателей гемограммы и сывороточных показателей обмена железа^{64,71}.

Комментарий. Эффективность лечения пациенток с ЖДА определяют по динамике клинических и лабораторных показателей. Самочувствие начинает улучшаться через 5–6 дней после начала терапии, содержание ретикулоцитов повышается через 8–12 дней, концентрация гемоглобина возрастает через 2,5–3 нед и нормализуется в большинстве случаев через 1 мес или позже.

- По окончании курса лечения препаратами железа необходимо контролировать показатели гемоглобина ежемесячно в течение года для определения целесообразности поддерживающей ферротерапии.

4.4. Воспалительные заболевания почек и мочевых путей

Регламентирующие документы. Клинические рекомендации «Цистит у женщин» (2024)⁷², «Хроническая болезнь почек» (2024)⁷³.

Междисциплинарность. Исследование и лечение хронических воспалительных заболеваний почек и мочевых путей проводит терапевт, при необходимости — нефролог, уролог либо акушер-гинеколог в соответствии с действующими клиническими рекомендациями.

Влияние на течение беременности. По данным Европейской ассоциации урологов (European Association of Urology, EAU), половина женщин в мире по меньшей мере раз в жизни переносят инфекцию мочевых путей⁷⁴. У 25–50% заболевших в течение ближайших 6–12 мес происходит рецидив⁷⁵. Существует корреляция между наличием экстрагенитальных очагов хронической инфекции (в первую очередь в мочевых путях) и ухудшением маточно-плацентарного кровообращения. Кроме того, воспалительная реакция служит триггером ПР и ПЗ^{76,77}. При отсутствии прегравидарной коррекции у каждой второй пациентки с хроническим пиелонефритом происходит обострение во время беременности⁷⁸.

- Для диагностики острого восходящего пиелонефрита у пациенток с циститом и подозрением на восходящую инфекцию (температура тела свыше 38 °C, боли в поясничной обла-

сти и/или при пальпации почек) рекомендованы УЗИ и/или компьютерная томография (КТ) почек.

Комментарий. При остром цистите у женщин может быть 40 лет без факторов риска мочекаменной болезни, интерстициального цистита или рака мочевого пузыря микробиологическое исследование мочи и инструментальные методы диагностики не рекомендованы.

Лечение

- При остром неосложнённом цистите показана антибактериальная терапия препаратами фосфомицина, фуразидина или нитрофурантоина. При их непереносимости используют цефаксим.

Комментарий. В настоящее время для лечения цистита не рекомендовано использование фторхинолонов, ампициллина, амоксициллина и ко-тримоксазола.

- Пациенткам с рецидивирующим циститом рекомендована антибактериальная терапия фосфомицином в дозе 3 г 1 раз через 10 дней на протяжении 3 мес.

- При наличии хронического пиелонефрита рекомендовано поддерживать достаточный диурез^{72,79}.

Комментарий. Пациентке рекомендуют обильное питьё (объём жидкости — 2–2,5 л). Можно использовать чистую воду, витаминизированные отвары (клюквенные морсы)⁸⁰.

- Вне обострения рекомендована длительная терапия фитоуросептиками^{81,82}.

Комментарий. Поддерживающая терапия фитооборами и растительными препаратами снижает частоту рецидивов. Рекомендовано также избегать переохлаждения.

- На прегравидарном этапе рекомендовано лечение очаговых инфекционных процессов.

Комментарий. Ликвидация очагов хронической инфекции, в том числе восстановление микроценоза влагалища и эубиоза кишечника, снижает частоту рецидивов инфекций мочевыделительной системы^{83–85}.

- Антибактериальная терапия показана при выявлении одного и того же микроорганизма в количестве 10⁵ КОЕ/мл и выше при двукратном бактериологическом исследовании мочи с интервалом не менее 24 ч, но не более 7 дней^{74,86,87}.

Комментарий. Антибактериальная терапия хронического пиелонефрита имеет ведущее значение для эрадикации возбудителей. Поскольку обостре-

Таблица. Модифицированная классификация риска сердечно-сосудистых осложнений беременных с кардиоваскулярными нарушениями по ВОЗ

Параметры	Группы риска		
	I	II	II–III
Диагноз	Неосложнённый, незначительный или умеренно выраженный стеноз лёгочной артерии, открытый артериальный проток. Успешно оперированный порок сердца (дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток, аномальный дренаж лёгочных вен). Редкие предсердные или желудочковые экстрасистолы. Отсутствие признаков сердечной недостаточности	Неоперированный дефект межпредсердной перегородки или дефект межжелудочковой перегородки. Корригированная тетрада Фалло. Большинство аритмий (суправентрикулярные аритмии) со стабильной гемодинамикой. Синдром Шерешевского–Тёрнера без дилатации аорты	Умеренно выраженное поражение левого желудочка (фракция выброса более 45% при отсутствии признаков сердечной недостаточности). Гипертрофическая кардиомиопатия. Заболевание клапанного аппарата, не соответствующее ВОЗ I или IV (незначительный митральный стеноз, умеренный аортальный стеноз). Синдром Марфана без дилатации аорты. Диаметр аорты менее 45 мм в сочетании с двустворчатым аортальным клапаном. Оперированная коарктация аорты. Открытый атриовентрикулярный канал
Риск материнской смертности	Не повышен	Незначительно повышен	Умеренно повышен
Вероятность осложнения со стороны ССС у матери	2,5–5%	5,7–10,5%	10–19%
Медицинское учреждение для наблюдения беременной	I уровня	I уровня	II уровня
Частота наблюдений профильным специалистом (кардиологом)	1–2 раза в течение беременности	1 раз в триместр	1 раз в 2 мес

Группы риска	
III	IV
Значительное поражение левого желудочка (фракция выброса 30–45%). Предшествующая перипартальная кардиомиопатия без резидуального поражения левого желудочка. Механический искусственный клапан. Системный правый желудочек без нарушения или с незначительным нарушением функции. Операция Фонтена. Неоперированные пороки сердца с цианозом. Другие сложные ВПС. Митральный стеноз средней степени. Выраженный аортальный стеноз без клинических проявлений. Умеренная дилатация аорты средней степени (40–45 мм при синдроме Марфана; 45–50 мм при двустворчатом аортальном клапане, индекс размера аорты 20–25 мм/м² при синдроме Шерешевского–Тёрнера, менее 50 мм при тетраде Фалло). Желудочковая тахикардия	Все случаи лёгочной гипертензии. Выраженная дисфункция системного желудочка (фракция выброса менее 30% в сочетании с клиническими признаками сердечной недостаточности). Предшествующая перипартальная кардиомиопатия с резидуальным поражением левого желудочка. Выраженный митральный стеноз, выраженный аортальный стеноз с клиническими симптомами. Системный правый желудочек с выраженным или тяжёлым нарушением функции. Дилатация аорты средней степени (более 45 мм при синдроме Марфана; более 50 мм при двустворчатом клапане аорты, индекс размера аорты более 25 мм/м² при синдроме Шерешевского–Тёрнера, более 50 мм при тетраде Фалло). Синдром Элерса–Данлоса. Тяжёлая (ре)коарктация. Операция Фонтена в сочетании с другими нарушениями
Значительно повышен	Чрезвычайно высокий
19–27%	40–100%
Специализированное учреждение	Специализированное учреждение
1 раз в месяц или 1 раз в 2 мес	1 раз в месяц

ние инфекции могут вызвать различные микроорганизмы, рекомендовано определять чувствительность патогена к антимикробным средствам.

- При осложнённом течении, развитии нефросклероза, хронической почечной недостаточности, АГ и др. коллегиальное решение о возможности вынашивания беременности принимает перинатальный консилиум.
- У женщин с посткоитальным циститом, когда рецидивы заболевания чётко связаны с половым актом, рекомендована антибиотикопрофилактика до или после полового акта препаратами нитрофурантоина.

Комментарий. Немедикаментозная профилактика цистита, в том числе посткоитального, включает:

- соблюдение правил интимной гигиены;
 - опорожнение мочевого пузыря до и после коитуса;
 - употребление адекватного количества жидкости;
 - применение с осторожностью барьерных методов контрацепции и других средств, непосредственно контактирующих с наружными половыми органами (отслеживание индивидуальной реакции и при возникновении симптомов — отказ от провоцирующих агентов);
 - использование сертифицированных лубрикантов при необходимости.
- При неэффективности консервативной терапии или с целью снижения лекарственной нагрузки пациенткам с посткоитальным циститом следует рассмотреть варианты хирургического лечения⁸⁸.

Комментарий. Хирургическое вмешательство при хроническом, часто рецидивирующем цистите может быть рекомендовано женщинам с выявленными анатомическими дефектами (эктопией уретрального отверстия, уретро-гименальными спайками).

4.5. Заболевания сердца и артериальная гипертензия

Регламентирующие документы. Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых» (2024)⁸⁹ и национальные рекомендации Российского кардиологического общества «Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности» (2018)⁹⁰.

Междисциплинарность. При хронической АГ следует обеспечить диспансерное наблюдение и ПП с привлечением лечащего врача-терапевта (кардиолога), невролога, офтальмолога, эндокринолога.

4.5.1. Артериальная гипертензия

Обследование

- Женщины с хронической АГ при планировании беременности должны пройти комплексное клиничко-лабораторное обследование (электрокардиография [ЭКГ], эхокардиография, суточное мониторирование АД, исследование сосудов глазного дна, УЗИ почек; при необходимости мониторирование ЭКГ по Холтеру, нагрузочные тесты).
- Необходимо оценивать факторы риска ПЭ при сборе анамнеза и осмотре⁹¹.

Комментарий. Нужно проинформировать пациентку и членов семьи о повышенном риске ПЭ, особенностях диспансерного наблюдения во время беременности, важности ранней первой явки, противопоказаниях к приёму некоторых антигипертензивных препаратов во время беременности и в послеродовом периоде при кормлении грудью.

Лечение

- На прегравидарном этапе рекомендовано выделять категорию пациенток с «высоким нормальным» АД — систолическим артериальным давлением (САД) 130–139 мм рт.ст. и/или диастолическим артериальным давлением (ДАД) 85–89 мм рт.ст., что служит показанием для консультации кардиолога⁸⁹.

Комментарий. Пациенткам с АГ необходимо отменить препараты, противопоказанные при беременности, такие как атенолол, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антагонисты рецепторов ангиотензина II, антагонисты альдостерона (спиронолактон), антагонисты рецепторов к минералокортикоидам (эплеренон), резерпин, недигидропиридиновые антагонисты кальция (дилтиазем и фелодипин). Если женщина принимала статины, то на этапе ПП или при наступлении беременности эти препараты необходимо отменить.

Женщинам с АГ в репродуктивном возрасте с риском наступления незапланированной беременности не рекомендовано использовать ингибиторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы в связи с риском развития врождённых уродств и гибели плода. Пациенткам детородного возраста, особенно планирующим беременность, предпочтительно назначать β-адреноблокаторы⁸⁹.

- При неосложнённой хронической АГ цель антигипертензивной терапии — уровень АД ниже 150/100 мм рт.ст.⁹²

Комментарий. Не следует снижать ДАД ниже 80 мм рт.ст.

- Всем пациенткам с АГ независимо от тяжести заболевания и лекарственной терапии рекомендована модификация образа жизни.

Комментарий. Модификация образа жизни включает соблюдение принципов здорового питания, снижение потребления соли и кофеинсодержащих продуктов, исключение курения и злоупотребления алкоголем⁹³.

4.5.2. Врождённые пороки сердца

- У пациенток с ВПС рекомендовано использовать модифицированную классификацию ВОЗ по оценке риска сердечно-сосудистых осложнений у беременных с кардиоваскулярными нарушениями (табл.).

Комментарий. Гестация противопоказана при наличии следующих состояний (IV группа риска).

- Лёгочная гипертензия любой этиологии.
- Выраженная дисфункция системного желудочка (фракция выброса менее 30%, функциональный класс сердечной недостаточности III–IV по рекомендациям Нью-Йоркской кардиологической ассоциации [New York heart association, NYHA]).
- Предшествующая перипартальная кардиомиопатия с резидуальным поражением левого желудочка.
- Выраженный митральный или аортальный стеноз с клиническими проявлениями.
- Системный правый желудочек с выраженным или тяжёлым нарушением функции.
- Синдром Марфана с дилатацией аорты более 45 мм.
- Дилатация аорты более 50 мм при двустворчатом клапане аорты.
- Врождённая тяжёлая коарктация аорты.

4.5.3. Приобретённые пороки сердца

- Планирование беременности у пациенток с тяжёлым митральным стенозом без предварительной хирургической коррекции не рекомендовано.
- Недостаточность митрального клапана при отсутствии клинических симптомов сердечной недостаточности не увеличивает риск осложнений при беременности.
- Недостаточность аортального клапана при отсутствии клинических проявлений не ухудшает течение беременности. В случае выра-

женной дилатации левого желудочка (ЛЖ) (конечный диастолический размер более 5,5 см по данным эхокардиографического исследования) беременность не рекомендована.

- Всех беременных с искусственными клапанами сердца относят к категории высокого риска сердечно-сосудистых осложнений (ВОЗ III).

Комментарий. Вопрос о возможности вынашивания беременности у пациенток решают коллегиально. Антикоагулянтную терапию женщинам с механическими протезами клапанов подбирают индивидуально с учётом эмбриотоксического эффекта антагонистов витамина К.

- В подавляющем большинстве случаев беременность у женщин с пролапсом митрального клапана протекает благоприятно и заканчивается нормальными родами. Тактика ведения пациенток зависит от выраженности гемодинамических расстройств и осложнений.

4.5.4. Кардиомиопатии

- Беременностьотягощает течение дилатационной кардиомиопатии и способствует возникновению осложнений.

Комментарий. Если это диффузное поражение миокарда диагностировано на этапе ПП, беременность нежелательна даже при отсутствии клинических симптомов. Пациенток следует проинформировать о высоком риске ухудшения состояния во время вынашивания или после родов.

- При планировании беременности пациенткам с гипертрофической кардиомиопатией и обструкцией выносящего тракта ЛЖ с наличием синкопальных состояний и/или сложных аритмий целесообразно решить вопрос о хирургической коррекции заболевания. Беременность, как правило, не усугубляет гемодинамические расстройства.
- Беременность настоятельно не рекомендована при рестриктивной кардиомиопатии.

4.5.5. Нарушения сердечного ритма и проводимости

- При ведении пациенток с нарушениями сердечного ритма на этапе планирования беременности необходимо провести диагностику и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, болезней органов дыхания, дисфункции щитовидной железы, а также коррекцию элек-

тролитных нарушений и других патологических состояний, способствующих развитию аритмий.

Комментарий. Во время терапии следует обеспечить применение надёжных методов контрацепции (в связи с возможным негативным влиянием антиаритмических препаратов на плод). Для предотвращения нарушений сердечного ритма необходимо выявить и устранить факторы, которые могут их провоцировать: употребление алкоголя, кофеина, курение, психоэмоциональные перегрузки (ощущение беспокойства, тревоги, страха и т.д.).

Во многих случаях выполнение вышеперечисленных мер оказывается достаточным для профилактики или купирования ряда аритмий либо для существенного снижения выраженности клинических проявлений.

- Синоатриальные блокады в подавляющем случае бессимптомны и не требуют специального лечения.
- Синоатриальные блокады с симптомной брадикардией (пресинкопе, синкопе) служат показанием для имплантации искусственного водителя ритма.
- Атриовентрикулярные блокады, как правило, протекают бессимптомно и не осложняют течение беременности и родов.
- При приобретённых блокадах II и III степени показана профилактическая имплантация электрокардиостимулятора до гестации.

4.6. Заболевания желудочно-кишечного тракта

Регламентирующие документы. Клинические рекомендации «Запор» (2024), «Синдром раздражённого кишечника» (2024), «Неалкогольная жировая болезнь печени» (2024)^{94–96}.

Междисциплинарность. Обследование и лечение женщин с болезнями ЖКТ проводит терапевт, при необходимости — гастроэнтеролог в соответствии с действующими профильными клиническими рекомендациями. Общая тактика ПП пациенток с заболеваниями ЖКТ предусматривает следующие пункты.

- Оценка факторов риска нарушений всасывания белка, витаминов, железа.
- При тяжёлом течении заболевания рекомендовано коллегиально решать вопрос о возможности вынашивания беременности — с привлечением перинатального консилиума или комиссии после выведения пациентки в ремиссию по основному заболеванию.

4.6.1. Запоры

Констипация (запоры) — патологический симптом нарушения функций ЖКТ, чрезвычайно значимый в патогенезе невынашивания беременности, притом весьма часто диагностируемый до и во время гестации (до 50%). Ситуацию усугубляют погрешности в питании, стресс, малоподвижный образ жизни.

Лечение

- Коррекция рациона благоприятно отражается на эвакуаторной функции ЖКТ⁹⁷.

Комментарий. Мероприятия, рекомендованные на прегравидарном этапе: диетотерапия, увеличение доли растительной клетчатки (особенно псиллиум по 10–40 г в день), отрубей, пектина, кисломолочных продуктов, пребиотиков. Приём пищи 5–6 раз в день дробно, ежедневное количество принимаемой жидкости — 1,5–2 л.

- На прегравидарном этапе рекомендованы дозированные физические нагрузки^{98,99}.

Комментарий. Повышение физической активности способствует улучшению кровоснабжения органов таза и брюшной полости и усиливает перистальтику кишечника.

- При неэффективности немедикаментозных методов фармакотерапию запоров назначает терапевт или гастроэнтеролог.

Комментарий. Возможно назначение слабительных средств, меняющих состав и характеристики каловых масс, но не влияющих на сократительную активность гладкой мускулатуры органов брюшной полости (макрогол, лактулоза, глицериновые свечи, размягчающие микроклизмы, прокинетики и др.), после консультации с гастроэнтерологом.

- Пациенткам с функциональным запором рекомендовано назначение штаммоспецифических пробиотиков.

Комментарий. Для увеличения частоты стула и улучшения консистенции наряду с коррекцией питания и повышением физической активности эффективно добавление пробиотиков: противодиарейных микроорганизмов, лактобацилл и др. Преимущество имеют мультиштаммовые пробиотики.

Доказано благоприятное влияние штамма *Bifidobacterium animalis ssp. lactis*, что отражено в клинических рекомендациях «Запор» (2024). Получены также убедительные результаты исследований об эффективности комбинации *L. rhamnosus* и *L. acidophilus*¹⁰⁰ и других мультиштаммовых пробиотиков.

4.6.2. Синдром раздражённого кишечника

Функциональные нарушения ЖКТ — ведущая причина жалоб со стороны пищеварительной системы у молодых пациентов¹⁰¹. Общая распространённость синдрома раздражённого кишечника (СРК) в мире составляет 11,2%, в некоторых регионах достигает 45%¹⁰². Заболевание чаще выявляют в молодом возрасте, женщины более подвержены этому патологическому состоянию, чем мужчины¹⁰³. При СРК абдоминальная боль связана с дефекацией, изменением частоты и характера стула (могут быть как запоры, так и диарея), как правило, сопровождается избыточным газообразованием. Эти симптомы вызваны изменениями моторной функции кишечника и повышением висцеральной чувствительности. Важнейшая характеристика СРК — отсутствие отклонений в лабораторных анализах и при инструментальном обследовании, поскольку нет органического субстрата нарушений.

Лечение

- Помимо медикаментозной терапии и психологического консультирования (стресс и тревога — ключевые триггеры обострения жалоб), больным СРК может быть рекомендована диета low FODMAP (low fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols — питание с пониженным содержанием ферментируемых олигосахаридов, дисахаридов, моносахаридов и полиолов)¹⁰⁴.

Комментарий. Цель диеты low FODMAP — персонализированное выявление продуктов, которые провоцируют симптомы СРК (в частности, избыточное газообразование), а также определение безопасных порций. Она состоит из трёх этапов¹⁰⁵:

- исключение «опасных» продуктов (как правило, на 4–6 нед, при необходимости — до 8 нед);
- расширение диеты (на введение одного продукта — 3 дня: употребление малой, стандартной и большой порции; в среднем продолжительность этой фазы — 6–10 нед);
- индивидуализация рациона.

Поскольку на первом этапе рацион существенно ограничен, диетотерапию СРК следует начинать на этапе ПП. Таким образом, к моменту беременности женщина сможет достичь полной или частичной ремиссии, при этом её питание будет полноценным.

4.6.3. Синдром мальабсорбции

Заболевания, возникающие вследствие врождённого или приобретённого нарушения полостного, пристеночного или мембранного пищеварения, объединены в синдром мальабсорбции. В результате этих патологических состояний возникает дефицит пищевых ингредиентов, в первую очередь витаминов и минералов. Диагностика и лечение этих заболеваний — компетенция терапевта и гастроэнтеролога, однако акушер-гинеколог при планировании беременности должен выявить или заподозрить их наличие для своевременной коррекции микронутриентной недостаточности.

Лечение

- Пациентки с доказанной непереносимостью тех или иных пищевых продуктов нуждаются в пожизненной диете¹⁰⁶.

Комментарий. В зависимости от причины нарушения всасывания и переваривания пищи гастроэнтеролог рекомендует различные диеты. Строгая безглютеновая диета — единственный эффективный метод коррекции целиакии, способный предотвратить развитие грозных осложнений; низкобелковая диета показана при фенилкетонурии и т.п.^{107,108} Задача акушера-гинеколога — акцентировать внимание женщины на важности соблюдения рекомендаций для предотвращения осложнений беременности.

- На прегравидарном этапе пациенткам с синдромом мальабсорбции рекомендованы высокие дозы фолатов для профилактики ДНТ¹⁷.

Комментарий. Учитывая высокий риск ДНТ, ассоциированных с дефицитом фолатов, будущим матерям рекомендованы более высокие дозы фолиевой кислоты^{20,109}.

- Пациенткам с синдромом мальабсорбции рекомендованы высокие дозы витамина D (6000–10 000 МЕ/сут) ежедневно^{9,110}.

Комментарий. Нарушение всасывания питательных веществ и микронутриентов усугубляет недостаток 25(OH)D, что требует дотации витамина D. Во время терапии рекомендовано контролировать уровень 25(OH)D в сыворотке крови для коррекции дозы.

4.6.4. Неалкогольная жировая болезнь печени

- Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) — хроническое метаболически ассо-

цированное поражение печени, характеризующееся избыточным накоплением триглицеридов в гепатоцитах (стеатоз) у пациентов, не употребляющих алкоголь в гепатотоксических дозах. Спектр заболевания включает стеатоз (неалкогольную жировую дистрофию) и стеатогепатит, который может прогрессировать до фиброза, цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы. Ключевым патогенетическим звеном НАЖБП выступает инсулинорезистентность и висцеральное ожирение, что требует рассматривать её как печёночную составляющую метаболического синдрома.

Комментарий. Важно понимать, что НАЖБП у женщин репродуктивного возраста часто протекает бессимптомно, но может существенно влиять на течение беременности, особенно при наличии сопутствующего ожирения или СД.

- При НАЖБП необходимо обеспечить диспансерное наблюдение с привлечением гастроэнтеролога, эндокринолога, терапевта.

Обследование

- На этапе ПП женщине с подозрением на НАЖБП необходимо исключить другие причины поражения печени (вирусные гепатиты, алкогольную болезнь, аутоиммунные и холестатические заболевания).
- Объём инструментального поиска включает УЗИ органов брюшной полости (для оценки стеатоза) и неинвазивное определение стадии фиброза (например, эластометрия печени). Лабораторно оценивают активность трансаминаз (АЛТ, АСТ, ГГТ), липидный спектр, показатели углеводного обмена (глюкозу натощак, инсулин, индекс HOMA-IR)⁹⁶.

Лечение и образ жизни

- Основой терапии НАЖБП служит модификация образа жизни, направленная на контроль массы тела.

Комментарий. Рекомендована гипокалорийная диета с исключением простых углеводов и трансжиров, с акцентом на средиземноморском типе питания, а также регулярная аэробная нагрузка не менее 150 мин в неделю⁹⁶.

- Медикаментозное лечение (урсодезоксихолевая кислота, витамин Е) может быть рассмотрено только при неэффективности немедикаментозных мер и после консультации гепатолога с учётом ограниченных данных по безопасности большинства гепатопротекторов в период зачатия и беременности⁹⁶.

Комментарий. Важно информировать женщину о том, что нормализация массы тела и улучшение метаболических параметров на этапе подготовки значимо снижают риск ГСД, ПЭ и жировой дистрофии печени. Приём любых гепатотоксических препаратов (включая безрецептурные) на этапе ПП должен быть исключён.

4.7. Хронические вирусные инфекции

4.7.1. ВИЧ-инфекция

Регламентирующий документ. Клинические рекомендации «ВИЧ-инфекция у взрослых» (2024)¹¹¹ и «ВИЧ-инфекция у беременных» (2025)¹¹².

Междисциплинарность. При оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам, планирующим беременность, врач-инфекционист, врач акушер-гинеколог и врач-педиатр центра профилактики и борьбы с синдромом приобретённого иммунодефицита (СПИД) (либо уполномоченной медицинской организации) консультируют пациентку по вопросам рисков передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку, обязательности соблюдения схемы антиретровирусной терапии (АРТ) и приверженности ей.

Влияние на течение беременности. По итогам 2025 года в России проживали более 1,23 млн человек с лабораторно подтверждённым диагнозом ВИЧ-инфекции, что составляет 0,8% населения. Было зарегистрировано 45 638 новых случаев заболевания¹¹³. В 11 регионах России ВИЧ выявляют у более чем 1% беременных¹¹⁴. Задача акушера-гинеколога — выявить все случаи заражения и предотвратить вертикальную передачу ВИЧ. Во время беременности и родов существует риск заражения новорождённых, однако его можно нивелировать, используя АРТ.

- Всем женщинам репродуктивного возраста, а также половым партнёрам беременных рекомендовано обследование на ВИЧ-инфекцию с целью исключения инфицирования ВИЧ¹¹².
- Всем ВИЧ-инфицированным женщинам, находящимся под диспансерным наблюдением, рекомендовано консультирование по планированию беременности.

Комментарий. С ВИЧ-инфицированной пациенткой необходимо обсудить следующие моменты.

- Репродуктивное здоровье и намерение женщины в отношении беременности.

- Предоставить информацию об эффективных и подходящих методах контрацепции для снижения вероятности незапланированной беременности.
- Направить женщину и её полового партнёра на обследование ИППП и пройти лечение ИППП перед планируемой беременностью.
- Разъяснить необходимость назначения АРТ для максимального подавления репликации ВИЧ перед планируемой беременностью для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребёнку.
- ВИЧ-инфицированному половому партнёру женщины также необходимо назначение АРТ для устойчивого подавления вируса перед планируемой беременностью.
- Разъяснить возможные нежелательные явления и тератогенное действие некоторых АРТ и схем АРТ, возможные неблагоприятные исходы для матери и плода. Ориентировать женщину на применение АРВТ, безопасных во время беременности.
- Назначение АРТ ВИЧ-инфицированному партнёру.
- Планирование беременности с использованием процедуры экстракорпорального оплодотворения методом интрацитоплазматической инъекции сперматозоида (ЭКО/ICSI).

- При планировании беременности в серодискордантных парах ВИЧ-инфицированному мужчине-партнёру ВИЧ-серонегативной женщины с целью исключения (минимизации) риска заражения партнёрши рекомендовано использовать подготовку спермы по методике: градиентное центрифугирование—отмыв средой—флотация (swim up)¹¹².

Комментарий. В дискордантных парах для профилактики передачи ВИЧ-инфекции консультацию по возможностям использования ВРТ проводят инфекционисты, эпидемиологи, акушеры-гинекологи и медицинские психологи центра СПИД.

- ВИЧ-инфекция не служит противопоказанием к отбору пациентов для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ. По эпидемиологическим показаниям ВРТ используют в дискордантных парах с целью снижения риска инфицирования партнёра при попытке зачатия^{115,116}.

Комментарий. Пациенткам с ВИЧ-инфекцией в стадии инкубации (стадия 1) и острой стадии (2А, 2Б, 2В) рекомендуют отсрочить использование ВРТ до перехода заболевания в субклиническую стадию (стадия 3). Женщинам в стадии вторичных заболе-

ваний (4А, 4Б, 4В) в фазе прогрессирования также рекомендовано отсрочить проведение ВРТ до перехода заболевания в фазу ремиссии, продолжительность которой должна составлять не менее 6 мес.

ВРТ рекомендовано выполнять при достижении неопределяемого уровня РНК ВИЧ в крови в двух последовательных исследованиях, сделанных с интервалом не менее 6 мес. При отсутствии полного подавления РНК ВИЧ в ходе АРТ вопрос о возможности ВРТ решает консилиум врачей.

- Женщинам с ВИЧ-инфекцией перед ВРТ и во время стимуляции овуляции рекомендована АРТ независимо от наличия клинических и лабораторных показаний к её назначению.

4.7.2. Вирусные гепатиты В и С

Регламентирующие документы. Клинические рекомендации «Острый гепатит В (ГВ) у взрослых» (2024), «Хронический вирусный гепатит С» (2025) и «Хронический вирусный гепатит В» (2024)^{117–119}.

Междисциплинарность. Обследование и лечение пациенток, инфицированных вирусом гепатита В или С, осуществляют врач-инфекционист, врач-гастроэнтеролог, терапевт и врач общей практики (семейный врач) согласно действующим клиническим рекомендациям.

- Перед планированием беременности обязательна оценка степени фиброза печени (например, с помощью эластометрии или FibroTest).

- С женщинами репродуктивного возраста до начала терапии HBV- или HCV-инфекции следует обсудить вопросы планирования семьи. Пациентка должна получить информацию о безопасности препаратов в случае их приёма во время беременности¹²⁰.

Комментарий. При подготовке к беременности необходима коррекция доз лекарственных препаратов (при нарушении функции печени).

- Возможна отсрочка терапии до родоразрешения у женщин с HBV-инфекцией без выраженного фиброза печени, планирующих беременность в ближайшем будущем¹²⁰.

- В случае наступления беременности во время терапии HBV-инфекции схему лечения следует пересмотреть¹²⁰.

- Рибавирин обладает тератогенными свойствами. Во время лечения и в течение 4 мес после отмены рекомендовано избегать беременности, используя надёжную контрацепцию¹²¹.

- Для лечения вирусного гепатита В предпочтение отдают тенофовиру.

5. ПРЕГНАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Регламентирующие документы. Клинические рекомендации «Привычный выкидыш» (2025)¹, «Выкидыш (самопроизвольный аборт)» (2024)², зарубежные гайдлайны.

Междисциплинарность. Диагностику ПНБ и устранение её причин выполняет акушер-гинеколог, при необходимости с привлечением медицинского генетика, эндокринолога, гематолога, уролога-андролога, психолога и др.

Влияние на фертильность и течение беременности. Предполагают, что у 1–3% супружеских пар регистрируют привычный выкидыш. Каждый последующий выкидыш ассоциирован с ухудшением репродуктивного прогноза. По итогам проспективных исследований вероятность живорождения у не получающих лечения женщин с ПНБ варьирует от 41 до 72% при двух эпизодах, от 42 до 86% — при трёх и от 23 до 51% — при пяти эпизодах и более³.

Согласно клиническим рекомендациям, обследовать и лечить пару начинают после двух самопроизвольных прерываний беременности. Однако при настойчивом желании пациентки и в старшем репродуктивном возрасте супругов возможно начинать обследование и после спорадического выкидыша.

5.1. Общий план обследования

- Врач самостоятельно определяет объём диагностических мероприятий с учётом индивидуальных особенностей пациентки.

Комментарий. Консенсуса об объёме диагностических процедур при ПНБ нет. Диагностический поиск подразумевает последовательное исключение всех возможных причин, начиная с более распространённых и используя сначала наиболее доступные методы. Однако даже полное обследование пары не всегда приносит результаты. Причина 50% ПНБ остаётся неизвестной («идиопатический выкидыш»)⁴.

- Диагностический алгоритм при ПНБ подразумевает последовательное исключение известных этиологических факторов ПНБ⁵.

Комментарий. Этиологические факторы ПНБ подразделяют на генетические, анатомические (аномалии развития матки, истмико-цервикальная недостаточность), иммунные (в том числе антифосфолипидный синдром [АФС]); инфекционные, эн-

дометриальные, эндокринные (в том числе НЛФ), пролиферативные заболевания репродуктивных органов (эндометриоз, миома, полип), аномалии спермы.

- Обследование начинают со сбора анамнеза и оценки факторов риска ПНБ.

Комментарий. Необходимо выявить возможные негативные факторы внешней среды, особенности образа жизни, наличие привычных интоксикаций, индивидуальных рисков, которые включают:

- старший репродуктивный возраст;
- курение;
- хроническую алкогольную интоксикацию;
- употребление наркотических средств;
- низкий социально-экономический статус;
- дефицит массы тела или ожирение.

Пациенткам дают рекомендации по изменению образа жизни, борьбе с вредными привычками и коррекции питания при аномальном ИМТ.

- Схема обследования при привычном выкидыше может включать следующие мероприятия.

- Трансвагинальное УЗИ для выявления анатомических нарушений, оценки эндометрия в разные фазы менструального цикла, подсчёта антральных фолликулов.
- Исключение эндокринных нарушений (заболеваний щитовидной железы, гиперпролактинемии и др.).
- Диагностику инфекционных заболеваний, исключение ИППП.
- Соногистерографию, гистеросальпингографию и гистероскопию.
- Кариотипирование пары.
- Генетическое исследование остатков плодного яйца; биоптат должен быть получен под визуальным контролем (гистероскопия и эмбриофетоскопия).
- Скрининг АФС.

- Рутинные исследования таких параметров иммунной системы, как HLA-типирование пары, определение антиспермальных или антиовариальных антител и цитокинового профиля, в программе ПП излишни.

- Рутинный скрининг для определения тромбофилических нарушений не выполняют ввиду недоказанной целесообразности подобных мероприятий. Определение концентрации гомоцистеина в крови также не обязательно.

- Определение концентрации D-димера не рекомендовано, поскольку его повышение не свидетельствует о наличии тромбофилического состояния.

5.2. Генетическое обследование

- Хромосомные нарушения плода чаще приводят к спорадическому невынашиванию, а не к привычному. Они ассоциированы в первую очередь с возрастом беременной.

Комментарий. С повышением количества самопроизвольных потерь беременности вероятность анеуплоидии эмбриона снижается (за ПНБ чаще ответственны другие механизмы). Тем не менее у 2–5% пар с ПНБ при кариотипировании выявляют структурные перестройки хромосом (чаще всего — транслокации, инверсии и инсерции)⁴.

- При ПНБ рекомендовано кариотипирование абортуса при наличии возможности забора материала.

Комментарий. Результаты кариотипирования абортуса не определяют прогноз в отношении последующей беременности, но выяснение причины выкидыша — важный аргумент в пользу определения хромосомного набора. Отказ от него ведёт к неполноценной диагностике и чреват ошибками в выборе тактики лечения. Знание этиологии репродуктивной потери имеет не только медицинское значение: устранение неизвестности крайне важно и для морально-психического состояния пары с ПНБ⁶.

- При замершей в I триместре беременности желательно использование эмбриофетоскопии — метода, обеспечивающего визуализацию и доступ к эмбриону/плоду *in utero*.

Комментарий. Трансцервикальная эмбриофетоскопия обеспечивает морфологическую оценку эмбриона, получение материала для цитогенетического исследования и позволяет избежать контаминации исследуемого образца материнскими тканями.

- Кариотипирование пар с привычной потерей беременности следует рекомендовать лишь после индивидуальной оценки рисков⁷. При выявлении структурных аномалий хромосом показано медико-генетическое консультирование пары.

Комментарий. Вероятность выявления сбалансированной транслокации в паре низка (2%), а частота рождения живого ребёнка с генетическими аномалиями при этом состоянии ещё ниже, поэтому кариотипирование всех пар с ПНБ нецелесообразно.

- При выявлении генетических аномалий у будущих родителей или эмбриона рекомендована консультация генетика для оценки шансов рождения здорового потомства.

Комментарий. Если вероятность рождения ребёнка с той или иной генетической аномалией велика, можно предложить ЭКО с преимплантационным генетическим тестированием (ПГТ) или донорство ооцитов и спермы.

- ПГТ в рамках ЭКО показано носителям таких аномалий, как числовые и структурные аберрации хромосом⁸.

Комментарий. Если единственное показание к ЭКО — исключение эмбрионов с хромосомными нарушениями, в индивидуальном порядке можно рекомендовать ПГТ.

С 2026 года ПГТ на моногенные заболевания и структурные хромосомные перестройки включены в программу обязательного медицинского страхования⁹. Эти исследования применяют при ЭКО и помогают выявлять генетические нарушения и хромосомные аномалии у эмбрионов. Однако ПГТ не следует выполнять рутинно. ПГТ на моногенные заболевания и/или структурные хромосомные перестройки назначают при высоком риске передачи наследственных заболеваний потомству (носители генных мутаций, сцепленных с хромосомой X и/или с хромосомой Y; носители генных мутаций, вызывающие моногенные заболевания; носители хромосомных аномалий).

5.3. Недостаточность лютеиновой фазы, дефицит прогестерона

Неполноценная секреторная трансформация эндометрия, более позднее возникновение «окна имплантации» или неадекватная реакция на прогестерон со стороны органов-мишеней — распространённые причины самопроизвольного аборта в I триместре.

Проявление сложного, своевременно не диагностированного синдрома НЛФ нередко наблюдают только на ранних сроках гестации и у пациенток с ПНБ¹⁰.

- НЛФ — эндокринное нарушение функций яичников, для которого характерно снижение синтеза прогестерона жёлтым телом в лютеиновой фазе менструального цикла¹⁰.

Комментарий. Основные методы диагностики НЛФ перечислены ниже.

- УЗ-мониторинг роста и созревания фолликула, произошедшей овуляции и состояния эндометрия.
- Сравнительная оценка содержания прогестерона в крови с морфологической картины эндометрия, взятого при гистероскопии в середине лютеиновой фазы (на 21–25-й день менструального цикла в зависимости от его продолжительности).

- Измерение базальной температуры, рекомендованное ведущими руководствами многие годы, однозначно признано недостоверным диагностическим тестом.

Комментарий. Базальная температура может быть нормальной в течение нескольких менструальных циклов при отсутствии какого-либо лечения. Кроме того, возможны отклонения у женщин с сохранённой репродуктивной функцией.

- Пациенткам с ПНБ рекомендована рутинная дотация гестагенов на этапе ПП. Приём препаратов необходимо продолжать до 20 нед беременности.

Комментарий. Истинный дефицит прогестерона обнаруживают не более чем у 12% женщин с ПНБ. Гораздо чаще ПНБ становится следствием нарушенной рецептивности эндометрия на фоне хронического эндометрита и гипопластически-апластического синдрома.

Микронизированный прогестерон и дидрогестерон (в отличие от других прогестинов) при назначении по схемам, рекомендованным для ПП, не угнетают овуляцию¹¹ и не препятствуют наступлению беременности.

- Поддержку лютеиновой фазы гестагенами необходимо проводить каждой пациентке с ПНБ как в стимулированных циклах, так и на ранних сроках беременности^{12,13}.

Комментарий. Применение гестагенов при привычном выкидыше снижает частоту репродуктивных потерь по сравнению с плацебо или отсутствием лечения, не увеличивая при этом частоту послеродовых кровотечений, гестационной АГ, врождённых аномалий у плода^{12,14,15}.

- Необходимо придерживаться принципа монотерапии гестагенами, не допуская одновременного назначения двух, трёх и более препаратов прогестерона.

Комментарий. Выбор конкретного препарата зависит от клинической ситуации. Микронизированный прогестерон и дидрогестерон доказали эффективность не только при ПНБ, но и при угрожающем аборте^{16–19}. При наличии факторов риска досрочного родоразрешения (в первую очередь

при наличии ПР в анамнезе) с прегравидарного периода предпочтительно назначать микронизированный прогестерон, поскольку профилактика ПР предусматривает длительный приём препарата. Согласно инструкции, терапию микронизированным прогестероном можно продолжать вплоть до 34-й недели гестации. Оба средства хорошо зарекомендовали себя в программах поддержки беременности, достигнутой в исходе ВРТ²⁰.

Эксперты ESHRE (2023) рекомендуют назначать вагинальный прогестерон беременным с тремя потерями гестации и более в анамнезе при влагалищном кровотечении — его использование повышает вероятность живорождений²¹.

5.4. Аномалии развития матки как причина привычного невынашивания

- Частота врождённых аномалий матки в общей популяции составляет около 1%, но в группе женщин с ПНБ этот показатель приблизительно втрое выше.

Комментарий. Врождённые аномалии развития матки, ассоциированные с ПНБ, включают такие состояния, как частичная или полная внутриматочная перегородка, седловидная матка, двурогая матка, однорогая матка, полное удвоение матки.

- Пациенток с внутриматочной перегородкой рекомендовано относить к группе риска осложнений беременности^{5,22}, поэтому целесообразно рассмотреть вопрос о выполнении гистероскопической метропластики.

Комментарий. Несколько исследований продемонстрировали снижение частоты невынашивания беременности после гистероскопической метропластики у пациенток с внутриматочной перегородкой²². Тем не менее проспективных контролируемых исследований эффективности этого подхода нет.

- Метропластика при двурогой матке может увеличивать вероятность успешного вынашивания беременности, однако ESHRE не рекомендует это вмешательство.

- При использовании ВРТ у пациенток с двурогой маткой рекомендован перенос одного эмбриона в наиболее приспособленный для вынашивания беременности рог (по данным УЗИ) или же в тот, который обеспечивает более лёгкий доступ для катетера с эмбрионами^{23,24}.

- Однорогая матка не служит показанием для хирургической коррекции²⁵.
- Взаимосвязь седловидной матки и ПНБ к наступающему времени убедительно не доказана.
- При использовании ВРТ у пациенток с однорогой маткой рекомендован селективный перенос одного эмбриона²⁶.
- Хирургическая коррекция при полном удвоении матки не рекомендована.

Комментарий. Полное удвоение матки не связано с нарушением фертильности, повышенным риском потери беременности в I или II триместре, но сопряжено с ростом частоты ПР и интранатальных осложнений²⁵.

5.5. Антифосфолипидный синдром

Регламентирующие документы. Клинические рекомендации Ассоциации ревматологов России по лечению антифосфолипидного синдрома (2013)²⁷, рекомендации ESHRE по ПНБ (2023)⁸, Обновлённые критерии АФС Американской коллегии ревматологов (American college of rheumatology, ACR) и Европейского альянса ревматологических ассоциаций (European alliance of associations for rheumatology, EULAR) (2023)²⁸ и методические рекомендации Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) «Неразвивающаяся беременность в анамнезе: реабилитация и подготовка к следующей гестации» (2024)²⁹.

Влияние на фертильность и течение беременности. АФС — аутоиммунное заболевание, которому присуще сочетание неблагоприятных исходов беременности или тромбозов (венозных или артериальных) с повышением титра антифосфолипидных антител (волчаночного антикоагулянта, антител к кардиолипину и β_2 -гликопротеину-1). АФС считают одной из наиболее важных корригируемых причин ПНБ.

- Согласно Сиднейским диагностическим критериям АФС²⁸, о наличии этого заболевания можно говорить только в случае сочетания по меньшей мере одного из клинических и одного из лабораторных критериев АФС.

Комментарий. К клиническим критериям АФС относят следующие.

- Сосудистый тромбоз. Один или более клинических эпизодов тромбоза артерий, вен или мелких сосудов в любых тканях или органах. Тромбоз должен быть объективно подтверждён бесспорными результатами визуализирующих методов исследования (или гистологически,

в последнем случае в отсутствие выраженного воспаления сосудистой стенки).

- Потери беременности:

а) один или более случаев внутриутробной гибели морфологически нормального плода на сроке 10 нед гестации и позднее (нормальное морфологическое строение документировано при УЗИ или непосредственном исследовании абортуса); или

б) один или более случаев ПР морфологически нормальным плодом на сроке до 34 нед гестации вследствие тяжёлой ПЭ, или эклампсии, или выраженной плацентарной недостаточности; или

в) три или более последовательных случаев самопроизвольной потери беременности на сроке до 10 нед гестации после исключения анатомических дефектов матки, гормональных нарушений, материнских или отцовских хромосомных нарушений.

Лабораторные критерии АФС.

- Волчаночный антикоагулянт, выявленный в плазме крови при двух исследованиях или более с промежутком не менее 12 нед согласно рекомендациям Международного общества специалистов по тромбозу и гемостазу (International society on thrombosis and haemostasis, ISTH).
- Антитела к кардиолипину изотипов IgG и/или IgM, выявленные в сыворотке или плазме крови в средних или высоких титрах при двух исследованиях или более с промежутком не менее 12 нед с помощью стандартизованного иммуноферментного метода.
- Антитела к β_2 -гликопротеину-1 изотипов IgG и/или IgM, выявленные в сыворотке или плазме крови в высоких титрах при двух исследованиях или более с промежутком не менее 12 нед с помощью стандартизованного иммуноферментного метода.

- Между эпизодами, отвечающими условиям клинических и лабораторных критериев АФС, не должно пройти 12 нед и более (но меньше 5 лет). Изолированного выявления антифосфолипидных антител для вынесения диагноза АФС недостаточно.

Комментарий. В 2023 году эксперты ACR и EULAR утвердили новый подход к диагностике АФС²⁸. Он включает два этапа. На первом фиксируют один клинический симптом и один положительный лабораторный тест за последние 3 года. За этим следует второй этап — дообследование и оценка результатов. Диагноз АФС будет установлен при наличии минимум 3 «клинических» и 3 «лабораторных» баллов.

Обновлённые клинические критерии включают учёт микроваскулярных поражений, в том числе нефропатии, приобретённых клапанных пороков сердца и тромбоцитопении. При оценке лабораторных критериев баллы соотносят с уровнями титров и изотипами антифосфолипидных антител.

- Квалифицированную медицинскую помощь при АФС оказывают совместно ревматолог, гематолог и акушер-гинеколог.
- При обнаружении антифосфолипидных антител пациентке с тремя эпизодами невынашивания и более на прегравидарном этапе назначают профилактические дозы ацетилсалициловой кислоты. После положительного теста на беременность дополнительно используют профилактические дозы нефракционированного или низкомолекулярного гепарина после консультации с гематологом³⁰.

Комментарий. Глюкокортикоиды не улучшают исходы беременности при АФС и повышают вероятность АГ и ГСД.

5.6. Врождённая дисфункция коры надпочечников

Регламентирующий документ. Клинические рекомендации «Врождённая дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром)» (2025)³¹.

Влияние на фертильность и течение беременности. В рутинной практике акушер-гинеколог обычно встречает пациенток с неклассической формой врождённой дисфункции коры надпочечников (ВДКН). Квалифицированную медицинскую помощь при ВДКН оказывают совместно эндокринолог и акушер-гинеколог.

При неклассической форме ВДКН обычно зачатие происходит самопроизвольно, однако характерно невынашивание беременности на ранних сроках¹⁰.

- Для диагностики ВДКН рекомендуют определять уровень 17-ОН-прогестерона в сыворотке крови в ранние утренние часы, исследование выполняют строго вне беременности.

Комментарий. Базальные концентрации 17-ОН-прогестерона менее 6 нмоль/л (менее 2 нг/мл) исключают ВДКН, 30 нмоль/л (10 нг/мл) и более — подтверждают диагноз^{10,31}. При получении «пограничных результатов» (6–30 нмоль/л, или 2–10 нг/мл) целесообразно выполнить генетическое исследование на мутации 21-гидроксилазы.

- Назначать пациенткам с ВДКН глюкокортикоиды следует только по строгим показаниям. Наличие в анамнезе ПНБ — одно из них¹⁰.

Комментарий. Женщинам чаще назначают глюкокортикоиды с наиболее физиологическим профилем действия — гидрокортизон или преднизолон. Выбор препарата и дозы осуществляет эндокринолог.

- Цель лечения пациенток с ВДКН — поддержание концентрации андрогенов в пределах «высоконормальных» референсных значений; при этом уровень 17-ОН-прогестерона может оставаться повышенным.

Комментарий. После подбора дозы глюкокортикоидов женщина принимает их постоянно. Если на этом фоне наступит беременность, дозу не меняют. Пациентку наблюдают совместно акушер-гинеколог и эндокринолог; решение о возможной отмене глюкокортикоидов во второй половине гестации принимают коллегиально.

- Если до беременности пациентке не требовалась заместительная терапия глюкокортикоидами, назначать её в I триместре не рекомендовано.

5.7. Мужской фактор привычного невынашивания беременности

Регламентирующий документ. Клинические рекомендации «Мужское бесплодие» (2025)³².

- В супружеских парах с ПНБ обследование мужчин и коррекцию диагностированных у них нарушений осуществляет уролог.

Комментарий. При отказе или недоступности медицинской помощи по профилю «урология» акушер-гинеколог может самостоятельно собрать анамнез у партнёра (уточнить возраст и состояние здоровья, группу крови и резус-фактор, наличие опасных условий труда, вредных привычек, факторов риска рождения ребёнка с хромосомными или генными нарушениями), рекомендовать одновременное обследование пары на ИППП, а также спермограмму³². При выявленной ИППП показано одновременное лечение всех партнёров.

Примерно в половине случаев ПНБ его причины остаются невыясненными. Исследователи полагают, что значительная доля таких ПНБ связана с мужским фактором (поскольку источник 50% генетического материала эмбриона и плаценты — мужская гамета). Хромосомные аномалии и фрагментация ДНК сперматозоидов могут препятствовать как зачатию, так и нормальному течению беременности³³.

Мужские факторы риска репродуктивных потерь в паре включают^{6,32}:

- бесплодие и неудачи ЭКО в анамнезе;
- наличие в паре перенесённых и имеющихся в настоящее время заболеваний половых органов (прежде всего таких инфекций, как ВПГ, ВПЧ, рецидивирующий кандидоз);

- наличие в анамнезе травм и операций на половых органах;
- отсутствие регулярной половой жизни;
- потери беременности у различных партнёров;
- внематочную беременность, тяжёлую ПЭ в анамнезе женщины;
- перинатальные репродуктивные потери.

6. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕГАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ

Регламентирующие документы. Приказ Минздрава РФ от 19 декабря 2025 года №747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”»¹, методические рекомендации «Психологическое сопровождение беременности и прегавидарной подготовки в условиях женской консультации» (06/370/855-М).

- Психологическое сопровождение при планировании беременности и в период гестации — обязательный элемент медицинской помощи.

Комментарий. При отсутствии медицинского психолога в учреждении предусмотрено направление женщины в профильные кабинеты других лечебно-профилактических организаций.

- Психологическое просвещение и сопровождение пары, планирующей беременность, способствует повышению эффективности ПП.

Комментарий. Акушер-гинеколог взаимодействует со специалистами кабинета медико-социальной помощи женской консультации (специалистом по социальной работе, психологом) по вопросам предупреждения абортов, социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирования у пациентки осознанного вынашивания беременности и дальнейшей поддержки в период гестации и после родов.

- Один из важнейших элементов профилактики абортов, осложнений беременности и родов, формирования оптимального варианта материнской доминанты — психологическая работа, направленная на гармонизацию отношений потенциальных родителей, подготовка их к зачатию и беременности.

Комментарий. Перинатальный психолог исследует пациента методами психологической беседы и наблюдения, при необходимости:

- использует психологические методики исследования личности, семейных отношений и др.;
- выполняет психологическую коррекцию выявленных нарушений;
- оказывает психологическую помощь по запросам пациентов.

Перинатальные психологи могут информировать пару о важности гармоничных отношений партнёров при планировании беременности, о наиболее благоприятной для зачатия и течения беременности, родов стадии формирования супружеских отношений.

- Мотивация к зачатию в возрасте до 19 лет, как правило, бывает незрелой и неконструктивной.

Комментарий. Психолог может оценить причины планирования девушки-подростком гестации, информировать о психологических проблемах, возникающих при беременности и родах в столь молодом возрасте, провести при необходимости психокоррекционные мероприятия.

При этом нередко требуется длительное семейное консультирование со всеми участниками для восстановления доверительных отношений с родителями.

- С учётом того, что у пациенток 35 лет и более повышен риск нарушений здоровья как самой женщины, так и новорождённого, они нуждаются в расширении программы прегавидарной подготовки и включения в неё консультации психолога.

- Беременность, даже запланированная, может привести не только к улучшению отношений женщины и мужчины, но и к ухудшению.

Комментарий. Снизить риск конфликтов, дисгармонии отношений позволяет консультация психолога. Нормализация семейных отношений (в частности, супружеских) сопряжена с созданием благоприятного эмоционального климата, способствующего зачатию, неосложнённой течению беременности, родов, послеродового периода.

- Наличие в анамнезе репродуктивных потерь, гинекологических заболеваний, требующих лечения их проявления, проведение обследования и лечения повышают риск невротических реакций.

Комментарий. Таким женщинам может быть показано психологическое консультирова-

ние для предупреждения и выявления нервно-психических расстройств, при их возникновении — для оказания психологической помощи. Создание адекватного отношения пациенток к процедурам и назначениям способствует формированию комплаенса, улучшению результатов лечения.

7. МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫЕ В ПЕРИОД ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ

При подготовке пары к беременности необходимо придерживаться принципа минимальной достаточности и целесообразности.

Избегать избыточных медицинских вмешательств и консультаций специалистов. Излишне глубокое обследование супружеских пар молодого возраста при отсутствии факторов риска, равно как и неоправданно широкий спектр медикаментозной профилактики и лечения, приравнивают к дефектам оказания медицинской помощи. Необходимость диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, проводимых в рамках ПП, должна быть обоснована с позиций доказательной медицины.

Не допускать полипрагмазии. При одномоментном назначении пяти лекарственных препа-

ратов и более (или десяти наименований и более при курсовом лечении) лечащий врач обязан направить пациентку на консультацию к клиническому фармакологу.

Не назначать противомикробную терапию с профилактической целью, в том числе необоснованную санацию влагалища.

Не рекомендовать профилактический приём ВМК и биологически активных добавок (БАД) на фоне сбалансированного питания без учёта реальной потребности в конкретных микронутриентах. Подобные нарушения могут спровоцировать у пациенток гипervитаминоз и набор избыточной массы тела, повышающие перинатальные риски и вероятность осложнений гестации.

8. ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОК

Наступление беременности — важное событие в жизни каждой женщины. Кто-то планирует его заранее, а у многих просто «так получилось» — и тогда решение вынашивать ребёнка или делать аборт принимают уже после зачатия. Вместе с тем искусственное прерывание беременности наносит серьёзный вред женскому ор-

ганизму и не должно восприниматься как замена противозачаточным средствам. Ответ на вопрос «Хочу ли я ребёнка в ближайшем будущем?» **нужно знать всегда.**

Безусловно, все, что отвечает на него «да», надеются, что беременность будет протекать нормально, роды пройдут без осложнений, а ребёнок родится



Памятка для пациенток,
планирующих
беременность
812443



Памятка
«Менструация:
что считать нормой?»
580444



Памятка для пациенток
с избыточной
массой тела
295699

Если вы хотите посмотреть памятки на компьютере или ноутбуке, зайдите на сайт praesens.ru и в строке поиска введите 6-значное число, расположенное под QR-кодом.

здоровым. Однако не все знают, что к ней нужно готовиться — это называется «**прегравидарная подготовка**». Современная наука доказала, что **шансы на успех будут гораздо выше**, если заранее следовать нескольким простым правилам.

Первое: нужно **рассказать своему врачу, что вы хотели бы родить ребёнка** в течение ближайшего года или двух. Этого времени вполне достаточно, чтобы пройти необходимое обследование и выявить так называемые «факторы риска», провести лечение имеющихся заболеваний и скорректировать образ жизни (это касается **как самой женщины, так и мужчины**).

Второе: **стоит серьёзно отнестись к рекомендациям в отношении питания, физической активности, отказа от курения, употребления алкоголя и некоторых лекарств**. Всё это действительно влияет на возможность зачатия, ход беременности и здоровье будущего ребёнка.

Третье: **нужно провести лечение имеющихся заболеваний и сделать прививки от**

тех болезней, которые могут повлиять на исход беременности. **На это время стоит подобрать надёжный и удобный для вас метод контрацепции**. Это поможет сделать акушер-гинеколог.

Четвёртое: **не нужно покупать в аптеке различные «витамины для беременных» и пищевые добавки** — далеко не все они полезны и безопасны. Не стоит ориентироваться на рекламу или советы на интернет-форумах: потребности в минералах и витаминах могут быть разными. **Подобрать по-настоящему эффективный препарат** может только врач.

Пятое: при необходимости **обратиться к психологу** женской консультации, с которым можно обсудить возникающие в семье проблемы и способы их разрешения. Ни в коем случае нельзя надеяться, что беременность и деторождение разрешат имеющиеся разногласия. Психолог поможет **гармонизировать отношения** заранее. Тогда действительно беременность, рождение ребёнка и уход за ним станут **общим делом** женщины и мужчины и укрепят семью.

9. МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА

Целевая аудитория: врачи акушеры-гинекологи; врачи других специальностей, занимающиеся оказанием медицинской помощи женщинам; врачи-урологи; акушерки и фельдшеры.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода, или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
УДД	Расшифровка
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай–контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности [исходы] являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности [исходы] являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация, отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности [исходы] являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество, и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинического протокола.

Клинический протокол пересматривается не реже 1 раза в 3 года и не чаще 1 раза в 6 мес.

10. ЛИТЕРАТУРА



КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРОТОКОЛОМ?

Основная цель протокола — обеспечение клиницистов **достоверной информацией** о ПП пар на основании актуальных данных **доказательной медицины**.

Первый раздел, «**Общие положения**», описывает релевантные термины, медико-социальную значимость ПП и особенности планирования беременности в зависимости от ИИ и возраста пациентки. В разделе «**Прегравидарная подготовка условно здоровых пар**» представлены основы преконцепционного консультирования и типичные подходы к обследованию пары, а также практические аспекты модификации образа жизни. Раздел «**Дополнительные мероприятия для женщин с гинекологическими заболеваниями и отягощённым акушерским анамнезом**» посвящён особенностям ПП при самых распространённых патологических состояниях женской половой системы.

Раздел «**Лечебно-профилактические мероприятия при экстрагенитальных заболеваниях**» приобретает особое значение в условиях старения матерей и ассоциированного с ним соматического неблагополучия. В разделе «**Прегравидарная подготовка женщин с привычным невынашиванием беременности**» представлена информация об особенностях обследования и возможностях патогенетически обо-

снованной терапии в этой клинической ситуации. Раздел «**Психологические аспекты прегравидарной подготовки**» кратко характеризует основные мероприятия, направленные на формирование и поддержание материнской доминанты. Краткий, но важный раздел протокола — «**Мероприятия, противопоказанные в период прегравидарной подготовки**».

Раздел «**Памятка для пациенток**» содержит основные рекомендации и QR-коды на материалы для будущих матерей, в которых просто и доступно изложены самые важные аспекты женского здоровья. В протокол также включены **приложения**, в которых представлены отдельные лекарственные средства и БАД, которые могут быть использованы в рамках ПП.

Положения протокола составлены с учётом действующих российских клинических рекомендаций и их проектов, а также зарубежных гайдлайнов. Однако это не исключает необходимости принимать во внимание **индивидуальные особенности**, предпочтения, убеждения и ценности пациенток и их партнёров, а также обсуждать каждое решение совместно с парой, взвешивая потенциальную пользу и возможный риск, рассказывая о доступных альтернативах, предупреждая о последствиях отказа от предложенных вмешательств.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ИНФОРМАЦИЯ О ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВАХ И БАД ДЛЯ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЖЕНЩИН ПРИ ПОДГОТОВКЕ К БЕРЕМЕННОСТИ

Утрожестан

Действующее вещество: прогестерон микронизированный.

 **УУР А, УДД 2.** При привычном невынашивании микронизированный прогестерон, назначенный в прегравидарном периоде (с последующим продолжением терапии во время гестации), снижает риск прерывания беременности более эффективно, чем при старте терапии в I триместре гестации.

В исследовании 2017 года «ТРИСТАН-1» приняли участие 800 женщин с диагнозом «привычный выкидыш» в анамнезе. В группе А (n=383) женщины получали микронизированный прогестерон (200–400 мг в сутки) интравагинально при подготовке к зачатию (в среднем на протяжении трёх менструальных циклов), а также во время беременности, в группе В (n=417) — только после 8 нед гестации; наблюдение продолжали до 22 нед. Частота прерываний беременности в группе А была вдвое ниже и составила 2,3 против 7,7% в группе В (p<0,001)¹.

Сходные данные были получены и в наблюдательном исследовании 2017 года (n=116)². У получавших микронизированный прогестерон пациенток с наличием в анамнезе привычного невынашива-

ния начиная с 3-го дня после пика ЛГ (100–200 мг 2 раза в сутки) достижение контрольной точки — беременности сроком 10 нед — регистрировали чаще, чем у тех, кому он назначен не был (у 68 и 51% участниц соответственно).

В обзоре 2020 года³ приведены результаты многоцентровых исследований PROMISE (n=836)⁴ и PRISM (n=4153)⁵: лечение пациенток с привычным невынашиванием микронизированным прогестероном (по 400 мг 2 раза в день) в I триместре приводит к увеличению числа живорождений. При назначении этого препарата женщинам с кровотечением во время беременности и одним и более выкидышами в анамнезе частота живорождений составила 75%, а с тремя и более выкидышами — 72% (в группах плацебо — 70 и 57% соответственно).

Литература

1. Савельева Г.М., Аксененко В.А., Андреева М.Д. и др. Терапия привычного выкидыша микронизированным прогестероном (результаты многоцентрового исследования ТРИСТАН-1) // *Акушерство и гинекология*. — 2017. — №11. — С. 44–55.
2. Stephenson M.D., McQueen D., Winter M., Kliman H.J. Luteal start vaginal micronized progesterone improves pregnancy success in women with recurrent pregnancy loss // *Fertil Steril*. — 2017. — Mar. — Vol. 107. — №3. — P. 684–690.e2. [PMID: 28081870]
3. Coomarasamy A., Devali A.J., Brosens J.J. et al. Micronized vaginal progesterone to prevent miscarriage: a critical evaluation of randomized evidence // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2020. — Vol. 5000-9378. — №19. — P. 32762–32770. [PMID: 32008730]
4. Coomarasamy A., Williams H., Truchanowicz E. et al. A randomized trial of progesterone in women with recurrent miscarriages // *N. Engl. J. Med.* — 2015. — Vol. 373. — №22. — P. 2141–2148. [PMID: 26605928]
5. Coomarasamy A., Devali A.J., Cheed V. et al. A randomized trial of progesterone in women with bleeding in early pregnancy // *N. Engl. J. Med.* — 2019. — Vol. 380. — №19. — P. 1815–1824. [PMID: 31067371]

Очно



Репродуктивный потенциал
России: версии и контраверсии



praesens.ru

Ежегодно в сентябре!



Действующие вещества: мио-инозитол, фолиевая кислота, эпигаллокатехин-3-галлат, витамин D, хром.

 **УУР В, Q УДД 2.** Приём мио-инозитола вместе с фолиевой кислотой и диетой способствует повышению чувствительности тканей к инсулину и снижению риска ГСД.

В систематическом обзоре 2022 года, включившем семь рандомизированных клинических исследований с 1321 участницей, оценили влияние дотации мио-инозитола (МИ) на риск ГСД и результаты орального глюкозотолерантного теста (ОГТТ)¹. Согласно полученным данным, приём 4000 мг МИ в сутки значительно снижает вероятность ГСД (ОР 0,3; 95% ДИ 0,18–0,49; $p < 0,00001$), концентрацию глюкозы в плазме крови натощак (MD –4,2; 95% ДИ от –5,87 до –2,54; $p < 0,00001$), через 1 ч (MD –8,75, 95% ДИ от –12,42 до –5,08; $p < 0,00001$) и через 2 ч (MD –8,59; 95% ДИ от –11,81 до –5,83; $p < 0,00001$) после углеводной нагрузки при выполнении ОГТТ, а также уменьшает потребность в инсулине, частоту преждевременных родов и неонатальной гипогликемии.

В клиническое исследование включили 69 пациенток с ГСД. Беременных разделили на две группы: участницы основной получали 4000 мг МИ и 400 мг фолиевой кислоты в сутки, а также соблюдали диету согласно рекомендациям Американской диабетической ассоциации (American diabetes association, ADA), участницы контрольной группы принимали фолиевую кислоту и придерживались аналогичного рациона питания². Через 8 нед выявили снижение концентрации глюкозы и инсулина натощак в обеих группах, однако при использовании МИ изменения были более значимы (50 против 29%, $p = 0,0001$). Кроме того, у пациенток основной группы отметили повышение концентрации адипонектина, в контрольной — снижение уровня этого гормона ($p = 0,009$).

 **УУР С, Q УДД 3.** Использование мио-инозитола уменьшает выраженность симптомов СПЯ.

В исследование 2017 года включили пациенток с СПЯ, олиго/аменореей, некоторые женщины также страдали ожирением и/или андрогензависимыми дерматопатиями (акне, гирсутизмом)³. Всех больных разделили на три группы: участницы первой ($n = 26$) принимали 1000 мг МИ в сутки, второй ($n = 28$) —

1000 мг метформина в сутки, третьей ($n = 22$) — 1000 мг МИ и 1000 мг метформина в сутки. Через 4 мес восстановление менструального цикла отметили 66,6 и 57,14% пациенток первой и третьей групп соответственно, 15,78% — второй. В первой группе также выявили значимое снижение массы тела, соотношения ЛГ/ФСГ, уменьшение выраженности гирсутизма и акне, во второй и третьей — снижение массы тела и тяжести акне.

 **УУР С, Q УДД 3.** Эпигаллокатехин-3-галлат способствует снижению массы тела и уменьшению абдоминального ожирения.

В клиническом исследовании 115 женщин с избыточной массой тела получали эпигаллокатехин-3-галлат или плацебо в течение 12 нед на фоне диеты⁴. В группе эпигаллокатехин-3-галлата отметили выраженное снижение массы тела (с $76,8 \pm 11,3$ до $75,7 \pm 11,5$ кг; $p = 0,025$), ИМТ и окружность живота снизились с $31 \pm 3,8$ до $30,6 \pm 3,9$ кг/м² ($p = 0,018$) и с $95,1 \pm 9,6$ до $92,8 \pm 9,8$ см ($p = 0,023$) соответственно.

 **УУР С, Q УДД 3.** Дотация хрома может способствовать созданию оптимальных условий для нормального функционирования репродуктивной системы и улучшению метаболических параметров у женщин с СПЯ.

В клиническом исследовании 60 пациенток с СПЯ ежедневно получали либо 200 мкг препаратов хрома ($n = 30$), либо плацебо ($n = 30$) в течение 8 нед⁵. Частота наступления беременности в группе, принимавшей хром, была выше, чем в группе плацебо: 16,7% (5/30) против 3,3% (1/30). Кроме того, на фоне приёма препаратов хрома по сравнению с плацебо снизились частота акне (20 против 3,3%) и выраженность гирсутизма ($-1,8 \pm 2,5$ против $-0,2 \pm 0,8$), а также уровни С-реактивного белка в сыворотке крови, малонового диальдегида в плазме крови. Повысилась общая антиоксидантная способность плазмы крови.

Литература

1. Wei J., Yan J., Yang H. Inositol nutritional supplementation for the prevention of gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Nutrients*. — 2022. — Vol. 14. — P. 114. — P. 2831. [PMID: 35889788]
2. Corrado F., D'Anna R., Di Vieste G. et al. The effect of myoinositol supplementation on insulin resistance in patients with gestational diabetes // *Diabet. Med.*. — 2011. — Vol. 28. — №8. — P. 972–975. [PMID: 21414183]
3. Chirania K., Misra S., Behra S. A randomised clinical trial comparing myoinositol and metformin in PCOS // *Int. J. Reprod. Contracept. Obstet. Gynecol.*. — 2017. — Vol. 6. — №5. — P. 1814–1820.
4. Chen L.J., Liu C.Y., Chiu J.P., Hsu C.H. Therapeutic effect of high-dose green tea extract on weight reduction: A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial // *Clin. Nutr.*. — 2016. — Vol. 35. — №3. — P. 592–599. [PMID: 26093535]
5. Jamilian M., Bahmani F., Siavashani M.A. et al. The Effects of Chromium Supplementation on Endocrine Profiles, Biomarkers of Inflammation, and Oxidative Stress in Women with Polycystic Ovary Syndrome: a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial // *Biol. Trace Elem. Res.*. — 2016. — Vol. 172. — №1. — P. 72–78. [PMID: 26613790]

Действующие вещества: мио-инозитол, D-хиро-инозитол, марганца пидолат, фолиевая кислота.

УУР В, УДД 2. Назначение инозитола в прегравидарном периоде и во время беременности снижает риск ГСД у пациенток из группы риска.

Авторы систематического обзора 2016 года пришли к выводу, что назначение инозитола в прегравидарном периоде и в ранние сроки беременности снижает вероятность ГСД у пациенток из группы риска¹. В систематическом обзоре и метаанализе 2019 года² также получены данные, подтверждающие, что дотация МИ во время беременности способствует снижению вероятности ГСД, а в рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании 2014 года³ аналогичное заключение сделано для комбинации МИ (2000 мг), D-ХИ (400 мг), фолиевой кислоты (400 мкг) и марганца (10 мг), используемой во II триместре гестации.

УУР С, УДД 3. Комбинация мио-инозитола и D-хиро-инозитола в соотношении 5:1 повышает частоту наступления клинической беременности в результате ВРТ у пациенток с СПЯ.

В исследовании 2013 года (n=149)⁴ оценивали частоту наступления беременности с помощью ВРТ, качество ооцитов и эмбрионов у пациенток в возрасте менее 40 лет с диагнозом СПЯ и как минимум с одной неудачной попыткой ИКСИ в анамнезе. Женщин распределили в две группы: в первой (n=58) в течение 3 мес до проведения ИКСИ назначали инозитол (2 г МИ и 0,4 г D-ХИ в день) и фолиевую кислоту (400 мкг в день), во второй (n=91) — только фолиевую кислоту (в той же дозе). Доля пациенток с отличным и хорошим качеством ооцитов, а также частота биохимической и клинической беременности были выше в первой группе, чем во второй (p=0,02).

УУР С, УДД 3. Комбинация мио-инозитола и D-хиро-инозитола в соотношении 5:1 в сочетании с комплексной терапией способствовала восстановлению овуляции и наступлению беременности у женщин с ановуляцией, избыточной массой тела и ожирением.

Результаты описательного исследования 2023 года применения «Дикирогена» в сочетании с комплексной терапией (диета и физическая активность; n=197)⁵ на протяжении 2–4 мес показали снижение массы тела на 2,5 кг, уменьшение индекса массы тела на 0,5 кг/м² и сокращение окружности талии на 1,75 см. Нормальный менструальный цикл ко второму визиту наблюдали в 1,41 раза чаще. Средний уровень ЛГ в крови пациенток снизился с $8,45 \pm 3,91$ до $7,14 \pm 3,21$ МЕ/мл, соотношение ЛГ и ФСГ — с 1,4 (0,9; 2,0) до 1,2 (0,8; 1,6) (p<0,0001). Значительно снизилось значение глюкозы крови натощак — с 5 (4,5; 5,5) до 4,8 (4,2; 5) ммоль/л (p<0,0001), при этом количество женщин с уровнем глюкозы крови натощак выше 5,1 ммоль/мл уменьшилось в 3,07 раза. В течение 80–90 дней наблюдения беременность наступила у 30 (15,2%) пациенток, тест на овуляцию ко второму визиту был положительным у 96 (48,73%) участниц.

УУР С, УДД 3. Достаточное потребление марганца снижает риск спорадической ановуляции у здоровых женщин репродуктивного возраста.

Результаты проспективного когортного исследования (n=259)⁶ показали, что низкое потребление марганца (менее 1,8 мг/сут) здоровыми женщинами в возрасте 18–44 лет с регулярными менструациями было ассоциировано с более высоким риском спорадической ановуляции по сравнению с теми, кто получал достаточное количество этого вещества (ОР 2). Был сделан вывод, что дальнейшее изучение влияния определённых источников марганца на улучшение овариальной функции может быть полезным для женщин репродуктивного возраста.

Литература

1. Noventa M., Vitagliano A., Quaranta M. et al. Preventive and therapeutic role of dietary inositol supplementation in periconceptual period and during pregnancy: a summary of evidences and future applications // *Reprod. Sci.* — 2016. — Vol. 23. — №3. — P. 278–288. (PMID: 26175275)
2. Vitagliano A., Saccone G., Cosmi E. et al. Inositol for the prevention of gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Arch. Gynecol. Obstet.* — 2019. — Vol. 299. — №1. — P. 55–68. (PMID: 30564926)
3. Malvasi A., Casciaro F., Minervini M.M. et al. Myo-inositol, D-chiro-inositol, folic acid and manganese in second trimester of pregnancy: A preliminary investigation // *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.* — 2014. — Vol. 18. — №2. — P. 270–274. (PMID: 24488919)
4. Brusco G.F., Mariani M. Inositol: effects on oocyte quality in patients undergoing ICSI: An open study // *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.* — 2013. — Vol. 17. — №22. — P. 3095–3102. (PMID: 24302192)
5. Радзинский В.Е., Соловьёва А.В., Кулешов В.М. и др. Возможность оздоровления женщин с избыточной массой тела и ожирением на этапе прегравидарной подготовки // *Акушерство и гинекология.* — 2023. — №1. — С. 83–90.
6. Kim K., Wactawski-Wende J., Michels K.A. et al. Dietary minerals, reproductive hormone levels and sporadic anovulation: associations in healthy women with regular menstrual cycles // *Br. J. Nutr.* — 2018. — Vol. 120. — №1. — P. 81–89. (PMID: 29673411)

Действующие вещества: трава золототысячника, корень любистока лекарственного, листья розмарины.

 **УУР В,**  **УДД 2.** Профилактика и лечение неосложнённых форм инфекций нижних мочевых путей с помощью препарата «Канефрон Н» может быть альтернативой антибиотикам и эффективным компонентом терапии этих заболеваний, в том числе при прегравидарной подготовке.

В систематическом обзоре 2024 года были обобщены результаты использования препарата «Канефрон Н» у пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями почек, мочевого пузыря и мочевых путей. По итогам анализа 32 исследований, в том числе рандомизированных контролируемых, продемонстрированы эффективность и безопасность его назначения в терапии и профилактике ИМП у взрослых и детей, а также в терапии и профилактике цистита, гестационного пиелонефрита и бессимптомной бактериурии беременных¹.

В рандомизированном контролируемом исследовании 2018 года² женщины с симптомами острых ИМП были распределены в две группы. Группа 1 (n=325) получала «Канефрон Н» (по 2 таблетки 3 раза в день в течение 7 дней) и плацебо в виде гранул (аналогично фосфомицину), группа 2 (n=334) — фосфомицин (3 г однократно) и плацебо в таблетках, имитирующих «Канефрон Н». В течение всего исследования (38 дней) в дополнительном назначении антибиотиков не нуждались 83,5% получавших фитопрепарат и 89,8% пациенток из группы антибиотикотерапии. Частота нежелательных явлений была одинаковой в обеих группах, но в группе «Канефрона Н» побочных эффектов со стороны ЖКТ было меньше (4 и 6,6% соответственно).

В 2021 году был выполнен ретроспективный когортный анализ³ базы данных амбулаторных карт пациенток, получавших монотерапию «Канефроном Н» (n=2320) или антибактериальные препараты (n=158 592) по поводу острого цистита или другой ИМП. По сравнению с антибиотиками использо-

вание фитопрепарата было связано с достоверно меньшим количеством рецидивов ИМП через 30–365 дней после проведённого лечения (12,3 и 17,2% соответственно, $p < 0,001$), а также с более низкой частотой назначения антибиотиков в течение 31–365 дней (23,4 и 32,8% соответственно, $p < 0,001$). Не было отмечено значимых различий между группой принимавших фитопрепарат и группой антибиотикотерапии по таким показателям, как вероятность периодов временной нетрудоспособности (ОШ 0,99; 95% ДИ 0,86–1,14) и частота развития пиелонефрита (СР 1; 95% ДИ 0,67–1,48). Авторы пришли к выводу, что препарат «Канефрон Н» — эффективное и безопасное средство для симптоматического лечения острого цистита или ИМП.

В клиническом исследовании 2025 года⁴ приняли участие 72 пациентки с диагнозом «острый цистит» или «обострение хронического цистита», которым была показана эмпирическая антибактериальная терапия. 36 пациенток составили основную группу, получавшую антибактериальную терапию совместно с «Канефроном Н» по 2 таблетки 3 раза в день с дальнейшим профилактическим приёмом фитопрепарата в течение 1 мес. 36 пациенток вошли в контрольную группу, получавшую только антибактериальную терапию. Результаты исследования показали, что сочетание антибактериальной терапии и «Канефрона Н» ассоциировано со снижением частоты рецидивов почти в 3 раза (с 38,7% в контрольной группе до 13,9% в основной группе). Также в ходе исследования (12 мес) в группе фитопрепарата наблюдалось увеличение безрецидивного периода как при остром, так и при хроническом цистите.

Литература

1. Перепанова Т.С. Обзор эффективности и безопасности препарата Канефрон Н при лечении и профилактике инфекций мочевыводящих путей у различных групп пациентов // Экспериментальная и клиническая урология. — 2024. — №17 (2). — С. 122–130.
2. Wagenlehner F.M., Abramov-Sommariva D., Holler M. et al. Non-Antibiotic Herbal Therapy (BN0 1045) versus Antibiotic Therapy (Fosfomycin Trometamol) for the Treatment of Acute Lower Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: A Double-Blind, Parallel-Group, Randomized, Multicentre, Noninferiority Phase III Trial // Urol. Int. — 2018. — Vol. 101. — №3. — P. 327–336. [PMID: 30231252]
3. Holler M., Steindl H., Abramov-Sommariva D. et al. Treatment of urinary tract infections with Canephron in Germany: a retrospective database analysis // Antibiotics. — 2021. — Vol. 10. — №6. — P. 685. [PMID: 34201264]
4. Амдид Р.З., Байгузин Р.Р., Дариенко Р.О. и др. Многоцентровое открытое проспективное рандомизированное исследование по изучению эффективности и безопасности препарата Канефрон Н в профилактике рецидивов неосложнённой инфекции нижних мочевыводящих путей у женщин // Урология. — 2025. — №5. — С. 24–31.

При остром и хроническом цистите,
пиелонефрите, мочекаменной болезни*

Канефрон® Н



ВКЛЮЧЕН
в Клинические
Рекомендации
МЗ РФ и ЕАУ¹⁻⁴



www.canephron.ru

- Способствует уменьшению симптомов воспалительных заболеваний мочевых путей⁵
- Обладает комплексным фармакологическим действием**⁵
- Препятствует образованию мочевых камней^{6,7}

ОРИГИНАЛЬНЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ИЗ ГЕРМАНИИ

*Применяется в комплексной терапии. **Спазмолитическое, противовоспалительное, мочегонное, противомикробное (антибактериальное), антиадгезивное, нефропротективное, подавление патологической кристаллизации мочи. 1. КР МЗ РФ №14 «Цистит у женщин» 2024г. 2. КР МЗ РФ №7 «Мочекаменная болезнь» 2024г. 3. КР МЗ РФ №719 «Инфекция мочевых путей при беременности» 2025 г. Рубрикатор КР Дата доступа: 15.12.2025. 4. Клинические рекомендации Европейской Ассоциации Урологов (ЕАУ) по инфекциям в урологии – Уровеб, Март 2025. 5. Общая характеристика лекарственного препарата Канефрон® Н таблетки, покрытые оболочкой от 25.03.2025. 6. Давидов М.И., Игошев А.М. Роль фитотерапии в метафилактике мочекаменной болезни после дистанционной литотрипсии. ЭиК урология. 2018. №4. С. 64–73. 7. Руденко В.И. и др. Клиническое значение применения препарата Канефрон® Н у больных мочекаменной болезнью. Урология. 2019. №2. С. 15–20. РУ: ЛП-№(009420)-(РГ-РУ) от 25.03.2025. РЕКЛАМА. Рекламодатель ООО «Бионорика» (ИНН 7729590470).

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

Действующие вещества: неомицин, полимиксин В, нистатин.

 **УУР В, УДД 2.** «Полижинакс» может быть рекомендован пациенткам для лечения вагинитов различной этиологии, в том числе смешанных, при подготовке к беременности.

В международном многоцентровом рандомизированном исследовании PRISM, выполненном в четырёх европейских странах в 2019 году, эффективность лечения препаратом «Полижинакс» составила 85,4% у пациенток с бактериальным вагинитом, 94,4% — с КВВ, 87,7% — со смешанным вагинитом¹.

В российском многоцентровом наблюдательном исследовании «МИКСТ» 2024 года приняли участие 312 пациенток с клиническим диагнозом «вагинит» в возрасте 18–58 лет (медиана 33 года), из них 14 (5%) — в возрасте 50 лет и старше². В оценку эффективности включили 309 женщин. Независимо от варианта микробиоты влагалища у 92,9% пациенток (287 из 309) интравагинальное назначение комбинации полимиксина В, неомицина и нистатина эффективно купировало симптомы воспаления. Частота ранних рецидивов была низкой: через 1 мес после терапии лишь 11 из 287 (3,8%) пациенток предъявили жалобы на выделения и/или раздражение/дискомфорт во влагалище.

 **УУР С, УДД 5.** «Полижинакс» благодаря синергии трёх компонентов действует на большинство микроорганизмов, ассоциированных с вагинитами, при этом не влияя на лактобациллы.

В 2012 году в исследовании *in vitro* была выполнена оценка³ действия препарата «Полижинакс» на суточные культуры 163 штаммов микроорганизмов, выделенных из влагалища женщин репродуктивного возраста. Было установлено, что дрожжеподобные грибы рода *Candida*, грамотрицательные (*Escherichia coli*, *Citrobacter spp.*, *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus spp.*) и грамположительные (*Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus spp.*, *Enterococcus spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Staph. saprophyticus*) бактерии высокочувствительны к действующим веществам, входящим в состав препарата «Полижинакс». Кроме того, было отмечено, что лактобациллы резистентны к препарату.

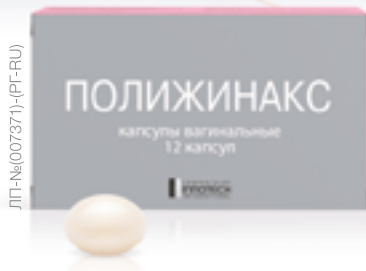
В другом исследовании 2025 года⁴ подтверждена быстрая бактерицидная активность комбинации неомицина, полимиксина В и нистатина против 22 ключевых бактерий, ассоциированных с аэробным вагинитом и бактериальным вагинозом. Действующие вещества проявили высокую эффективность в отношении аэробных грамположительных (стрептококки, *Staph. aureus*, *Corynebacterium amycolatum*) уже через 1 ч при низких разведениях, а в отношении всех протестированных анаэробных штаммов — через 4 ч с концентрационно-зависимым эффектом.

Литература

1. Bohbot J.M., Goubard A., Aubin F. et al. Comparison of a nystatin-neomycin-polymyxin B combination with miconazole for the empirical treatment of infectious vaginitis: PRISM study // *Med. Mal. Infect.* — 2019. — Vol. 49. — №3. — P. 194–201. [PMID: 30792037]
2. Радзинский В.Е., Ушнин А.Е., Соловьёва А.В. и др. Терапия вагинитов различной этиологии: результаты наблюдательного исследования «МИКСТ» // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак.* — 2024. — №1 (104). — С. 35–42.
3. Савичева А.М., Рыбина Е.В. Оценка действия Полижинакса на микроорганизмы, выделенные из влагалища женщин, в опыте *in vitro* // *Российский вестник акушера-гинеколога.* — 2012. — Т. 12. — №4. — С. 104–107.
4. Feuillolay C., Salvatico S., Escola J. et al. In Vitro Bactericidal Activity of a Neomycin-Polymyxin B-Nystatin Combination Compared to Metronidazole and Clindamycin Against the Main Bacteria Involved in Bacterial Vaginosis and Aerobic Vaginitis // *Pharmaceuticals (Basel).* — 2025. — Vol. 18. — №3. — P. 340. [PMID: 40143118]

ПОЛИЖИНАКС

ЛЕЧИТ ВАГИНИТ ЛЮБОЙ ЭТИОЛОГИИ^{*,1}



⊕ Полижинакс – этиологически обоснованное эмпирическое **лечение вагинитов**¹:

- с 1-го дня устраняет симптомы²
- снижает частоту рецидивов³
- входит в клинические рекомендации⁴

ОХЛП⁵



* Вызванные чувствительными к препарату микроорганизмами, за исключением ИППП.

1. Bohbot J.M., Goubard A., Aubin F. et al. PRISM study: Comparison of a nystatin-neomycin-polymyxin B combination with miconazole for the empirical treatment of infectious vaginitis // Med Mal Infect. 2019, 49 (3): 194–201. 2. Радзинский В.Е., Ординец И.М., Побединская О.С., Зыков Е.В. Опыт применения препарата Полижинакс в лечении вульвовагинитов, вызванных аэробной и смешанной микрофлорой // Российский вестник акушера-гинеколога, 2016, № 1. С. 84–88. 3. Кира Е.Ф., Артымук Н.В., Гайтукиева Р.А., Муслимова С.З. Биоценоз и функциональная активность эпителия влагалища при местном лечении аэробного вагинита полижинаксом и тергианом // Журнал акушерства и женских болезней, 2010, Том LIX, выпуск 5, С. 127–135. 4. Клинические рекомендации МЗ РФ «Воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы», 2025, 5. ОХЛП Полижинакс ЛП-№(007371)-(PT-RU), Полижинакс Вирго ЛП-№(006414)-(PT-RU).

Производитель: ООО «ИННОТЕК», 115035, г. Москва, Садовническая набережная, д. 71, тел.: 8 800 250 17 38.

Действующие вещества: витамины С, Е, D₃, В₁, В₂, В₃, В₅, В₆, В₁₂, фолаты, биотин, холин, йод, железо, селен.

 **УУР В, УДД 2.** Комплекс «Фемибион» способствует снижению риска осложнений гестации и родов у женщин с полиморфизмами генов фолатного цикла на этапе прегравидарной подготовки и во время беременности.

В исследовании 2015 года был осуществлён ретроспективный анализ данных 114 женщин с полиморфизмами генов фолатного цикла и невынашиванием в анамнезе¹. В первой группе (n=54) на этапе преконцепции и до 28-й недели беременности назначали фолиевую кислоту (ФК) в суммарной дозе 5,8 мг в сутки (монопрепарат или комбинацию с другими витаминами и минералами), во второй (n=60) пациентки получали поливитаминный комплекс, содержащий 200 мкг ФК, 208 мкг метафолина и другие витамины группы В, до зачатия и в течение всей гестации. На прегравидарном этапе уровень гомоцистеина в плазме крови был нормальным у всех пациенток (6,9–7,8 мкмоль/л), однако в I, II и III триместрах его концентрация во второй группе снижалась (до 3,70 мкмоль/л), а в первой — повышалась (до 7,73 мкмоль/л). Кроме того, у тех, кто не получал метафолин, отмечали склонность к гиперкоагуляции. При использовании комплекса «Фемибион» отмечали меньшую частоту преэклампсии (в 2,5 раза), плацентарной недостаточности (в 3,9 раза), хронической гипоксии плода (в 2,7 раза), осложнений во время родов (в 1,5 раза), нарушений ранней неонатальной адаптации (в 2,1 раза), заболеваний и патологических состояний у детей в раннем неонатальном периоде (в 2,1 раза).

 **УУР С, УДД 3.** Назначение витаминного комплекса «Фемибион Наталкер 1» у беременных с полиморфизмом гена *MTHFR* способствует эффективной коррекции гематологических нарушений.

В клиническом исследовании 22 беременные с гомо- или гетерозиготным полиморфизмом гена *MTHFR* и гематологическими нарушениями, у 19 из которых (86%) отмечалось кровотечение в I триместре (от скудных выделений до 300–500 мл), получали фолаты в дозе 400–5000 мкг/сут. Пациентки были разделены на три группы в зависимости от

схемы терапии. Группа 1 (n=10) — женщины, у которых кровотечение, в I триместре получали комплекс «Фемибион Наталкер 1» в составе комплексной терапии с вагинальным прогестероном. Кровотечение купировалось в течение 5–10 дней, гематологические показатели нормализовались в течение 2–4 нед. В группе 2 (n=9) женщины продолжали приём ФК; у них кровотечения были более обильными, стабилизация гематологических показателей достигнута у двух из девяти пациенток. Группа 3 (n=3) — женщины, начавшие приём «Фемибион Наталкер 1» за 6–8 нед до наступления беременности; кровотечений в I триместре не наблюдалось, беременность протекала без осложнений. У четырёх беременных гипергомоцистеинемия (уровень гомоцистеина 11–14,2 мкмоль/л) была нормализована в течение месяца приёма комплекса.

Авторы заключили, что назначение беременным с полиморфизмом гена *MTHFR* средства, содержащего метафолин, способствовало качественной и количественной нормализации гематологических показателей, а также значительному снижению риска осложнений беременности.

 **УУР С, УДД 2.** По сравнению с фолиевой кислотой L-метилфолат позволяет быстрее достичь высокой концентрации значений фолатов в плазме крови.

В двойном слепом рандомизированном исследовании (n=24) приняли участие женщины с мутациями гена *MTHFR* 677C→T². В группе А назначали 416 мкг L-метилфолата в первый день и 400 мкг ФК во второй, в группе В — те же препараты в обратной последовательности. Авторы сделали вывод, что метафолин обеспечивает вдвое более быстрое достижение оптимального уровня фолатов в плазме в сравнении с ФК в обоих генотипах. Кроме того, была выше его биодоступность: для генотипа TT (гомозиготная мутация) — 201%, для генотипа CC (мутация «дикого типа») — 159,2%.

Литература

1. Курмачёва Н.А., Вереничкина Е.В., Харитонов О.М. Беременность и полиморфизмы генов фолатного цикла: какую дозу и форму фолатов выбрать? // Доктор.Ру. Тинекология. Эндокринология. — 2015. — №14 (115). — С. 49–54.
2. Пустотина О.А., Ахмедова А.З. Роль фолатов в развитии осложнений беременности // Здоровье женщины. — 2017. — №1 (117). — С. 56–61.
3. Prinz-Langenohl R., Brämwig S., Tobolski O. et al. (6S)-5-methyltetrahydrofolate increases plasma folate more effectively than folic acid in women with the homozygous or wild-type 677C→T polymorphism of methylenetetrahydrofolate reductase // Br. J. Pharmacol. — 2009. — Vol. 158. — №8. — P. 2014–2021. [PMID: 19917061]

femibion®

15 лет
в России!

**Фемибсион — эксперт на рынке
витаминов для беременных**



Обновленный состав



Фемибсион — витамины для беременных №1
не только в России, но и в Европе**



Фемибсион зарегистрирован и продается в более
18 странах мира, включая Россию, Испанию, Китай, Францию, Швейцарию

НАШ СОСТАВ — НАША ГОРДОСТЬ

Фемибсион® 1 с комбинацией фолатов и холином для снижения рисков ВПР и акушерских осложнений¹

Фемибсион® 2 с ДГК и Flora GLO лютеином для профилактики преэклампсии и плацентарной недостаточности, и улучшения когнитивных способностей и функций зрения ребенка²



БЕЗ АЛЛЕРГЕНОВ,
БЕЗ ГМО



БЕЗ ГЛЮТЕНА



ОТСУТСТВУЮТ СВИНОЙ
ЖЕЛАТИН И ЖИР



БЕЗ ЛАКТОЗЫ

РЕКЛАМА *Согласно государственной регистрации Фемибсион® в России. **По данным IQVIA 2024

1. Громова О.А., Торшин И.Ю., Тетруашвили Н.К. Новые подходы к нутрициальному сопровождению беременности: фокус на холин // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2023. Т. 11. № 4

2. Громова О.А. и соавт. 2009, 2014; Мурашко А.В. 20015. РЕКЛАМА. R1346730-23042025 НСР

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

Действующее вещество: прогестерон (микронизированный).

 **УУР В,**  **УДД 3.** Микронизированный прогестерон способствует улучшению имплантации эмбриона и созданию условий для формирования плаценты, поддерживает плацентарный кровоток и благоприятствует физиологическому развитию плода.

По итогам систематического анализа 2021 года эксперты пришли к выводу, что препараты микронизированного прогестерона, включая «Праджисан», способствуют улучшению имплантации эмбриона и созданию условий для формирования плаценты, поддерживают плацентарный кровоток и благоприятствуют физиологическому развитию плода¹.

 **УУР С,**  **УДД 3.** Включение микронизированного прогестерона в комплекс терапии угрозы прерывания беременности способствовало её донашиванию.

В сравнительном исследовании 2017 года участвовали 62 женщины с угрозой прерывания беременности в I триместре, подтверждённой клинически и инструментально (укорочение шейки матки, расширение внутреннего зева)². Из них 30 пациенток получали комплексное лечение с микронизированным прогестероном до 20-й недели гестации, а 32 отказались от терапии по различным причинам и составили группу сравнения. В группе прогестероновой терапии беременность удалось сохранить и пролонгировать до доношенного срока у 29 из

30 женщин (96,7%), тогда как в группе сравнения — лишь у 19 (59,4%).

 **УУР С,**  **УДД 3.** Перенос криоконсервированных эмбрионов на фоне циклической гормональной терапии ассоциирован с повышением эффективности ЭКО по сравнению с переносами в стимулированном цикле.

В проспективное сравнительное исследование 2025 года включены 388 здоровых пациенток репродуктивного возраста: 196 женщинам выполнен перенос криоконсервированного эмбриона на фоне циклической гормональной терапии, включающей эстрадиола гемигидрат и микронизированный прогестерон (гель «Праджисан»), на протяжении двух-трёх менструальных циклов (1-я группа), 192 — перенос свежего эмбриона в стимулированном цикле также с дотацией эстрадиола гемигидрата и прогестерона (2-я группа)³. Частота клинической беременности в расчёте на перенос оказалась выше в 1-й группе — 39,2 против 29,6% ($p < 0,001$; ОШ 1,589; 1,043–2,421). В ней же отмечена меньшая частота угрожающего выкидыша (18 против 26,3%), угрожающих преждевременных родов (12 против 26,3%), синдрома задержки роста плода (3,9 против 10,5%) и гипертензивных расстройств (3,9 против 14%). Срочные роды значимо чаще наблюдались в 1-й группе — 25 против 15,6% ($p < 0,001$, ОШ 1,8).

Литература

1. Громова О.А., Торшин И.Ю., Тетраушвили Н.К., Лиманова О.А. Систематический анализ экспериментальной и клинической фармакологии препаратов микронизированного прогестерона // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2021. — Т. 20. — №4. — С. 93–105.
2. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Побединская О.С., Зыков Е.В. Прогестерон и репродуктивные потери // Акушерство и гинекология. — 2017. — №8. — С. 109–114.
3. Кравцова Е.И., Куценко И.И., Лукошкина И.Н., Холина Л.А. Репродуктивные и перинатальные исходы рутинных циклов экстракорпорального оплодотворения с криоконсервированными эмбрионами на фоне циклической гормональной терапии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2025. — Т. 24. — №4. — С. 68–73.

Праджисан

прогестерон

РЕКЛАМА



- ◆ РЕАЛИЗУЕТ ВСЕ СВОЙСТВА ЭНДОГЕННОГО ПРОГЕСТЕРОНА¹⁻³
- ◆ ДВЕ ФОРМЫ: КАПСУЛЫ И ГЕЛЬ^{1,2}
- ◆ ОТ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ДО 34 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ¹⁻³



1. Общая характеристика лекарственного препарата (ОХЛП) Праджисан ЛП-№(006129)-(РГ-RU) от -04.07.24,
2. Общая характеристика лекарственного препарата (ОХЛП) Праджисан гель ОХЛП ЛП-№ (003206)-(РГ-RU) от 18.09.2023,
3. Савельева ИВ, Широкова ОВ, Бухарова ЕА, Полянская ИБ, Галайская ЕГ, Красникова ЕП, Проданчук ЕГ, Давыдов ПВ, Носова НВ, Дзюбенко СС, Плисецкий АВ. Микронизированный прогестерон в комплексном ведении беременных с неразвивающейся беременностью в анамнезе. Медицинский Совет. 2018;(7):60-63. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-7-60-63>.

За дополнительной информацией обращаться в АО «РАНБАКСИ» (группа компаний SUN PHARMA), Адрес: 107023, г. Москва, ул. Электровзводская, д. 27, стр. 8, пом. 14/1, тел. +7 (495) 234-51-70 (доб.4), <https://sunpharma.com/russia/>, E-mail: rv.eaeu@sunpharma.com. При возникновении возможных нежелательных реакций (НР) просим информировать об этом нашего регионального представителя, а также обращаться к специалисту по фармаконадзору по телефону: +7 (495) 234-51-70 (доб.4) или по электронной почте: rv.eaeu@sunpharma.com, Praj-HCP-01/07/26



ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ТОЛЬКО ДЛЯ
МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Действующие вещества: железа сульфат, аскорбиновая кислота.

 **УУР В,  УДД 3.** Железа сульфат облегчает течение железодефицитной анемии у пациенток на любом сроке беременности при низком риске нежелательных явлений.

В рамках проспективного исследования 2025 года наблюдали 155 беременных с верифицированной ЖДА¹. Участниц разделили на три группы в зависимости от триместра: 24 женщины в I триместре (1-я группа), 45 — во II триместре (2-я группа) и 86 — в III триместре (3-я группа). Все участницы получали антианемическую терапию препаратом «Сорбифер Дурулес» по 1 таблетке 2 раза в сутки до нормализации гематологических показателей с последующим переходом на поддерживающую дозу (по 1 таблетке в сутки) до родов. Через 1 мес после старта терапии уровень Hb повысился на 5,4 г/л в 1-й группе и на 7,2 г/л во 2-й группе ($p < 0,05$), а к сроку 37,1±1,1 нед прирост составил 10,3 и 9,7 г/л соответственно ($p < 0,05$).

В схожем исследовании 2025 года приняли участие 104 беременные (срок — 14,9±3,9 нед): 61 пациентка с ЖДА лёгкой степени (Hb=102,3±4,3 г/л) и 43 женщины без анемии (контрольная группа)². Участницы основной группы получали «Сорбифер Дурулес» по той же схеме. Через 1 мес после начала терапии в основной группе отмечено увеличение уровня Hb на 6,3 г/л ($p < 0,05$), к концу III триместра прирост составил 10,4 г/л ($p < 0,05$). После родоразрешения Hb снизился до 109,2±6,5 г/л в основной группе и 114,1±8,4 г/л в контрольной, оставаясь в пределах физиологических значений 1-й недели послеродового периода (> 100 г/л).

В обоих исследованиях нежелательные эффекты, расценённые как лёгкие, зарегистрированы лишь у 3,2 и 4,9% беременных соответственно.

 **УУР В,  УДД 3.** Железа сульфат купирует анемию у пациенток с аномальными маточными кровотечениями, ассоциированными с гиперплазией эндометрия.

В проспективном сравнительном исследовании 2023 года оценили эффективность препарата «Сорбифер Дурулес» у 98 пациенток, которым после гистероскопии и раздельного диагностического выскабливания была назначена антианемическая терапия по 1 таблетке 2 раза в день в течение 8 нед³. Женщин разделили на две группы: 57 с лёгкой анемией (Hb 93±1,8 г/л) и 41 со средней степенью (Hb 86±2,3 г/л). Уже через 4 нед все пациентки отметили исчезновение слабости, головокружения и утомляемости. Нормализация уровня гемоглобина и ферритина в первой группе произошла через 4±2,5 нед, во второй — через 7±3 нед ($p < 0,01$). К концу 8-й недели целевые показатели ферритина (более 40–60 мкг/л) и гемоглобина (130±1,1 и 127±2,6 г/л) достигнуты у всех пациенток.

 **УУР В,  УДД 3.** Железа сульфат минимизирует постгеморрагический дефицит железа у пациенток с субмукозной миомой матки после эмболизации маточных артерий.

В сравнительное исследование 2021 года включили 61 пациентку с субмукозной миомой матки и ЖДА (лёгкой или средней степени) после эмболизации маточных артерий⁴. Все получали «Сорбифер Дурулес» по 1 таблетке 2 раза в день. Через 4 нед симптомы анемии исчезли у 38,7% женщин с лёгкой и у 53,3% со средней анемией. Сроки выздоровления составили 1±0,4 мес при лёгкой и 1,8±0,3 мес при средней степени ($p < 0,01$). Отмечено достоверное повышение гемоглобина, эритроцитов, гематокрита, ферритина и коэффициента насыщения трансферрина. Сочетание эмболизации маточных артерий с назначением сульфата железа и аскорбиновой кислоты позволило добиться полной компенсации железодефицита в 100% клинических эпизодов.

Литература

1. Шапошникова Е.В., Базина М.И., Долгих Д.Д. и др. Железодефицитная анемия и беременность: возможности терапии // Медицинский совет. — 2025. — Т. 19. — №17. — С. 10–17.
2. Шапошникова Е.В., Базина М.И., Долгих Д.Д. и др. Эффективность и безопасность препаратов железа в лечении анемии беременных // Медицинский совет. — 2025. — Т. 20. — №5. — С. 72–78.
3. Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Яхонтова М.А. и др. Современные возможности лечения железодефицитной анемии у пациенток с аномальными маточными кровотечениями // Медицинский алфавит. — 2023. — №3. — С. 26–29.
4. Добролюбова Ю.З., Кранашева А.Х. Антианемическая терапия у больных с субмукозной миомой матки после эмболизации маточных артерий // Лечебное дело. — 2021. — №4. — С. 52–56.



Сорбифер Дурулес



Препарат выбора¹
для лечения ЖДА
благодаря быстрому
восстановлению
гемоглобина²

Таблетки с пролонгированным высвобождением,
покрытые пленочной оболочкой³



100 мг элементарного железа

Двухвалентное железо обладает высокой
биодоступностью



60 мг аскорбиновой кислоты

Аскорбиновая кислота улучшает
всасывание железа



Технология Дурулес

Обеспечивает медленное высвобождение
ионов железа, что позволяет избежать
раздражения слизистой ЖКТ



ОХЛП
Сорбифер Дурулес



ЖДА — железодефицитная анемия.

1. По данным исследования PrIndex "Мониторинг назначений лекарственных препаратов" («Ипсос Комкон»): в период с осень 2017 года по 4 квартал 2025 года препарат Сорбифер Дурулес занимает первое место в назначениях лекарственных препаратов для приема внутрь АТС категории В03А Препараты железа врачами 16 специальностей амбулаторно-поликлинического звена в 15 городах России, где проходило исследование.
2. Дворецкий Л.И. и соавт. Сравнительная эффективность железосодержащих препаратов у больных железодефицитной анемией. Клиницист. 2007;1:1-8
3 ОХЛП Сорбифер Дурулес, РУ № ЛП-№ (000080)-(PFRU) 09.04.2025.

20000001 701133 от 14.07.2026 На правах рекламы

ООО «ЭГИС-РУС», 121552, г. Москва, ул. Ярцевская, д.19, блок В, этаж 13



МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Действующие вещества: железа фумарат, фолиевая кислота.

 **УУР В,**  **УДД 3.** Комбинированный препарат «Ферретаб» показан для лечения латентного дефицита железа и железодефицитной анемии, сочетанных с дефицитом фолиевой кислоты, в том числе в период беременности.

В метаанализе, включившем 11 клинических исследований с участием 473 беременных, были установлены достоверные ассоциации между приёмом препарата и снижением встречаемости проявлений ЖДА, уровня ферритина менее 20 мкг/л, сыровороточного железа менее 20 мкмоль/л¹. Фумарат железа крайне редко вызывал нежелательные эффекты со стороны ЖКТ и тошноту в силу хорошей переносимости беременными. Отмечено лишь 3,38% эпизодов побочных эффектов со стороны ЖКТ. Следует особо отметить, что при анализе побочных эффектов у 242 женщин, принимавших препараты сульфата железа (из 473 обследованных 242 женщины в анамнезе уже использовали препараты на основе сульфата железа для лечения ЖДА в интервале 6 мес – 3 года до начала лечения фумаратом железа), постоянная тошнота отмечалась у 102 (41,2%) обследованных, из них у 73 (30,1%) женщин отмечалась рвота, вследствие чего была проведена замена на другие препараты железа. Запоры в анамнезе при приёме препаратов сульфата железа отмечались у 39 (16%) женщин¹.

 **УУР С,**  **УДД 3.** Препарат «Ферретаб» эффективен в коррекции железодефицитных состояний у пациенток, страдающих хроническими аномальными маточными кровотечениями.

По результатам обследования 572 женщин репродуктивного возраста, обратившихся к акушеру-гинекологу в рамках диспансерного обследования, ЖДА была диагностирована у 22,4% пациенток, латентный дефицит железа — у 18,2%, прелатентный дефицит железа — у 41,8%. 67 пациенток с выявленным латентным и прелатентным дефицитом железа получали комплексный препарат, содержащий железа фумарат и фолиевую кислоту («Ферретаб»), а 25 женщин с ЖДА — комплексную

терапию, включавшую кровоостанавливающие средства в период менструаций и «Ферретаб», в течение 12 нед². Средний уровень гемоглобина в группе ЖДА через 12 нед терапии вырос на 16,1% от исходного значения ($p < 0,001$). Прирост ферритина к завершению терапии составил 157,5% ($p < 0,001$). У пациенток с латентным дефицитом железа (ЛДЖ) средний уровень гемоглобина на фоне 12-недельного курса терапии повысился на 9,6% ($p < 0,001$), уровень ферритина — на 91,5% ($p < 0,001$).

В исследовании 2023 года 155 пациенток с установленным диагнозом «хроническое АМК» разделили на три группы: в 1-ю ($n=53$) вошли женщины с ЛДЖ, во 2-ю ($n=58$) — с ЖДА лёгкой степени тяжести, в 3-ю ($n=44$) — с ЖДА средней степени³. Всем участницам была назначена комплексная терапия, включающая транексамовую кислоту (суточная доза 3–4,5 г) и препарат «Ферретаб» по 1–3 капсулы в день (50–150 мг элементарного железа и 0,5–1,5 мг фолиевой кислоты), в зависимости от текущего статуса (ЛДЖ или ЖДА).

Спустя 3 мес от начала лечения у пациенток с ЛДЖ и ЖДА лёгкой степени наблюдали увеличение средней концентрации Hb с 125,1 до 129 г/л ($p < 0,05$) и с 103,1 до 127,5 г/л ($p < 0,001$) в 1-й и 2-й группах соответственно; повышение уровня ферритина с 19,2 до 39,3 мкг/л ($p < 0,05$) у женщин с ЛДЖ и с 9,7 до 36,5 мкг/л ($p < 0,001$) у пациенток с ЖДА лёгкой степени. Участницы 3-й группы принимали «Ферретаб» на протяжении 24 нед. Показатель Hb в этой группе вырос с 84,5 до 122,2 г/л ($p=0,01$), ферритина — с 7,6 до 36 мкг/л ($p=0,01$).

Результаты анализа свидетельствовали об уменьшении частоты жалоб на усталость и снижение работоспособности в 1,7 раза. Кроме того, статистически значимое улучшение получено при оценке жалоб на головокружение, онемение конечностей, шум в ушах и извращение вкуса и обоняния.

Литература

1. Торшин И.Ю., Громова О.А., Лиманова О.А. и др. Метаанализ клинических исследований по применению фумарата железа с целью профилактики и терапии железодефицитной анемии у беременных // Гинекология. — 2015. — №17 (5). — С. 24–31.
2. Кузнецова И.В., Бершпиль М.В. Латентный дефицит железа и железодефицитная анемия у женщин с обильными менструациями // Women's Clinic. — 2022. — №3. — С. 29–37.
3. Савельева И.В., Носова Н.В., Бухарова Е.А. и др. Коррекция железодефицитных состояний у пациенток репродуктивного возраста с хроническими аномальными маточными кровотечениями // Акушерство и гинекология. — 2023. — Т. 1. — С. 93–98.

Ферретаб® — лекарственный препарат железа последнего поколения¹

Фолиевая кислота 500 мкг
в составе 1 мини-таблетки²

Железа фумарат (II) в 3 мини-
таблетках — эквивалентно
50 мг элементарного железа²

Теперь
в большой
упаковке



МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

1. Громова О.А., Торшин И. Ю. Микронутриенты и Репродуктивное здоровье. Руководство—М: ГЕОТАР-Медиа, 2019—672 с.

2. Общая характеристика лекарственного препарата Ферретаб® от 24.07.2025

Организация, принимающая претензии: ООО «Алцея», Россия, 129110, Москва, Олимпийский пр-т, д. 16, стр. 5, этаж 5, пом. 1.
Телефон: +7 (495) 502-92-47. E-mail: info@alceapharma.ru, medinfo@alceapharma.ru, safety@alceapharma.ru.

С текстом ОХЛП можете
ознакомиться по ссылке



НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

FER/RU/082026/1484

Действующее вещество: эстрадиол.

 **УУР С, Q УДД 1.** Трансдермальные формы эстрадиола наряду с пероральными ассоциированы со сходными клиническими исходами в программах переноса криоконсервированных эмбрионов.

В метаанализ 2021 года были включены семь исследований с участием в общей сложности 898 пациенток, проходивших лечение методом ЭКО в циклах криопереноса эмбрионов¹. Толщина эндометрия была больше в группе получавших эстрадиол трансдермально пациенток по сравнению с группой перорального приёма эстрогенов (стандартизованное среднее различие 0,16; 95% ДИ 0,02–0,31). Значимых различий в отношении частот имплантации (ОШ 0,76; 95% ДИ 0,42–1,38), наступления клинической беременности (ОШ 0,98; 95% ДИ 0,74–1,31), невынашивания (ОШ 1,28; 95% ДИ 0,79–2,06), живорождения (ОШ 0,73; 95% ДИ 0,43–1,23) между группами выявлено не было.

 **УУР С, Q УДД 3.** Прайминг препаратом трансдермального эстрадиола может улучшить ответ яичников на стимуляцию овуляции в программах ВРТ у пациенток с бедным ответом, а также способствовать тенденции к увеличению частоты наступления клинической и развивающейся беременности.

В российском клиническом исследовании 258 пациенток (средний возраст 33,4 года) с бедным ответом яичников в анамнезе получали предварительный прайминг 0,06% 17β-эстрадиолом (трансдермальный гель «Эстрожель») перед стимуляцией супер-овуляции по стандартному протоколу с антагонистами ГнРГ; иницирующая доза гонадотропинов составляла 225–250 МЕ; антагонист ГнРГ назначали в фиксированном режиме с 5-го дня стимуляции². В контрольную группу вошли 126 пациенток с бедным овариальным ответом в анамнезе, которым проводили контролируемую овариальную стимуляцию с назначением антагонистов ГнРГ без предварительного прайминга препаратом эстрадиола.

У пациенток основной группы средний базальный уровень ФСГ был достоверно ниже, чем у пациен-

ток контрольной группы (6,8±3,2 по сравнению с 9±2,8 мМЕ/мл; $p<0,05$), в то время как уровень эстрадиола — значительно выше (154±62,2 по сравнению с 46±18,9 пг/мл; $p<0,05$).

В контрольной группе переносы эмбрионов в циклах ВРТ были отменены из-за неадекватного фолликулогенеза или плохих морфологических характеристик в 32% циклов, тогда как в исследуемой группе частота отмены составила лишь 9% ($p<0,05$). По результатам исследования прайминг с применением трансдермального эстрадиола («Эстрожель») способствовал улучшению ответа яичников на стимуляцию гонадотропинами, статистически значимо большему количеству полученных ооцитов и эмбрионов лучшего качества, увеличению частоты наступления клинической (32 по сравнению с 21% соответственно) и прогрессирующей беременности (28 по сравнению с 11% соответственно).

 **УУР С, Q УДД 3.** Трансдермальные формы эстрадиола потенциально обладают меньшим влиянием на свёртывающую систему крови по сравнению с пероральными формами.

Российское многоцентровое проспективное сравнительное исследование 260 пациенток 18–40 лет, включённых в программы криопереноса в рамках ВРТ в циклах с заместительной гормональной терапией, продемонстрировало сопоставимую эффективность препаратов трансдермального и перорального эстрогенов. При этом суммарная доза эстрогенов, достаточная для достижения требуемой толщины эндометрия к моменту криопереноса, при использовании трансдермального препарата эстрогена была существенно меньше. У пациенток, принимавших эстроген перорально, были выявлены более выраженные изменения свёртывающей системы крови³.

Литература

1. Humaidan P., Murgia K., Chandra V. et al. Clinical Outcomes of Oral vs. Transdermal Estrogen for Endometrial Preparation for Frozen Thawed Embryo Transfer in HRT-FET Cycles: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Fert. Rep.* — 2024. — Vol. 6. — №02. — P. 91–99.
2. Kurtser M., Kamilova D., Ketildadze T. et al. Priming with estradiol hemihydrate in the luteal phase prior to ovarian stimulation with GnRH antagonists: outcomes of IVF cycles in patients with previous poor response to ovarian stimulation // *GREM Gynecol. Reprod. Endocrinol. Metab.* — 2021. — Vol. 2. — №1/2021. — P. 54–59.
3. Краснопольская К.В. Результаты многоцентрового проспективного сравнительного исследования применения препаратов трансдермального эстрадиола гемигидрата и перорального эстрадиола валерата у пациенток в криопротоколах программы вспомогательных репродуктивных технологий в рутинной клинической практике // *Проблемы репродукции.* — 2021. — Т. 27. — №4. — С. 117–124.



Эстрожель®

На пути к бережной
подготовке эндометрия



Zhou D. et al. Comparison of clinical outcomes between use of estradiol transdermal gel and oral estradiol valerate in patients undergoing frozen-thaw embryo transfer: an observational study. Arch Gynecol Obstet. 2025 Dec. 30; 313(1): 1. DOI: 10.1007/s00404-025-08277-z.

ООО «Безен Хелскеа РУС». Россия, 123100, г. Москва, ул. 2-ая Звенигородская, вл. 12, стр. 1.
Тел.: (495) 980 10 67; факс: (495) 980 10 68. www.безен.рф, www.инозит.рф

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ТОЛЬКО ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Действующие вещества: белково-пептидный комплекс из лейкоцитов крови свиней.

 **УУР С, Q** **УДД 2.** Комплексная терапия с включением препарата «Суперлимф» повышает частоту наступления беременности и живорождений у пациенток с бесплодием на фоне хронического эндометрита, в том числе в программах ВРТ.

В крупном рандомизированном контролируемом испытании «ТЮЛЬПАН» ($n=2252$) добавление «Суперлимфа» (25 ЕД, два-три курса по 20 дней с перерывом 1–1,5 мес) к антибактериальной терапии и прогестерону в терапии пациенток с ХЭ и бесплодием увеличивает шансы спонтанной беременности в 1,5 раза, а при длительности бесплодия 5 лет и более — более чем втрое. Частота живорождений в основной группе возрастает на 34%¹. В сходном по дизайну испытании «ТЮЛЬПАН 2», посвящённом подготовке к криопереносу, частота наступления беременности достигает 57%, шансы рождения живого ребёнка удваиваются (при длительном бесплодии — в 2,8 раза) относительно не получавших иммунотерапию участниц исследования².

 **УУР С, Q** **УДД 2.** Добавление «Суперлимфа» к антибактериальной терапии повышает элиминацию микроорганизмов из полости матки при хроническом эндометрите до 84%.

В двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании локальная цитокиноterapia «Суперлимфом» в комбинации с антибиотиками обеспечивает элиминацию микроорганизмов из полости матки в 84% случаев, в группе плацебо — в 59,1% ($p<0,001$). Параллельно отмечено статистически значимое уменьшение выраженности хронического эндометрита по гистологическим данным ($\chi^2=10,563$; $p=0,002$)³.

 **УУР С, Q** **УДД 4.** Включение «Суперлимфа» в комплексное лечение способствует восстановлению структуры и кровоснабжения эндометрия у пациенток с хроническим эндометритом.

Включение «Суперлимфа» (25 ЕД, от одного до трёх курсов по 20 дней) в комплексное лечение хронического эндометрита уменьшает воспалительную инфильтрацию и фиброз стромы, восстанавливает сосудистое русло и рецепторный профиль эндометрия. Особенно важным оказалось снижение экспрессии CD34+ ($p<0,001$), что отражает уменьшение выраженности патологического неоангиогенеза и свидетельствует об улучшении состояния сосудистого компонента. Терапия с включением белково-пептидного комплекса способствовала восстановлению экспрессии рецепторов к половым гормонам и нормализации соотношения ЭР/ПР в железистом и стромальном компонентах эндометрия^{4,5}. Допплерометрия фиксирует улучшение гемодинамики матки благодаря нормализации венозного оттока⁶.

 **УУР С, Q** **УДД 3.** У пациенток с тонким эндометрием включение «Суперлимфа» в комплексное лечение увеличивает толщину эндометрия и улучшает его рецептивность.

У женщин с толщиной эндометрия менее 7 мм, не поддающейся коррекции другими методами, вагинальное введение «Суперлимфа» 25 ЕД в течение 20 дней одновременно с орошением полости матки кавитированным раствором на фоне приёма антибиотиков приводит к увеличению толщины ≥ 8 мм у 84% пациенток. Это значимо повышает частоту наступления беременности в программах ВРТ и живорождений⁷.

Литература

1. Дикке Г.Б., Суханов А.А., Остроменский В.В., Кукарская И.И. Течение и исходы беременности у пациенток с хроническим эндометритом и нарушением репродуктивной функции, получавших комплексное лечение с использованием препарата «Суперлимф» (рандомизированное контролируемое испытание в параллельных группах «ТЮЛЬПАНЫ») // Акушерство и гинекология. — 2023. — №4. — С. 132–144.
2. Суханов А.А., Дикке Г.Б., Остроменский В.В., Кукарская И.И., Шилова Н.В. Течение и исходы беременности, наступившей в результате экстракорпорального оплодотворения, у пациенток с хроническим эндометритом, получавших комплексное лечение с использованием препарата «Суперлимф» на претравматическом этапе (рандомизированное контролируемое испытание «ТЮЛЬПАН 2») // Акушерство и гинекология. — 2023. — №8. — С. 123–134.
3. Тапильская Н.И., Толибова Г.Х., Савичева А.М. и др. Эффективность локальной цитокиноtherapy хронического эндометрита пациенток с бесплодием // Акушерство и гинекология. — 2022. — №2. — С. 91–100.
4. Толибова Г.Х., Траль Т.Г., Кахиани М.И. Восстановление сосудистого компонента эндометрия при хроническом эндометрите // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2026. — №25 (1). — С. 43–51.
5. Толибова Г.Х., Траль Т.Г., Кахиани М.И. Возможности коррекции рецепторного профиля эндометрия при хроническом эндометрите // Акушерство и гинекология. — 2024. — №10. — С. 121–128.
6. Озерская И.А., Порховатый С.Я., Казарян Г.Г., Ожогина Е.В. Влияние цитокиноtherapy на гемодинамику матки при лечении хронического эндометрита // Акушерство и гинекология. — 2024. — №11. — С. 128–136.
7. Краченко Е.Н., Новицкая Е.Л., Сабитова Н.Л., Лисцка Е.В. Оценка эффективности комплексного лечения хронического эндометрита с исходом в тонкий эндометрий у пациенток с нарушением репродуктивной функции // Акушерство и гинекология. — 2025. — №4. — С. 138–144.

СУПЕРЛИМФ®

стандартизированный комплекс антимикробных пептидов и цитокинов

30 ЛЕТ

научных исследований

БОЛЕЕ 150

научных работ

www.dissercart.com

РЕГЕНЕРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

БОЛЕЕ 18 ЛЕТ

клинической практики

- Снижает рецидивы хронических заболеваний¹
- Обладает противобактериальным, противогрибковым и противовирусным действием^{1,2}
- Ликвидирует воспаление, **активирует репаративные процессы**, стимулирует локальные клеточные и гуморальные механизмы³
- Способен подавлять рост и размножение *St.aureus* и *E.coli*⁴



ПУ 004385 от 24.01.2025



ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА, ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА, В ТОМ ЧИСЛЕ ОСЛОЖНЕННЫХ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ¹.

Больше информации
на сайте:

www.superlimf.ru



ООО «ЦИ «Иммунохелп»
105187 г. Москва,
ул. Щербаковская д.53 к.15,
Тел/факс: +(495) 729-49-20
email: info@immunohelp.ru

реклама

1. Инструкция по медицинскому применению
2. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Лавров В.Ф., Баржевнич О. А. "Подавление цитопатического действия вируса герпеса простого первого типа комплексом природных цитокинов (препарат Суперлимф) in vitro". //Журнал ЖМЭИ. - 2005. - №1 - стр. 57-60.
3. Перепанова Т.С., Поздняков Н.О., Хохлов А.А. Результаты применения препарата Суперлимф® в лечении хронического цистита по данным клинических исследований. Урология, 2025; 2: стр. 114-120.
4. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Мороз А.Ф., Аведова Т.А., Москвина С.Н. "Противомикробные пептиды иммунной системы: клинические аспекты." //Аллергология и иммунология, 2003, том 4 №2, стр. 20-26.

Действующие вещества: инозит (в форме мио-инозитола [МИ] и D-хиро-инозитола [D-ХИ]), магнафолат (в форме кальция L-метилфолата), витамины B₁, B₆, B₁₂.

 **УУР С, УДД 2.** Комбинация МИ и D-ХИ в соотношении 40:1 у женщин с СПКЯ и ожирением обеспечивает улучшение метаболических и гормональных показателей.

Результаты рандомизированного плацебо-контролируемого исследования 2016 года у 46 женщин¹ с СПКЯ и ИМТ > 30 кг/м² показали, что использование комбинации МИ и D-ХИ в соотношении 40:1 (1100 мг + 27,6 мг/сут) совместно с фолиевой кислотой (400 мкг/сут) в течение 6 мес сопровождалось статистически значимым снижением уровня ЛГ с 12,5±8 до 8,5±4,04 мМЕ/мл (p<0,05), свободного тестостерона с 0,76±0,2 до 0,62±0,15 нг/дл (p<0,05), инсулина натощак с 20,19±8,14 до 10,74±5,46 мкЕд/мл (p<0,001) и индекса НОМА с 3,38±1,97 до 1,97±1,48 (p<0,05), а также повышение уровня эстрадиола с 47,06±18,20 до 107,42±92,86 пг/мл (p<0,01) и ГСПГ с 24,11±10,35 до 35,85±24,3 нмоль/л (p<0,05). В группе плацебо статистически значимых изменений не зарегистрировано.

 **УУР С, УДД 3.** Приём добавок с МИ и D-ХИ в соотношении 40:1 улучшает метаболический и гормональный профиль пациенток с СПКЯ при фенотипе А.

Результаты проспективного открытого исследования 2024 года (n=34)² показали, что у женщин

с СПКЯ (фенотип А) приём комбинации МИ и D-ХИ (2255 мг/сут) в соотношении 40:1 в течение 3 мес способствует улучшению гормонального и метаболического профиля. Уже к концу терапии зафиксировано достоверное снижение ИМТ (p=0,0029) и индекса НОМА-IR (p<0,001), уменьшение уровней общего и свободного тестостерона, индекса свободных андрогенов и ЛГ (p<0,001); одновременно отмечено повышение ГСПГ и эстрадиола (p<0,001).

 **УУР С, УДД 4.** Приём магнафолата способствует быстрому улучшению фолатного статуса у женщин с дефицитом фолатов.

Результаты одноцентрового исследования 2024 года (n=33) показали, что приём магнафолата (кристаллической формы С L-5-метилфолата кальция, эквивалентной 400 мкг фолиевой кислоты) в течение 8 нед у беременных с дефицитом фолатов сопровождался статистически значимым повышением концентрации фолатов в эритроцитах с 283±219,6 до 780,2±221,9 нмоль/л (p<0,001). Полученные значения также были достоверно выше прогнозируемых при применении эквивалентной дозы фолиевой кислоты (p=0,003). Авторы делают вывод, что магнафолат эффективно улучшает фолатный статус в короткие сроки.

Литература

1. Benelli E., Del Ghianda S., Di Cosmo C. et al. A Combined Therapy with Myo-Inositol and D-Chiro-Inositol Improves Endocrine Parameters and Insulin Resistance in PCOS Young Overweight Women // Int. J. Endocrinol. — 2016. — №2016. — P. 3204083. [PMID: 27493664]
2. Pustotina O., Myers S.H., Unfer V., Rasulova I. The Effects of Myo-Inositol and D-Chiro-Inositol in a Ratio 40:1 on Hormonal and Metabolic Profile in Women with Polycystic Ovary Syndrome Classified as Phenotype A by the Rotterdam Criteria and EMS-Type 1 by the EGO Criteria // Gynecol. Obstet. Invest. — 2024. — Vol. 89. — №2. — P. 131–139. [PMID: 38295772]
3. Gu R., Ding Q. Rapid Improvement with Crystal Form C of L-5-Methyltetrahydrofolate Calcium Salt in Maternal Women with Folate Deficiency: A Pilot Study // J. Gynecol. Obstet. Mother Health. — 2024. — Vol. 2. — №6. — P. 1–4.

ОЧНО

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА:

от прегравидарной подготовки
к здоровому материнству и детству

ВСТРЕЧАЕМСЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ!

Ежегодно
в феврале!



praesens.ru



StatusPraesens
profmedia



Действующие вещества: лактобактерии, витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс «Суперлимфлайф».

 **УР С,**  **УДД 3.** «Ацилакт DUO» в составе комплексной терапии позволяет снизить частоту рецидивов БВ.

В исследование 2021 года¹ включили 100 женщин в возрасте от 18 до 49 лет с рецидивирующим БВ. Все пациентки были разделены на две равные группы: первой назначили только комплексный препарат местного действия, содержащий метронидазол 500 мг и миконазола нитрат 100 мг (по 1 свече 2 раза/сут в течение 7 дней), а второй — в дополнение к вышеописанной схеме назначали второй этап, состоящий из интравагинального введения крема «Ацилакт DUO» 1 раз/сут курсом 10 дней. Согласно полученным данным, у пациенток, получавших двухэтапную терапию, через 3 мес после окончания лечения количество жалоб уменьшалось, в то время как после проведения одноэтапной терапии отмечалось их возвращение. По данным микроскопического исследования вагинальных мазков преобладание *Lactobacillus spp.* и отсутствие ключевых клеток встречалось чаще среди пациенток, получавших противорецидивную терапию, по сравнению с пациентками из контрольной группы. Результаты показали, что «Ацилакт DUO» повышает эффективность антибактериальной терапии при сочетании применения за счёт нормализации местного иммунного ответа, модулирования выработки определённых цитокинов (IL-1, ФНО-α), способствует более устойчивому восстановлению нормального соотношения представителей микробиоты влагалища, снижению частоты рецидивирования процесса.

В исследовании 2022 года² включили 89 женщин с БВ. Их разделили на три группы: первой группе (n=30) назначили терапию метронидазолом ваги-

нально по 500 мг 2 раза/сут длительностью 7 дней; во второй группе (n=30) на втором этапе в дополнение к вышеописанной схеме использовали препарат, содержащий лактобактерии (вагинально по 1 капсуле 14 дней); а в третьей группе (n=29) — «Ацилакт DUO» (вагинально по 1 свече 10 дней). Результаты анализа качественного и количественного состава влагалищной микробиоты у пациенток через 1 мес после лечения показали, что в первой группе сохранялся самый низкий уровень лактобактерий, а наиболее высокий был отмечен у пациенток третьей группы. Ещё через 5 мес абсолютный нормоценоз влагалища был выявлен у 56,7% пациенток первой группы, у 80% — второй, у 82,7% — третьей.

Исследование 2025 года было посвящено оценке возможностей предотвращения рецидива БВ во время гестации³. Участниц (50 беременных с БВ в возрасте 19–42 лет на сроке гестации 12–36 нед) разделили на две равные группы. Пациентки первой получали только клиндамицин, тогда как во второй группе была назначена двухэтапная терапия клиндамицином и «Ацилактом DUO». Если у пяти (20%) пациенток первой группы наблюдался рецидив БВ в течение 3 мес после завершения лечения, то во второй группе рецидивов не наблюдалось, при этом была отмечена низкая общая бактериальная масса с преобладанием высоких титров лактобацилл. В первой группе преждевременные роды на сроках 31–32 и 34–36 нед произошли у двух (8%) и шести (24%) пациенток соответственно. При этом во второй группе ни одного случая преждевременных родов не зарегистрировано.

Литература

1. Уруймагова А.Т., Прилепская В.Н., Межевитникова Е.А. и др. Эффективность и приемлемость двухэтапной терапии рецидивирующего бактериального вагиноза // Акушерство и гинекология. — 2021. — №11. — С. 202–212.
2. Доброхотова Ю.Э., Боровикова Е.И., Зайдинова З.С., Романовская В.В. Снижение частоты рецидивов бактериального вагиноза. Комплексное решение // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2022. — Т. 21. — №2. — С. 33–40.
3. Шахилова С.Г., Сафарян И.Р., Арустамян Р.Р., Паенди Ф.А. Комплексный подход к снижению частоты рецидивов бактериального вагиноза у беременных // Эффективная фармакотерапия. — 2025. — Т. 21. — №45. — С. 6–11.

АЦИЛАКТ DUO

АЦИЛАКТ ДУО – ЭТО ВАЖНО!

Уникальная комбинация, которая способствует восстановлению слизистой влагалища, нормализации микрофлоры и снижению рецидивов.¹

ЗДОРОВАЯ
СЛИЗИСТАЯ!

НОРМАЛЬНАЯ
МИКРОФЛОРА!

СЧАСТЛИВАЯ
ЖЕНЩИНА!

РЕКОМЕНДОВАННАЯ СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ

Длительность применения не ограничена.



По одной шт
ежедневно



Повторять в течение
3-4 мес с интервалом
10-20 дней



10 дней ежедневно
1 раз/день

ТРОЙНОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ!

РЕПАРАЦИЯ

восстановление
эпителия
влагалища

НОРМОФЛОРА

нормализация
биоценоза

ИММУНИТЕТ

укрепление местного
мукозального
иммунитета

1 Комбинация компонентов

Два ключевых компонента — живые ацидофильные бактерии и витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс «Суперлимфлайф».

2 Удобство и безопасность

«Ацилакт ДУО» — косметическое средство интимной гигиены. Его применение противопоказано только при повышенной чувствительности.

3 Применение в комплексной терапии

Можно использовать как самостоятельно, так и в сочетании с другими препаратами при инфекционно-воспалительных заболеваниях генитального тракта. Может дополнять эффект монокомпонентных пробиотиков.



Уруймагова А.Т., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Абакарова П.Р., Довлетханова Э.Р., Гусаков К.И., Одыванова А.А. Эффективность и приемлемость двухэтапной терапии рецидивирующего бактериального вагиноза // АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ. - 2021. - №11.

btf1.ru



Реклама.

Действующее вещество: сулодексид.

 **УУР С, Q УДД 3.** Использование сулодексида в составе комплексной прегравидарной подготовки пациенток с ожирением ассоциировано с улучшением репродуктивных исходов.

В клиническом исследовании 2022 года приняли участие 92 женщины с ожирением I степени и нерезервированной репродуктивной функцией¹. В группу 1 вошли 46 пациенток, которым была назначена ПП, направленная на снижение ИМТ и включающая коррекцию образа жизни, препараты фолиевой кислоты и витамина D. Пациенткам группы 2 (n=46) к вышеуказанной терапии был добавлен эндотелиотропный препарат сулодексид в дозе 250 ЛЕ 2 раза в сутки. Через 3 мес частота наступления беременности в группе 1 составила 58,7%, тогда как в группе 2 — 71,7%. Использование сулодексида также было ассоциировано с более низким риском гестационного СД, диабетической фетопатии и преждевременных родов.

 **УУР С, Q УДД 3.** Сулодексид в составе комплексной терапии пациенток с тонким эндометрием способствует увеличению его толщины.

В исследование 2019 года были включены 88 пациенток в возрасте 18–45 лет с морфологически подтверждённым ХЭ и тонким эндометрием². Все участницы получали терапию препаратами эстрадиола и дидрогестерона в течение трёх менструальных циклов. Дополнительно 41 пациентке был назначен сулодексид (по 250 ЛЕ 2 раза в день) в непрерывном режиме, 20 — в той же дозе с 5-го дня цикла до 7-го дня после овуляции; 27 участниц вошли в группу контроля. Толщина эндометрия 7 мм и более была достигнута у 73% пациенток после терапии сулодексидом в непрерывном режиме и у 71% — при наличии перерыва на время менструации. Аналогичные результаты наблюдали лишь у 34% пациенток контрольной группы. Кроме того, использование сулодексида было сопряжено с облегчением болевого синдрома при дисменорее.

 **УУР С, Q УДД 3.** Сулодексид в составе комплексной прегравидарной подготовки пациенток с синдромом поликистозных яичников и метаболическим синдромом способствует тенденции к увеличению частоты наступления беременности.

В исследовании 2022 года 80 пациенток с метаболическим синдромом и СПЯ, планирующих беременность, были распределены в две группы³. Всем пациенткам были даны рекомендации по модификации образа жизни, соблюдению диет и физической активности, а также были назначены препараты фолиевой кислоты, ПНЖК и витамин D в течение 3 мес. В первой группе дополнительно был назначен сулодексид 250 ЛЕ 2 раза в сутки. В группе сулодексида беременность наступила у 18 (45%) женщин по сравнению с 13 (32,5%) в контрольной.

 **УУР С, Q УДД 3.** Сулодексид в составе комплексной прегравидарной подготовки пациенток с постковидным синдромом способствует тенденции к увеличению частоты наступления беременности.

В клиническом исследовании 2021 года⁴ с участием 30 пациенток с постковидным синдромом добавление в схему терапии сулодексида 250 ЛЕ 2 раза в сутки на протяжении 1 мес было ассоциировано с более выраженным снижением маркёров эндотелиальной дисфункции через 1 мес терапии и более частым наступлением беременности (73,3% в группе сулодексида и 46,7% в группе контроля) через 6 мес от начала терапии.

Литература

1. Лапина И.А., Доброхотова Ю.Э., Таранов В.В. и др. Ожирение и беременность: возможные пути преодоления осложнений и улучшения репродуктивных исходов // Гинекология. — 2022. — Т. 24. — №6. — С. 518–524.
2. Масленников А.В., Яшук А.Г., Газизова Г.Х., Бердигулова Э.Ф. Эффекты применения гепаринидов у пациенток с дисфункцией эндометрия на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2020. — Т. 19. — №4. — С. 50–56.
3. Лапина И.А., Доброхотова Ю.Э., Таранов В.В. и др. Коррекция эндотелиальной дисфункции в рамках прегравидарной подготовки пациенток с метаболическим синдромом и синдромом поликистозных яичников: мультидисциплинарный подход // Тромбоз, гемостаз и реология. — 2022. — №3. — С. 90–98.
4. Лапина И.А., Доброхотова Ю.Э., Таранов В.В. и др. Принцип таргетной терапии в комплексе прегравидарной подготовки у пациенток с постковидным синдромом // Women's Clinic. — 2021. — №4. — С. 16–24.

ЗРИ В КОРЕНЬ СОСУДИСТЫХ ПРОБЛЕМ

Повреждение гликокаликса – первопричина сосудистых заболеваний¹

Вессел® Дуэ Ф благодаря способности **восстанавливать** и защищать гликокаликс² возвращает функциональную целостность эндотелию³, **помогает** устранению признаков и симптомов⁴ и, назначаемый на ранних стадиях, может **защитить** от прогрессирования заболевания⁵.



1. Шевченко Ю.Л. и др. Эндотелиальный гликокаликс в обеспечении функции сердечно-сосудистой системы // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2020. Т. 15. № 1. С. 109. 2. Broekhuizen L.N. et al. Effect of sulodexide on endothelial glycocalyx and vascular permeability in patients with type 2 diabetes mellitus // Diabetologia. 2010. 53: 2646–2655. 3. Li T. et al. Sulodexide recovers endothelial function through reconstructing glycocalyx in the balloon-injury rat carotid artery model // Oncotarget. 2017. 24. 8(53): 91350–91361. 4. Bignamini A.A., Matuska J. Sulodexide for the Symptoms and Signs of Chronic Venous Disease: A Systematic Review and Meta-analysis // Adv Ther. 2020. 37(3): 1013–33. 5. Mattana P. et al. Vascular pathologies and inflammation: the anti inflammatory properties of Sulodexide // J Vasc Endovasc Surg. 2012. 19(Suppl. 2 to No. 3): 1–7.

Для получения подробной информации ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению препарата Вессел® Дуэ Ф. Рег. номер П N012490/01. Материал предназначен для специалистов здравоохранения.

ООО «Альфасигма Рус»
115054, г. Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 2
Телефон: +7 (495) 150-01-23
e-mail: info.ru@alfasigma.com

Действующее вещество: аминодигидрофталат-зиндион натрия.

 **УУР С, Q УДД 3.** Назначение «Галавита» в комплексном лечении ХЭ улучшает результаты противомикробной терапии.

В клиническом исследовании оценили эффективность иммуномодулирующей терапии «Галавитом» в комплексном лечении ХЭ¹ у 60 пациенток. Больные первой группы (n=30) получали стандартную антибактериальную терапию курсом 14 дней и в/м инъекции «Галавита». Пациенткам из второй группы (n=30) назначили стандартную терапию. Через 2 мес клиническая эффективность в первой группе составила 100%, во второй — 73,4%.

Схожие результаты были получены в исследовании 2018 года (n=46)². Пациентки с ХЭ были распределены в две группы: участницы первой получали стандартную терапию и «Галавит», второй — только стандартную терапию. Через 1 мес после лечения в группе комбинированной терапии был достигнут более выраженный клинический эффект (85 против 75%) и более быстрое купирование клинических симптомов.

 **УУР С, Q УДД 3.** Использование «Галавита» повышает шансы на успешную реализацию репродуктивной функции пациенток с бесплодием, планирующих вступление в программы ВРТ.

В клиническом исследовании участвовали 74 пациентки с ХЭ, бесплодием, нарушением рецептивности эндометрия и неудачными попытками ЭКО³. Участницы первой группы получали этиотропную терапию и «Галавит» (n=37), второй — только этиотропную (n=37). У всех пациенток первой группы была достигнута полная эрадикация возбудителя с отсутствием очаговой лимфо- и лейкоцитарной инфильтрации, тогда как в группе сравнения инфильтрация сохранялась в 8,1%.

 **УУР С, Q УДД 3.** Использование «Галавита» в программе ЭКО у пациенток с бесплодием и сочетанными заболеваниями репродуктивной системы позволяет достичь положительной динамики роста эндометрия и фолликулов.

В клиническом исследовании у 108 женщин с бесплодием и сочетанными доброкачественными заболеваниями репродуктивной системы оценивали влияние

«Галавита» в процессе подготовки к ЭКО⁴. В группе «Галавита» получена положительная динамика в отношении роста эндометрия и фолликулов, опосредованное иммуномодулирующее воздействие, снижение препаратов для стимуляции овуляции.

 **УУР В, Q УДД 2.** У пациенток с рецидивирующим КВВ «Галавит» повышает эффективность стандартной терапии.

В исследовании 2018 года по оценке эффективности комплексной терапии РКВВ приняли участие 113 женщин, разделённых на две группы⁵. Пациентки первой группы (n=56) получали итраконазол, второй (n=57) — итраконазол и «Галавит». В группе, получавшей комплексную терапию, клиническая эффективность была выше на $21,8 \pm 4,1\%$, микробиологическая — на $12,6 \pm 3,5\%$ по сравнению со второй группой. Частота обострений инфекции во время беременности была меньше у пациенток второй группы (28,3 против 81,7%).

 **УУР В, Q УДД 3.** Приём «Галавита» на прегравидарном этапе у пациенток с рецидивирующим генитальным герпесом способствует повышению эффективности терапии, длительности ремиссии и улучшению исходов беременности.

В исследовании 2022 года по оценке эффективности терапии рецидивирующего генитального герпеса 58 пациенток с обострением были распределены в две группы. Первая (n=30) получала противовирусную терапию и дополнительно «Галавит», вторая (n=28) — стандартное лечение⁶. В первой группе на фоне коррекции иммунного статуса было достигнуто ускорение заживления высыпаний и большая частота элиминации вируса (93 против 86% в контроле), увеличение межрецидивного периода, а также более благоприятное течение беременности, родов и улучшения перинатальных исходов.

Литература

1. Шуршалина А.В., Дубницкая Л.В. Иммуномодулирующая терапия в программе реабилитации пациенток с хроническим эндометритом // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2006. — №1. — С. 36–38.
2. Довлетханова Э.Р., Абakarova П.Р., Игрян А.Н. Лечение аспекты воспалительных заболеваний органов малого таза // Медицинский совет. — 2018. — №7. — С. 40–44.
3. Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Капустина М.В. Лечение хронического эндометрита у пациенток перед проведением экстракорпорального оплодотворения // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2008. — №5. — С. 80–82.
4. Гагатулина Р.Г., Ванько Л.В., Дуринян Э.Р. и др. «Галавит» в комплексной терапии стимуляции овуляции и в программе ЭКО у женщин с нарушением репродуктивной функции // Материалы первого регионального научного форума «Мать и дитя». — Казань, 2007. — С. 222–223.
5. Боровиков И.О., Авестян А.С. Прекоцепционная подготовка больных рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом с использованием иммуномодулирующей терапии // РМЖ. Мать и дитя. — 2018. — №1. — С. 4–10.
6. Михайлова О.И., Кан Н.Е., Мирзабекова Д.Д. и др. Влияние прегравидарной подготовки на течение и исходы беременности при рецидивирующем генитальном герпесе // Медицинский совет. — 2022. — №16. — С. 108–115.

ГАЛАВИТ®

Аминодигидрофталазиндион натрия

Необходимый компонент патогенетической терапии воспалительных заболеваний любой этиологии^{1,2}



- ✧ Избирательно регулирует функционально-метаболическую активность моноцитов/макрофагов.^{2, 4, 6, 8-10}
- ✧ Способствует более полной элиминации возбудителя.^{1, 4, 8, 9}
- ✧ Повышает действие этиотропной терапии.^{1, 4-9}
- ✧ Снижает интенсивность и длительность воспалительной реакции и интоксикации.^{3, 4, 10}
- ✧ Способствует физиологическому восстановлению тканей без избыточного фиброза.^{1, 3-5}

Обладает иммуномодулирующим, противовоспалительным, антиоксидантным и регенеративным эффектом^{2, 10}

Источники информации: 1. Мгерян А.Н., Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р., Межевитинова Е.А., Назарова Н.М., Прилепская В.Н. Воспалительные заболевания органов малого таза в клинической практике: диагностика, лечение, профилактика. Акушерство и гинекология. Алгоритмы диагностики и лечения (прил.). 2023;6:1-7. 2. Филиппова О.В. Макрофаг как мишень противовоспалительной терапии. РМЖ. 2024;6:52-57. 3. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Будыкина Т.С., Горшилиан А.В. Иммунокоррекция у больных с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза. Пособие для врачей. МОНИИАГ, М., 2009. 4. Шурашлина А.В., Дубинская Л.В. Иммуномодулирующая терапия в программе реабилитации пациенток с хроническим эндометритом. Рос. Вест акушера-гинеколога. 2006;1:36-38. 5. Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Капустина М.В. Лечение хронического эндометрита у пациенток перед проведением экстракорпорального оплодотворения. Российский вестник акушера-гинеколога. 2008;5:80-82. 6. Серов В.Н., Царегородцева М.В., Королева А.В. Роль иммунокорригирующего влияния Галавита в лечении больных с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза хламидийного генеза. Российский вестник акушера-гинеколога. 2011;3:17-20. 7. Абакарова П.Р., Довлетханова Э.Р., Мгерян А.Н., Межевитинова Е.А., Назарова Н.М., Прилепская В.Н. Аногенитальная герпетическая инфекция: диагностика, лечение, профилактика. Алгоритмы диагностики и лечения (прил.). 2023;6:8-10. 8. Гизингер О.А. Фармакологическая коррекция локальных иммунных нарушений у больных с кандидозно-микоплазменной инфекцией урогенитального тракта. Врач. 2014;11:60-63. 9. Нейфельд И.В., Рогожина И.Е., Скупова И.Н. Оптимизация комплексной терапии хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза в амбулаторной практике. РМЖ Акушерство и Гинекология. 2017;2:91-97. 10. Инструкция по медицинскому применению (ИМП) / Общая характеристика лекарственного препарата (ОХЛП) Галавит суппозитории 100 мг/Галавит инъекции 100 мг. Р №000088/03, ЛП-№(012294)-(РГ-РУ)/Р №000088/02, ЛП-№(011837)-(РГ-РУ).

ООО «Сэлвим» 123290, Россия, г. Москва, тупик Магистральный 1-й д. 5А, ком. 91
Телефон: 8 800 707 71 81, факс: +7 495 269 0343
E-mail: info@salvim.ru



**ЭКСПЕРТЫ
СЕМЕЙНОГО
ЗДОРОВЬЯ**

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ. РЕКЛАМА.

Действующие вещества: мио-инозитол, D-хиро-инозитол (МИ/ДХИ) в соотношении 40:1, α -липоевая кислота, марганец, фолиевая кислота, витамин D₃.

 **УУР С,  УДД 3.** Комбинация МИ и ДХИ в соотношении 40:1 в сочетании с α -липоевой кислотой у женщин с СПЯ и повышенной массой тела способствует коррекции метаболических и эндокринных показателей (достоверному снижению инсулинорезистентности, уменьшению гиперандрогении, восстановлению овуляции), коррекции менструального цикла, наступлению спонтанной беременности у каждой пятой пациентки.

В клиническое исследование 2024 года вошли 50 женщин с СПЯ и ИМТ от 25 до 40 кг/м² в возрасте от 18 до 35 лет, планирующих беременность. Первой группе (n=30) была назначена комбинация МИ/ДХИ 40:1 и α -липоевой кислоты («Дифертон») по 1 таблетке 2 раза/сут в течение 180 дней. Вторая группа (n=20) получала базовый комплекс нутриентов при планировании беременности (докозагексаеновая кислота, витамин D₃, фолиевая кислота, витамин Е, йодид калия) также в течение 180 дней¹.

В первой группе наблюдали статистически значимое снижение уровня общего холестерина и липопротеидов низкой плотности и увеличение уровня липопротеидов высокой плотности, уменьшение гиперандрогении. Во второй группе изменения указанных параметров не были статистически значимыми. Также у пациенток первой группы наблюдали снижение уровня глюкозы натощак ($p<0,01$) и снижение массы тела в среднем на $3\pm 1,19$ кг за 6 мес, окружность талии в среднем уменьшилась на $3,1\pm 1,5$ см. У пациенток второй группы снижения веса не отмечено, а окружность талии изменилась

незначительно. Беременность наступила у шести пациенток первой группы и у одной пациентки второй группы. Авторы заключили, что использование «Дифертон» способствует улучшению параметров липидного профиля, углеводного обмена, а также снижению массы тела и уменьшению окружности талии.

В однокрупном клиническом исследовании 2025 года наблюдалось 30 пациенток с СПЯ и ожирением. Они получали капсулы «Дифертон» в течение 3 мес перед программой ВРТ². По окончании наблюдения зафиксировано снижение индекса массы тела на 5,3% ($p<0,001$), нормализация соотношения лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов у 22 пациенток, улучшение липидного профиля и снижение общего тестостерона на 32,7%. Клиническая беременность наступила у 16 женщин.

Препараты инозитолов вошли в международные клинические рекомендации по СПЯ в 2023 году³, в российские — в 2025 году⁴. При этом важно учитывать, что соотношение мио-инозитола и D-хиро-инозитола 40:1 соответствует физиологическому соотношению в плазме крови и может быть наиболее эффективным по сравнению с другими пропорциями инозитолов с точки зрения регуляции менструального цикла и восстановления овуляции⁵.

Литература

1. Дуб Н.В., Кручинина Е.В. Маски синдрома поликистоза яичников: роль инозитолов // ПМЖ. Мать и дитя. — 2024. — №7 (3). — С. 205–213.
2. Доброхотова Ю.З., Лукина С.Н. Метаболический прайминг с помощью мио-инозитола и D-хиро-инозитола в соотношении 40:1 в сочетании с фолиевой и альфа-липоевой кислотами у пациенток с синдромом поликистозных яичников и ожирением перед программой вспомогательных репродуктивных технологий // Актуальные вопросы женского здоровья. — 2026. — №1. — С. 24–28.
3. Teede H.J., Tay C.T., Laven J.J.E. et al. Recommendations from the 2023 international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome // Eur. J. Endocrinol. — 2023. — Vol. 189. — №2. — P. G43–G64. [PMID: 37580861]
4. Синдром поликистозных яичников: Клинические рекомендации / Минздрав РФ. — М., 2025. — URL: https://cz.minzdrav.gov.ru/view-cr/910_1.
5. Nordio M., Basciani S., Camajani E. The 40:1 myo-inositol/D-chiro-inositol plasma ratio is able to restore ovulation in PCOS patients: comparison with other ratios // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. — 2019. — Vol. 23. — №12. — P. 5512–5521. [PMID: 31298405]

DIFERTON

ДИФЕРТОН



Доступен в капсулах.
Курс приема – 6 мес.



Дифертон – комплекс с МИ, ДХИ и АЛК для метаболического прайминга (подготовки) к беременности, включая ВРТ, у женщин с полиэндокринным метаболическим овариальным синдромом и ожирением¹



Снижает инсулинорезистентность, помогает снизить вес и уменьшить окружность талии при ПМОС (СПЯ).^{1,2}



Уменьшает проявления метаболического синдрома, снижает уровень холестерина и ЛПНП.^{1,2}



Нормализует менструальный цикл, восстанавливает овуляцию и улучшает качество яйцеклеток у женщин при подготовке к ВРТ, увеличивая шансы на наступление беременности.^{1,2,3}

Инозитолы входят как в международные, так и в российские рекомендации 2025 года по лечению СПЯ.⁴

АКВИОН | Доказанная эффективность

8 800 200 86 86
бесплатная горячая линия
plan-baby.ru



Информация предназначена для специалистов здравоохранения. Реклама.
СГР № АМ.01.20.01.003.R.000502.11.24.

¹ Доброхотова Ю.Э., Лунина С.Н. Метаболический прайминг с помощью мио-инозитола и D-хироинозитола в соотношении 40:1 в сочетании с фолевой и альфа-липоевой кислотами у пациенток с синдромом поликистозных яичников и ожирением перед программой вспомогательных репродуктивных технологий. Актуальные вопросы женского здоровья. 2025; 2, в печати. DOI 10.46393/2713122X_2025_2.

² Дуб Н.В., Кручинина Е.В. Маски синдрома поликистоза яичников: роль инозитолов. РМЖ. Мать и дитя. 2024;7(3). DOI: 10.32364/2618-8430-2024-7-3-8.

³ Mohammadi S., Eini F., Bazarganipour F., Taghavi S.A., Kutenae M.A. The effect of Myo-inositol on fertility rates in poor ovarian responder in women undergoing assisted reproductive technique: a randomized clinical trial. Reprod Biol Endocrinol. 2021 Apr 23;19(1):61. doi: 10.1186/s12958-021-00741-0.

⁴ Синдром поликистозных яичников. – Клинические рекомендации МЗ РФ, 2025. – Доступ по ссылке: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/910_1 (Дата обращения: 01.08.2025).

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Действующие вещества: *Lactobacillus acidophilus* La-14, *Lactobacillus rhamnosus* HN001.

 **УУР С,**  **УДД 3.** Использование пробиотических штаммов *Lactobacillus acidophilus* La-14 и *Lactobacillus rhamnosus* HN001 совместно с метронидазолом снижает риск рецидивов бактериального вагиноза.

Результаты клинического исследования 2019 года демонстрируют эффективность совместного назначения пробиотика, содержащего *Lactobacillus acidophilus* La-14 и *Lactobacillus rhamnosus* HN001, с противомикробным препаратом в качестве профилактики рецидивов БВ¹. 48 женщин, принимавших метронидазол по 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней, разделили поровну: первая группа пациенток в дополнение к основному лечению принимала пробиотик, вторая — плацебо. При оценке повторных эпизодов БВ в течение 6 мес у пациенток, принимавших с метронидазолом лактобактерии, частота рецидивов была вдвое ниже по сравнению с группой «метронидазол + плацебо» (29,17 и 58,33% соответственно).

 **УУР С,**  **УДД 3.** Использование пробиотических штаммов *Lactobacillus acidophilus* La-14 и *Lactobacillus rhamnosus* HN001 снижает риск обострений рецидивирующего КБВ.

В клиническом исследовании 2019 года 48 женщин с наличием *C. albicans*, симптомами КБВ и рецидивами КБВ в анамнезе были разделены на две группы, пациентки которых получали клотримазол и пробиотик, содержащий *Lactobacillus acidophilus* La-14 и *Lactobacillus rhamnosus*, или же плацебо (по 2 капсулы в день в течение 5 сут с последующим приёмом 1 капсулы в день ещё на протяжении 10 сут)². За этим следовал поддерживающий курс в течение 6 мес (по 1 капсуле пробиотика или плацебо в день в течение 10 дней подряд ежемесячно).

После терапии клотримазолом в обеих группах отмечалось облегчение симптомов. Однако только у женщин, получавших пробиотик, наблюдалось уменьшение зуда и выделений через 3 и 6 мес. Частота рецидивов в группе пробиотика была значимо ниже по сравнению с группой плацебо (33,3 против 91,7% через 3 мес и 29,2 против 100% через 6 мес).

 **УУР С,**  **УДД 5.** Комбинация пробиотических штаммов *Lactobacillus rhamnosus* HN001

и *Lactobacillus acidophilus* La-14 обладает выраженной антагонистической активностью против условно-патогенных микроорганизмов.

В исследовании 2017 года проанализировали способность двух штаммов лактобактерий — *L. acidophilus* La-14 и *L. rhamnosus* HN001 — препятствовать росту *G. vaginalis*, *A. vaginae*, *Staph. aureus* и *E. coli*³. При совместном культивировании *in vitro* пробиотических штаммов по отдельности или в комбинации с различными концентрациями условно-патогенных микроорганизмов наблюдалось полное подавление роста последних в течение 6–48 ч. Продemonстрированное бактерицидное действие *L. acidophilus* La-14 и *L. rhamnosus* HN001 подтверждает целесообразность их применения в комплексном лечении бактериального вагиноза и вагинальных инфекций.

В исследовании 2024 года оценивалась антибактериальная активность лактобактерий *L. rhamnosus* HN001 и *L. acidophilus* La-14, входящих в состав пробиотического комплекса «Дуожиналь», в отношении условно-патогенных микроорганизмов кишечного тракта, а также чувствительность этих штаммов к антимикробным препаратам⁴. Совместное культивирование клинических изолятов (*E. coli*, *K. pneumoniae*, *K. oxytoca*, *E. asburiae*, *Proteus mirabilis*, *Citrobacter freundii*, *Staph. aureus*, *Ent. faecalis*, *Str. agalactiae* и *C. albicans*) с двумя штаммами лактобацилл по отдельности, а также с их комбинацией привело к подавлению роста условно-патогенных бактерий и снижению уровня pH питательной среды с 6,5 до 5 и ниже.

При определении антибиотикочувствительности *L. rhamnosus* HN001 выявлены минимальные ингибирующие концентрации (МИГ) только для линезолида, рифампицина и тигециклина (4,0; 0,5 и 0,06 мкг соответственно). Для *L. acidophilus* La-14 МИГ клиндамицина, рифампицина и тигециклина составили 1; 1 и 0,12 мкг соответственно. Оба штамма лактобактерий были устойчивы почти ко всем остальным антимикробным препаратам.

Литература

1. Russo R., Karadja E., De Seta F. Evidence-based mixture containing *Lactobacillus* strains and lactoferrin to prevent recurrent bacterial vaginosis: a double blind, placebo controlled, randomised clinical trial // *Benef. Microbes*. — 2019. — Vol. 10. — №1. — P. 19–26. [PMID: 30529593]
2. Russo R., Superti F., Karadja E., De Seta F. Randomised clinical trial in women with Recurrent Vulvovaginal Candidiasis: Efficacy of probiotics and lactoferrin as maintenance treatment // *Mycoses*. — 2019. — Vol. 62. — №4. — P. 328–335. [PMID: 30565745]
3. Bertuccini L., Russo R., Iosi F., Superti F. Effects of *Lactobacillus rhamnosus* and *Lactobacillus acidophilus* on bacterial vaginal pathogens // *Int. J. Immunopathol. Pharmacol.* — 2017. — Vol. 30. — №2. — P. 163–167. [PMID: 28580672]
4. Будилова С. В., Спасибова Е. В., Шалено К. В. и др. Антагонистическая и антибактериальная активность *Lactobacillus rhamnosus* HN001 и *Lactobacillus acidophilus* La-14, входящих в состав перорального пробиотика // *Журнал акушерства и женских болезней*. — 2024. — Т. 73. — №3. — С. 27–39.

ДУОЖИНАЛЬ®

специальный
пробиотик
для кишечника
и половых путей*

Лактобактерии ДУОЖИНАЛЯ:



способствуют восстановлению
микрофлоры влагалища
и кишечника после
противомикробной терапии¹



возможно использовать
параллельно
с противомикробными
препаратами¹



2,5 МИЛЛИАРДА
УСИЛЕННЫХ
ЛАКТОБАКТЕРИЙ



МОЖНО
БЕРЕМЕННЫМ
И КОРМЯЩИМ



УДОБНЫЙ
ПЕРОРАЛЬНЫЙ
ПРИЕМ

BESINS
HEALTHCARE
На вашей стороне. Ради жизни

ООО "Безин Хелскае РУС" Москва,
123100, г. Москва, ул. 2-я Звенигородская, д.12
Тел. +7(495) 980 1067, факс +7(495) 980 1068
www.bezen.rf, duozhinal.ru

¹. Листок-вкладыш к БАД Дуожиналь*

* Для восстановления и поддержания нормальной микрофлоры при состояниях, требующих коррекции микрофлоры

Реклама

БАД, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Действующие вещества: лиофилизированная культура лактобактерий *L. casei rhamnosus Doderleini* (LCR-35).

 **УУР С,**  **УДД З.** Использование пробиотика, содержащего *Lactobacillus casei rhamnosus* (LCR-35), ассоциировано со снижением частоты рецидивов БВ и КВВ у беременных.

В российском проспективном сравнительном неинтервенционном исследовании с участием 100 беременных в III триместре оценивали эффективность и безопасность вагинального препарата с LCR-35 после стандартной противомикробной терапии БВ и КВВ. В исследование включали пациенток с острыми формами БВ и КВВ; часть женщин получали только стандартную терапию, а часть — второй этап лечения с использованием LCR-35¹.

У получавших LCR-35 пациенток в течение всего периода наблюдения рецидивов БВ и КВВ отмечено не было, тогда как в группах только противомикробной терапии частота рецидивов составила 40% при БВ и 28% при КВВ; различия были статистически значимыми ($p < 0,05$), при этом для БВ точный критерий Фишера составил $p = 0,001$, а для КВВ — $p = 0,01$. На фоне пробиотической терапии у пациенток с КВВ реже регистрировали преждевременный разрыв плодных оболочек ($p < 0,05$). Нежелательных явлений, связанных с применением препарата, не выявлено.

Результаты исследования свидетельствуют о достаточной эффективности и безопасности вагинального лекарственного препарата с LCR-35 для восстановления нормальной микрофлоры влагалища после противомикробной терапии БВ и для профилактики рецидивов КВВ у беременных в III триместре. Назначение препарата в составе комплексной терапии

способствует снижению риска рецидивов и более благоприятному течению беременности до родоразрешения.

 **УУР С,**  **УДД З.** Использование пробиотика, содержащего *Lactobacillus casei rhamnosus*, способствует профилактике инфекционных осложнений беременности.

В российском проспективном исследовании с участием 261 беременной изучали влияние вагинального пробиотика, содержащего штамм *Lactobacillus casei rhamnosus* LCR-35, у пациенток группы риска по БВ². Критериями включения служили отсутствие ключевых клеток и отрицательный аминный тест.

В зависимости от исходного состояния пациентки были распределены на две группы: в исследуемой группе отмечались вагинальный $pH > 4,5$ и наличие выделений из половых путей при отсутствии в мазке ключевых клеток и отрицательном аминном тесте; в группе контроля (без использования пробиотика) — pH 3,8–4,5 и отсутствие выделений. Пробиотик вводили по 1 вагинальной капсуле в течение 14 дней после каждого рутинного пренатального скрининга на сроках 11–14, 18–21 и 30–34 нед беременности, а также перед родами (срок 36–41 нед). В группе пробиотика наблюдалось снижение частоты нарушений вагинального микробиоценоза и уровня вагинального pH ($p = 0,001$). Кроме того, отмечено статистически значимое снижение риска преждевременного разрыва плодных оболочек и аномалий родовой деятельности ($p < 0,0001$).

Литература

1. Радзинский В.Е., Манухин И.Б., Ордиянц И.М. и др. Эффективность восстановления вагинальной микрофлоры после противомикробной терапии бактериального вагиноза и вульвовагинального кандидоза у беременных (по результатам многоцентрового проспективного неинтервенционного сравнительного исследования) // РМЖ. Мать и дитя. — 2021. — №4 (3). — С. 192–200.
2. Карахалис Л.Ю., Иванцве Н.С. Профилактика осложнённых родов путём нормализации вагинального микробиоценоза // РМЖ. Мать и дитя. — 2021. — №4 (1). — С. 31–35.

Действующие вещества: L-аргинин, экстракт витекса священного, фолиевая кислота, витамин E, витамин C, витамин B₆, витамин B₂, цинк, селен, йод, магний.

 **УУР С, Q УДД 3.** Включение «Прегнотона» в комплексную прегравидарную подготовку пациенток с тонким эндометрием в программах ВРТ позволяет улучшить результаты ЭКО и переноса эмбрионов.

В исследование 2017 года были включены 145 женщин 25–42 лет с диагнозом «бесплодие» и стимуляцией суперовуляции в анамнезе¹. В первую группу (для ретроспективного анализа) вошли 65 пациенток после операций на яичниках и без прегравидарной подготовки; во вторую (для проспективного наблюдения) — 60 участниц, перенёсших вмешательства на яичниках и получавших в течение 3 мес комплекс «Прегнотон», витамин D (с учётом лабораторных показателей) и трансдермально 17β-эстрадиол и прогестерон в течение 2–3 мес; в группу сравнения — 20 женщин с интактными яичниками и трубно-перитонеальным фактором бесплодия. После протокола ВРТ беременность наступила у 15,5% пациенток первой группы, у 31,7% — второй и у 35% — третьей.

 **УУР С, Q УДД 4.** Использование витаминно-минерального комплекса «Прегнотон» способствует восстановлению менструального цикла у пациенток с функциональной гиперпролактинемией.

В исследовании 2020 года с участием 135 женщин репродуктивного возраста с функциональной гиперпролактинемией и нарушениями менструального цикла² все пациентки принимали БАД «Прег-

нотон» по одному саше 1 раз в день перед едой в течение 3 мес. После прохождения полного курса витаминно-минерального комплекса уровень пролактина снизился почти в 3 раза (до и спустя 3 мес от начала приёма БАД 890 ± 120 и $320,2 \pm 108,94$ мМЕ/л соответственно). У 115/135 (85,2%) пациенток также наблюдалось значительное улучшение настроения и сна, у 110/135 (81,5%) — восстановление менструального цикла.

 **УУР С, Q УДД 4.** Использование «Прегнотона» оказывает положительное влияние на микронутриентный статус и репродуктивное здоровье женщин.

В исследовании 2026 года приняли участие 372 женщины, у которых оценивали микронутриентный статус (магний, селен, цинк, фолиевая кислота), характер питания и нарушения менструального цикла³. Пациентки с выявленным дефицитом макро- и микроэлементов в течение 3 мес принимали витаминно-минеральный комплекс «Прегнотон».

На фоне приёма БАД нормализация уровня нутриентов наблюдалась у подавляющего большинства пациенток: магния — у 127/137 (92,7%), цинка — у 182/193 (94,3%), селена — у 87/89 (97,8%), фолиевой кислоты — у 205/205 (100%). Менструальная функция восстановилась у 81,6% женщин, частота предменструального синдрома снизилась с 32 до 9,1%.

Литература

1. Сербренникова К.Г., Кузнецова Е.П., Ванке Е.С. и др. Прегравидарная подготовка у пациенток с тонким эндометрием в программах вспомогательных репродуктивных технологий // Акушерство и гинекология. — 2017. — Т. 3. — С. 139–146.
2. Манукина Е.И., Ислам А.А. Опыт применения витаминно-минерального комплекса в восстановлении менструального цикла у пациенток с функциональной гиперпролактинемией // Акушерство и гинекология. — 2020. — Т. 2. — С. 169–173.
3. Мингареева К.Н., Ханнанова Г.Р. Микронутриентная недостаточность у молодых женщин с нарушениями менструальной функции и эффективность её коррекции // Акушерство и гинекология. — 2026. — Т. 5. — С. 174–183.

Действующие вещества: коэнзим Q10, ликопин, рутин, β -каротин, витамин Е, витамин С.

УУР С, УДД 3. «Синергин» в составе комплексной антиоксидантной терапии оказывает выраженное влияние на показатели спермограммы, снижает интенсивность оксидативного стресса и индекс фрагментации ДНК сперматозоидов.

В исследование 2019 года были включены 60 инфертильных мужчин в возрасте от 26 до 45 лет с идиопатическими нарушениями спермограммы, планирующих участие в программах ВРТ¹. Все пациенты были разделены на три группы: в течение 3 мес первая группа (n=20) получала комплекс «Сперотон» по 1 саше 1 раз в день; вторая группа (n=20) получала БАД «Синергин» по 2 капсулы 1 раз в день; третья группа (n=20) — контроль.

Спустя 3 мес в сравнении с исходными значениями в первой группе доля сперматозоидов с поступательным движением увеличилась на 58,5%, а во второй — на 19,9% ($p<0,05$). Количество морфологически нормальных сперматозоидов в эякуляте выросло на 26,1% на фоне приёма «Сперотона» и на 45,8% после использования «Синергина», тогда как в третьей группе отмечалась отрицательная динамика (–22,7%; $p<0,05$). Уровень активных

форм кислорода (АФК) уменьшился на 36,7 и 41,9% ($p<0,05$) в первой и второй группах соответственно. Всего в первой и второй группах наступило 17 (42,7%) беременностей, в контрольной — шесть (30%; $p=0,35$).

В исследовании 2024 года приняли участие 90 мужчин, возраст которых составил от 25 до 45 лет². В течение 3 мес пациенты первой группы (n=30) принимали БАД «Сперотон» по 1 саше в сутки, второй группы (n=30) — «Синергин» по 2 капсулы в сутки, третьей (n=30) получали комбинацию обоих средств. До и спустя 3 мес от начала использования антиоксидантных комплексов проводилась оценка спермограммы, индекса фрагментации ДНК сперматозоидов и уровня генерации АФК. У пациентов первых двух групп отмечалось умеренное повышение концентрации и подвижности мужских гамет, тогда как более выраженный эффект на показатели спермограммы, индекс фрагментации ДНК сперматозоидов и уровень продукции АФК наблюдался при использовании комбинации «Сперотон» и «Синергин».

Литература

1. Попова А.Ю., Гамидов С.И., Овчинников Р.И., Гасанов Н.Г. Влияние комплексов «Сперотон» и «Синергин» на показатели оксидативного стресса эякулята у пациентов, готовящихся к программам вспомогательных репродуктивных технологий // Эффективная фармакотерапия. — 2019. — №1. — С. 10–14.
2. Гамидов С.И., Попова А.Ю., Шатылко Т.В., Бицоев Т.Б. Оценка кумулятивной эффективности совместного назначения препаратов «Сперотон» и «Синергин» у пациентов с мужским бесплодием // Андрология и генитальная хирургия. — 2024. — Т. 25. — С. 104–112.

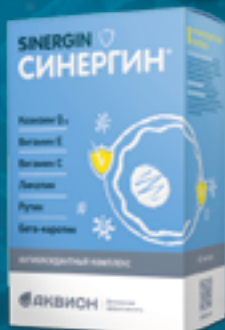
Когда здоровье двух создает будущее...



Регистрация АО «АКВИОН»



Двойная защита сперматогенеза, митохондрий и генетического материала сперматозоидов от действия оксидативного и нитрозативного стресса.⁵⁻⁷



Снижает окислительный стресс и митохондриальную дисфункцию, улучшает показатели женской и мужской фертильности, в т.ч. в программах BPT.³⁻⁵



Единственный в России комплекс*, содержащий экстракт витекса и L-аргинина, которые синергично повышают рецептивность и толщину эндометрия до оптимальных для зачатия значений.¹⁻³



СРР № RU.7799.57.003.R.002644.08.22 от 11.08.2022 г.

СРР № RU.7799.57.003.R.002334.07.22 от 21.07.2022 г.

СРР № RU.7799.88.003.R.000614.03.23 от 09.03.2023 г.

* по данным ICMIA на дату обращения 01.07.2026

¹ Мингареева К.Н., Ханнанова Г.Р. Микронутриентная недостаточность у молодых женщин с нарушениями менструальной функции и эффективности ее коррекции. *Акушерство и гинекология*. 2020; 5:174–183.

² Серебренникова К.Г., Кузнецова Е.П., Ванке Е.С. и др. Прегравидарная подготовка у пациенток с тонким эндометрием в программах вспомогательных репродуктивных технологий. *Акушерство и гинекология*. 2017; 3:139–146.

³ Кузмина Т.Е., Пашков В.М., Клиндюков И.А. Прегравидарная подготовка. *Современные концепции // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2015; 14: № 5. С. 34–9.

⁴ Кузнецова И.В., Бурчаков Д.И. Преодоление окислительного стресса как часть программы по восстановлению фертильности // *Women's Clinic*. 2025; 2:39–53.

⁵ Попова А.Ю., Гамидов С.И., Овчинников Р.И., Гасанов Н.Г. Влияние комплексов Сперотон и Синергин на показатели окислительного стресса эякулята у пациентов, поступающих в программы вспомогательных репродуктивных технологий. *Эффективная фармакотерапия*. 2019; 15(1): 10–14.

⁶ Сулих Г.Т., Попова А.Ю., Овчинников Р.И., Ушакова И.В. Влияние комплекса Сперотон на функциональные характеристики сперматозоидов у мужчин с идиопатической патологией. *Проблемы репродукции*. 2016; 22(4):106–110.

⁷ Повелица Э.А., Леанович В.Е., Доста Н.И. и др. Постоперационное применение комплекса Сперотон в комбинированном лечении олигоастенооспермии на фоне варикоцеле. *Андрология и генитальная хирургия*. 2020; 21(2):64–69.

БАД, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

Действующие вещества: L-карнитин, цинк, витамин Е, фолиевая кислота, селен.

 **УУР С, Q УДД 3.** При использовании комплекса «Сперотон» мужчинами с патоспермией возрастает вероятность наступления беременности у их партнёрш.

В исследовании 2018 года¹ (n=60) изучали влияние БАД «Сперотон» на фертильность мужчин с олигозооспермией, астенозооспермией и олигоастенозооспермией (при концентрации сперматозоидов более 10 млн/мл, отсутствии нарушений эякуляции, предшествующей терапии по поводу бесплодия, отсутствии женского фактора бесплодия у партнёрши). Пациентов распределили в две группы: в первой (n=30) выполняли только общеоздоровительные мероприятия, во второй (n=30) назначали «Сперотон» (по 1 саше 1 раз в день в течение 6 мес). Исследование спермограммы выполняли трижды: в начале эксперимента, через 3 мес и через полгода.

Комплексное средство на основе L-карнитина позволило увеличить объём эякулята на 10%, концентрацию сперматозоидов на 15,6%, уменьшить время разжижения эякулята на 32%, увеличить долю сперматозоидов с поступательным движением в 2,6 раза. Вероятность наступления спонтанной беременности у партнёрш возросла на 26,7%.

 **УУР С, Q УДД 3.** Приём «Сперотона» у мужчин с идиопатической патозооспермией повышает шансы на успех ВРТ.

В исследовании 2019 года² приняли участие 60 мужчин в возрасте от 26 до 45 лет (средний возраст $34 \pm 3,2$ года) с различными идиопатическими нарушениями спермограммы, которые с партнёршами планировали вступление в программы ВРТ. Все пациенты случайным образом были разделены на три группы: первая — получали «Сперотон» по одному саше 1 раз в день в течение 3 мес (n=20); вторая — получали другой комплекс в течение 3 мес (n=20); третья — контроль (n=20).

Сравнение основных показателей спермограммы исходно и через 3 мес выявило более значимое увеличение количества сперматозоидов с поступательным движением в первой группе по сравнению

со второй и контрольной. По результатам оценки количества супероксидных радикалов, присутствующих в эякуляте, продемонстрировано уменьшение показателей окислительного стресса в первой и второй группах.

Уровень фрагментации ДНК сперматозоидов в первой группе составил $15,4 \pm 2,9\%$, во второй — $16,6 \pm 3,1\%$, в контрольной — $18,4 \pm 5\%$. Исходные показатели были сопоставимы: $18,2 \pm 3,8$; $17,8 \pm 4,2$ и $18 \pm 3,6\%$ соответственно. В первой и второй группах суммарно было зафиксировано 17 клинических беременностей после выполнения программы ВРТ, в контрольной — шесть.

 **УУР С, Q УДД 3.** Включение комплекса «Сперотон» в схему лечения мужчин с варикоцеле позволяет добиться улучшения параметров спермограммы.

В исследовании 2020 года³ приняли участие 40 мужчин (средний возраст $33 \pm 2,3$ года) с олигоастенозооспермией и варикоцеле. После микрохирургической флебэктомии варикозно расширенных вен семенного канатика их распределили на две группы. В основную вошли 20 пациентов, которым в послеоперационном периоде назначили комплекс «Сперотон» на 3 мес, в контрольную — 20 участников, не принимавших комплекс. Показатели спермограммы оценивали до и после операции.

Через 3 мес после начала исследования выявлено статистически значимое улучшение показателей в обеих группах, однако у пациентов, принимавших «Сперотон», оно было более выраженным, чем в контрольной группе: концентрация сперматозоидов выросла до 38,6 и 28,9 млн/мл, доля прогрессивно подвижных форм — до 49,2 и 39,4%, доля подвижных форм — до 72,2 и 43,8%, жизнеспособных форм — до 67,8 и 58,1%, а количество сперматозоидов с фрагментацией ДНК уменьшилось до 12,1 и 17,2% соответственно в основной и контрольной группах.

Литература

1. Кузьменко А.В., Кузьменко В.В., Гяргиев Т.А. Роль L-карнитина, фолиевой кислоты, а также антиоксидантов в комплексной терапии мужского бесплодия // Проблемы репродукции. — 2018. — №24 (5). — С. 101–105.
2. Попова А.Ю., Гамидов С.И., Овчинников Р.И., Гасанов Н.Г. Влияние комплексов Сперотон и Синергия на показатели окислительного стресса эякулята у пациентов, готовящихся к программам вспомогательных репродуктивных технологий // Эффективная фармакотерапия. — 2019. — Т. 15. — №1. — С. 10–14.
3. Повелица З.А., Леонюков В.Е., Доста Н.И. и др. Послеоперационное применение комплекса «Сперотон» в комбинированном лечении олигоастеноспермии на фоне варикоцеле // Андрология и генитальная хирургия. — 2020. — Т. 21. — №2. — С. 64–69.

Всё, что нужно знать о **взаимодействии человека с микромиром** в контексте здоровья и болезни, с вниманием к деталям и тщательностью собрано под обложкой книги «Биоценоз влагалища. Норма. Нарушения. Восстановление». Логично, понятно, с большим профессионализмом и исключительным знанием тематики не только в научном разрезе, но и в многолетней практике авторы книги **говорят о роли микробиома в организме, способах его поддержки и мерах спасения** в критических ситуациях.

БИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА. НОРМА. НАРУШЕНИЯ. ВОССТАНОВЛЕНИЕ

НОВИНКА!

Под ред.
В.Е. Радзинского,
А.М. Савичевой



praesens.ru
+7 (901) 723 2273

Энтеролактис Дуо

Действующие вещества: *Lactisacibacillus paracasei* DG 11572 DSM 34154, инулин.

 **УУР С,**  **УДД 3.** Добавление синбиотика «Энтеролактис Дуо» к стандартной терапии ХЭ и холекальциферолу значительно улучшает усвоение витамина D, нормализует биоценоз влагалища и способствует регрессу основного заболевания.

В исследование 2023 года¹ включены 68 пациенток с ХЭ. Из них 40 получали стандартную терапию, холекальциферол и синбиотик «Энтеролактис Дуо», а 28 — только стандартную терапию и холекальциферол. Исходно уровни витамина D в обеих подгруппах не различались (24,4 vs 25,6 нг/мл). Через

12 нед у принимавших синбиотик уровень витамина D значительно превысил показатель группы сравнения (34,4 vs 28,4 нг/мл), что свидетельствует об улучшении всасывания перорального витамина D под влиянием пробиотического компонента. Ультразвуковые признаки ХЭ исчезли у 72,5% пациенток на фоне приёма синбиотика и лишь у 46,4% в группе без него. Нормоценоз влагалища после терапии достигнут у 65% пациенток на синбиотике (абсолютный нормоценоз — у 35%) и у 92,9% в группе сравнения.

Литература

1. Карахалис Л.Ю., Жигаленко А.Р., Доценко С.В., Воронкова В.В. Подготовка пациенток с хроническим эндометритом к процедуре вспомогательных репродуктивных технологий // Акушерство и гинекология. — 2023. — №12. — С. 152–157.

СРЕДИ 300+ ПРОБИОТИКОВ ВЫБИРАЙТЕ НАУЧНО ДОКАЗАННЫЙ

ЭНТЕРОЛАКТИС – итальянский пробиотик
с научно обоснованной эффективностью

42

исследования

150+

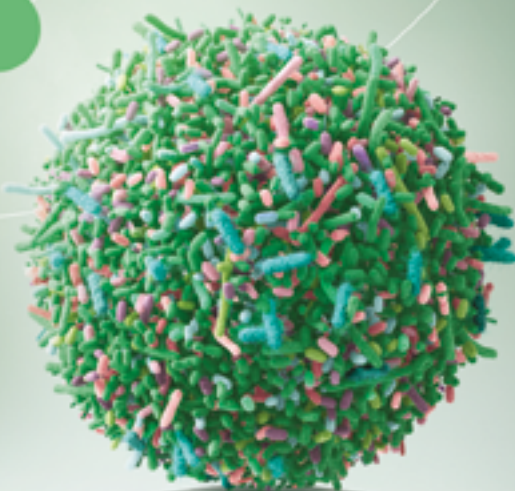
тысяч назначений
от врачей¹

1 международные
клинические
рекомендации²

3 российские
клинические
рекомендации³⁻⁵

0+

теперь
и для самых
маленьких



1. Issos, Prindex Q1 2026.

2. URL: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/probiotics-and-prebiotics/probiotics-and-prebiotics-English>.

3. URL: https://www.nogr.org/jour/article/view/2260?locale=ru_RU.

4. URL: <https://mcrcbm.com/vracham/recommendations/probiotiki-2024>.

5. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/892_1?ysclid=m7891q6ire196353115.

АС-РУС-ЭЛС-34 (05-2025)

ООО «Альфасigma Рус»,

115054, г. Москва,

Павелецкая площадь, д. 2, стр. 2.

Тел.: +7 (495) 150-01-23,

ru.alfasigma.com

ALFASIGMA 
Фармацевтика как искусство

БАД, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.

РЕКЛАМА

Действующие вещества: лиофилизированные пробиотические культуры *Lactobacillus plantarum* NCIMB 30187 PXN47, *Lactobacillus rhamnosus* NCIMB 30188 PXN54, *Lactobacillus helveticus* NCIMB 30184 PXN35, *Lactobacillus gasseri* EB01, *Lactobacillus crispatus* R0470.

 **УУР С, УДД 4.** Пероральный мультипробиотик, содержащий комбинацию штаммов *L. rhamnosus*, *L. plantarum*, *L. helveticus*, *L. gasseri* и *L. crispatus*, может способствовать повышению результативности терапии и потенциальному снижению риска рецидивов БВ и КВВ.

В российском исследовании 2025 года была выполнена оценка использования «Бак-Сет Феминик» в комбинации со стандартным лечением БВ и КВВ в отношении условно-патогенных бактерий, выделенных из урогенитальных клинических материалов, с определением чувствительности данных лактобацилл к антибактериальным препаратам¹. 180 пациенток репродуктивного возраста (90 с БВ и 90 с КВВ) составили четыре группы. Группы 1 (n=50) и 2 (n=40) включали женщин с БВ, получавших стандартную терапию БВ в сочетании, соответственно, с мультипробиотиками (с 1-го дня лечения в течение 1 мес) или плацебо по аналогичной схеме. Группы 3 (n=50) и 4 (n=40) включали женщин с КВВ,

получавших стандартную терапию КВВ в сочетании, соответственно, с мультипробиотиками или плацебо по вышеуказанной схеме.

Добавление мультипробиотика к стандартной терапии с 1-го дня обеспечило более выраженное купирование клинических симптомов (патологических выделений, неприятного запаха, зуда и жжения) по сравнению с плацебо ($p < 0,001$). У пациенток с КВВ назначение мультипробиотика было ассоциировано со статистически значимым снижением вагинального pH, при этом аналогичная тенденция наблюдалась и в группе БВ. Также после лечения в обеих группах, получавших мультипробиотик, зарегистрирован статистически значимо больший прирост доли лактобацилл (*Lactobacillus spp.*) по сравнению с плацебо: 73,7 против 32,9% в группах с БВ, 31,7 против 10,8% в группах с КВВ. При БВ было отмечено значимо более глубокое подавление анаэробов и восстановление лактобациллярного доминирования в условиях назначения мультипробиотика, тогда как при КВВ имели место усиленная элиминация *Candida spp.* и коррекция сопутствующей условно-патогенной микробиоты.

Литература

1. Радзинский В.Е., Оразов М.Р., Орехов Р.Е. и др. Эффективность и безопасность пероральных мультипробиотиков в комплексной терапии бактериального вагиноза и вульвовагинального кандидоза: результаты рандомизированного плацебо-контролируемого исследования // Гинекология. — 2026. — Т. 28. — №2. — С. 109–123.

Бак-сет®

Феминик

**Восстановление и стабилизация
интимной микрофлоры
с 1 дня терапии!**

**Английский
пероральный
мультипробиотик.**



**Специально
для женщин.**



Показания:

- ▼ вульвовагинальный кандидоз
- ▼ бактериальный вагиноз
- ▼ симптомы дисбиоза влагалища (запах, зуд, жжение, патологические выделения)
- ▼ любые нарушение микрофлоры влагалища
- ▼ беременность и подготовка к родам

Производитель ADM Protexin Ltd.,
Великобритания



Подробная информация
на сайте www.bac-set.ru



Реклама

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.

Действующее вещество: дезоксирибонуклеат натрия.

 **УУР С, Q УДД 4.** Дезоксирибонуклеат натрия в составе комплексной терапии привычного невынашивания беременности на фоне хронического эндометрита способствует улучшению клинических исходов и нормализации иммуногистохимических показателей эндометрия.

В исследовании 2025 года¹ оценивалась эффективность применения препарата «Деринат» у женщин с атрофической формой ХЭ и привычным невынашиванием беременности с целью улучшения репродуктивных исходов. 78 пациенток с ХЭ разделили на две группы: в основную группу вошли 40 женщин, получавших помимо стандартного лечения ХЭ дополнительно дезоксирибонуклеат натрия 15 мг/мл, курс 10 инъекций с суточным интервалом, в контрольную — 38 женщин, которые принимали только стандартную терапию ХЭ.

В течение 6 мес после лечения спонтанное наступление беременности имело место у 34,5% пациенток 1-й группы и 14,9% — 2-й. После ЭКО беременность наступила у 12,4% пациенток 1-й группы и у 7,6% — 2-й. Общая частота беременностей, наступивших в течение 6 мес после лечения, составила 46,9% в 1-й группе и 22,5% — во 2-й ($p > 0,05$). Самопроизвольный выкидыш на сроке до 12 нед произошёл у трёх пациенток 1-й группы и у шести женщин 2-й группы.

В исследовании 2020 года была изучена эффективность применения лекарственного средства «Деринат» у женщин с ХЭ и привычным невынашиванием беременности с целью восстановления репродуктивной функции и повышения эффективности программ ВРТ². 60 пациенток в возрасте от 20 до 41 года с ХЭ и привычным невынашиванием беременности в анамнезе разделили на две группы. В основной ($n=30$) помимо стандартной антибактериальной терапии назначали дезоксирибонуклеат натрия 15 мг/мл по 5 мл 1 раз в сутки через 48 ч, курс 10 инъекций. В контрольной группе ($n=30$) использовали только стандартную антибактериальную терапию. У всех пациенток были неудачные попытки ЭКО в анамнезе.

По данным иммуногистохимического исследования у пациенток основной группы наблюдалась статистически значимая ($p < 0,001$) динамика ключевых

маркёров эндометрия: снижение количества макрофагов CD68+ и плазмócитов CD138+. Гистологическая картина эндометрия у всех пациенток основной группы соответствовала дню менструального цикла без признаков воспалительных изменений.

 **УУР С, Q УДД 4.** Дезоксирибонуклеат натрия в составе комплексной терапии хронического эндометрита у женщин со сниженной фертильностью способствует облегчению клинических симптомов, улучшению микробиологических показателей и эхографической картины эндометрия.

В исследовании 2019 года³ оценивалась эффективность применения лекарственного средства «Деринат» у женщин с ХЭ и сниженной фертильностью (бесплодие, привычный выкидыш или неудачи ЭКО, предположительно обусловленные эндометриальным фактором). 136 пациенток репродуктивного возраста с морфологически подтверждённым диагнозом ХЭ разделили на две группы. В группе исследования ($n=70$) помимо стандартной антибактериальной терапии ХЭ дополнительно назначали дезоксирибонуклеат натрия 15 мг/мл по схеме 5 мл 1 раз в сутки через 24–48 ч, курс 10 инъекций. В группе контроля ($n=66$) использовали только стандартную терапию ХЭ.

После завершения лечения АМК сохранялись у 31,4% пациенток группы исследования против 59,1% в контрольной группе, патологические бели — у 18,6 против 48,5% соответственно ($p < 0,05$); через 3 мес после лечения различия даже усиливались: 18,6 против 48,5% по АМК и 13,6 против 43,9% по патологическим белям ($p < 0,05$). Условные патогены после лечения выявлялись у 25,7% пациенток группы исследования и у 51,5% — группы контроля ($p < 0,05$). По данным УЗИ гиперэхогенность эндометрия и субэндометриального слоя после терапии сохранялась у 41,4% пациенток группы исследования против 66,7% в контроле, неоднородность структуры эндометрия — у 18,6 против 69,6%, истончение эндометрия — у 15,7 против 36,4%, расширение аркуатных вен — у 5,7 против 25,8% ($p < 0,05$ по всем показателям).

Литература

1. Ячук А.Г., Муртазина Г.Х., Насырова С.Ф. и др. Дезоксирибонуклеат натрия: помощь при невынашивании у женщин с хроническим эндометритом // Фармакология и фармакотерапия. — 2025. — №4. — С. 24–30.
2. Косых Е.В., Коротких И.Н., Филин А.А. Оценка эффективности лечения хронического эндометрита у пациенток при подготовке к ВРТ // Клиническая медицина. — 2020. — №5. — С. 167–172.
3. Григорян А.Н., Кузнецова И.В., Землина Н.С., Сизова Н.М. Применение дезоксирибонуклеата натрия в комплексной терапии хронического эндометрита у женщин со сниженной фертильностью // Медицинский алфавит. — 2019. — №1 (1). — С. 70–74.



ПОВЫШЕНИЕ ГОТОВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ К ИМПЛАНТАЦИИ



НЕГОТОВНОСТЬ ЭНДОМЕТРИЯ
В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ
ЦИКЛЕ ПРИ СОХРАННОЙ
ОВУЛЯЦИИ



**СНИЖЕННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**
ИЗ-ЗА НАРУШЕННОЙ
СТРУКТУРЫ
ЭНДОМЕТРИЯ



ПОТЕРИ ПРИ ЭКО:
НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ
ЭНДОМЕТРИЯ В «ОКНО
ИМПЛАНТАЦИИ»



**ОСЛОЖНЕНИЕ
РЕПРОДУКТИВНОГО КРИЗИСА**
ХРОНИЧЕСКИМ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ
ПРОЦЕССОМ



РАННИЕ ПОТЕРИ
В СВЯЗИ С НАРУШЕНИЕМ
ПИТАНИЯ ЭМБРИОНА



**НЕСПОСОБНОСТЬ
НОРМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
И ИМПЛАНТАЦИИ ЭМБРИОНА**
ИЗ-ЗА ИММУННОГО
ДИСБАЛАНСА



РЕШЕНИЕ

ИНДУЦИРОВАННАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ
ОБЕСПЕЧИВАЕТ ГОТОВНОСТЬ МАТКИ К ПРИНЯТИЮ
И ВЫНАШИВАНИЮ КАК ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ
БЕРЕМЕННОСТИ ТАК И ПРИ ЭКО.

Митеравел плюс

Действующие вещества: рыбий жир (ω_3 -ПНЖК: докозагексаеновая и эйкозапентаеновая кислоты), фолиевая кислота, β -каротин, витамины B_1 , B_2 , B_6 , B_{12} , C, D₃, E, PP, биотин, железа фумарат, калия йодид, магния оксид, меди сульфат, натрия молибдат, натрия селенат, хрома пиколинат, цинка сульфат.

 **УУР С, УДД 4.** Приём «Митеравела плюс» улучшает общее состояние пациенток на ранних сроках гестации.

В проспективном исследовании, включившем 1544 женщины (246 на этапе прегравидарной подготовки и 1298 беременных), приём «Митеравела плюс» способствовал снижению тошноты/рвоты в I триместре беременности, увеличению физической активности, улучшению качества сна, состоянию кожи, волос и ногтей ($p < 0,05$)¹.

 **УУР С, УДД 4.** При пролонгированном приёме «Митеравела плюс» наблюдают низкую частоту анемии после родов и высокую комплаентность.

В крупном проспективном исследовании ($n=1793$) оценки безопасности, переносимости и комплаентности ВМК «Митеравел плюс» у женщин на этапе прегравидарной подготовки и беременных² длительность приёма оставалась на усмотрение пациентки и лечащего врача. В течение 1 мес ВМК принимали 12,77% женщин, в течение 2 мес — 14,05%, 3 мес и более — 73,17%. При анкетировании через 1 мес после разрешения анемия отсутствовала у 72,58% ($n=1281$) женщин, беременность закончилась срочными родами у 94,14% ($n=1688$) пациенток, при этом 99,67% ($n=1787$) были удовлетворены переносимостью ВМК.

 **УУР С, УДД 5.** Молибден в составе «Митеравела плюс» выполняет важные функции в поддержке здоровья беременной и плода.

ВМК «Митеравел плюс» содержит 30 мкг/капс., молибдена (43% от рекомендуемой суточной нормы), необходимого для профилактики гипотрофии тканей плода, молибдензависимых пороков развития глаз, мозга, конечностей, соединительнотканной системы плода³. Восполнение дефицита молибдена может способствовать облегчению симптомов тошноты на ранних сроках беременности, поскольку молибденсодержащая сульфитоксидаза ЖКТ катализирует окисление стимулирующего тошноту и рвоту сульфит-аниона до сульфата⁴.

 **УУР С, УДД 5.** При производстве «Митеравела плюс» используют высококачественный рыбий жир с низкой степенью окисления.

При производстве БАД «Митеравел плюс» используют высококачественный рыбий жир с низкой степенью окисления Total oxidation value (TOXO) 9,5, представляющей собой сумму удвоенного перекисного числа и анизидинового числа⁵.

Литература

1. Озолина Л.А., Карий А.С., Беликова А.А., Кузнецов Д.А. Анализ эффективности применения витаминно-минерального комплекса на течение беременности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2023. — №22 (4). — С. 127–135.
2. Тапильская Н.И., Рыжов Ю.Р., Русановский В.В. и др. Оценка комплаентности беременных женщин в отношении пролонгированного приёма витаминно-минерального комплекса // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2021. — №20 (6). — С. 143–147.
3. Громова О.А., Торшин И.Ю. Дефицит докозагексаеновой и эйкозапентаеновой кислот в рационе беременных: связь с врождёнными нарушениями зрения у детей // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2022. — №21 (5). — С. 96–104.
4. Громова О.А., Торшин И.Ю., Тетрашвили Н.К., Тапильская Н.И. Систематический анализ эффектов молибдена: здоровье беременной и плода // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2019. — №18 (4). — С. 83–94.
5. Рискин Д.В., Коленцова В.М. Докозагексаеновая и эйкозапентаеновая жирные кислоты в питании беременных женщин // Медицинский оппонент. — 2025. — №2 (30). — С. 20–25.

Митеравел® плюс

с омега-3, витаминами
и минералами

Способствует:

- нормальному протеканию беременности¹
- уменьшению проявления токсикоза²
- повышению физической активности мамы²



ВЫБОР
РОДИТЕЛЕЙ
в 2024

2024
2025

От подготовки
к беременности
до рождения
маленького умницы

Купить Митеравел® в любимой аптеке
или на маркетплейсе



здоровити



OZON



apteka.ru

1. Громова О.А., Горюхи И.Ю. Дефицит докозагексаеновой и эйкозагексаеновой кислот в рационе беременных: связь с протеканием беременности и здоровьем детей. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2022; 21(5): 146-154. DOI: 10.26907/2227-4344.2022.21(5).146-154.
2. Соловьева П.А., Кудряв А.С., Белкина И.А., Кунгуров Д.А. Анализ эффективности применения витаминно-омега-3 добавки на течение беременности. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2023; 22(4): 127-136. DOI: 10.26907/2227-4344.2023.22(4).127-136.

Свидетельство о государственной регистрации Митеравел плюс® RU.77.00.11.003.E.001430.04.10.
За дополнительной информацией обращаться в АО «РНФАРМА» (группа компаний SUN PHARMA), Адрес: 107023, г. Москва, ул. Электрозаводская, д. 27, стр. 8, пом. 14/1, тел. +7 (495) 234-51-70, <https://sunpharma.com/russia/>, E-mail: drugafety.russia@sunpharma.com, МН-НCP-1-05/25



БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНАЯ ДОБАВКА
НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Действующие вещества: железа пирофосфат, витамины С и В₁₂.

 **УУР С**,  **УДД 4.** Использование липосомального пирофосфата железа обеспечивает повышение уровня гемоглобина у пациенток репродуктивного возраста с ЖДА.

По итогам 12-недельного открытого исследования, включившего 558 пациенток с ЖДА¹, приём микроинкапсулированного липосомального пирофосфата железа был ассоциирован с повышением среднего уровня гемоглобина сыворотки крови с $8,71 \pm 2,24$ г/дл на момент включения в исследование до $10,47 \pm 1,69$ г/дл через 12 нед терапии ($p < 0,001$).

 **УУР С**,  **УДД 4.** Липосомальный пирофосфат железа продемонстрировал благоприятный профиль переносимости при длительном применении у беременных.

В рамках наблюдательного исследования была выполнена оценка результатов использования

комбинации липосомального пирофосфата железа (суточная доза 30 мг) и витамина С у 190 беременных с ЖДА начиная со срока 11–13 нед². Гематологические, биохимические, акушерские, неонатальные и психологические исходы оценивались при включении в исследование на сроках 21–23 и 30–32 нед беременности, а также через 6 нед после родов. Результаты продемонстрировали существенное положительное влияние используемого средства на уровни гемоглобина, ферритина, сывороточного железа и трансферрина по сравнению с исходными параметрами. Также было отмечено значительное улучшение показателей тревожности и депрессии. Наблюдалось значительное улучшение по всем доменам оценки качества жизни, особенно в домене физического ролевого функционирования.

Литература

1. Hussain U., Zia K., Iqbal R. et al. Efficacy of a Novel Food Supplement (Ferber®) Containing Microencapsulated Iron in Liposomal Form in Female Iron Deficiency Anemia // Cureus. — 2019. — Vol. 11. — №5. — P. e4603. [PMID: 31309026]
2. Vitale S.G., Fiore M., La Rosa V.L. et al. Liposomal ferric pyrophosphate and ascorbic acid supplementation in pregnant women with iron deficiency anaemia: haematochemical, obstetric, neonatal and psychological outcomes in a prospective observational study // Int. J. Food. Sci. Nutr. — 2022. — Vol. 73. — №2. — P. 221–229. [PMID: 34238093]

Ферросомал

липосомальное микрокапсулированное железо
с повышенной усвояемостью и витамины С и В12

Экспертная формула
для легкого
восполнения железа



ООО «АЛКАЛОИД-РУС», Россия, 115114, г. Москва, вн.тер.г.
муниципальный округ Замоскворечье, ул. Летниковская, д. 2, стр. 1, этаж 10,
помещ./ком. 1/1а. Телефон/факс: +7 (495) 502-92-97, E-mail: info@alkaloid.ru

Реклама

RU/FER/BORG/250805

со вкусом
лесных ягод

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

Витажиналь Мама и малыш

Действующие вещества: йод 150 мкг, фолиевая кислота 400 мкг, витамин D₃ 200 МЕ, ω_3 -ПНЖК 200 мг, витамин E 12 мг.

 **УУРС**,  **УДД 5.** Комплекс «Витажиналь Мама и малыш» содержит ключевые базовые компоненты нутритивной поддержки беременных.

Адекватное потребление питательных веществ имеет решающее значение для успешного течения беременности. Комплекс «Витажиналь Мама и малыш» включает комбинацию фолиевой кислоты с L-метилфолатом, витамин D₃, йод, витамин E, ω_3 в виде высокоактивной докозагексаеновой кислоты в адекватных дозах для нутритивной поддержки беременности¹. При необходимости «микронутриентное ядро» комплекса может быть избирательно дополнено другими витаминами, минералами и микроэлементами с учётом индивидуальных

потребностей будущей матери. Это позволяет реализовывать концепцию персонифицированного подхода к микронутриентной поддержке на прегравидарном этапе и во время гестации². Обзор литературы 2024 года подчёркивает важность сбалансированного питания матери, богатого такими нутриентами, как докозагексаеновая и эйкозапентаеновая кислоты, фолиевая кислота, железо и йод, для формирования неврологических функций у детей³. Дефицит незаменимых нутриентов, таких как докозагексаеновая кислота, ассоциирован с неблагоприятными долгосрочными исходами, такими как преждевременные роды и задержка роста плода.

Литература

1. Шек Е.В., Махова А.А. Оптимум нутритивной поддержки репродукции: от прегравидарной подготовки до лактации // Эффективная фармакотерапия. — 2025. — №21 (32). — С. 38–46.
2. Бондаренко К.Р. Периконцепционная поддержка микронутриентами: новая парадигма персонифицированного подхода // Эффективная фармакотерапия. — 2024. — №20 (35). — С. 10–18.
3. Reis A.E.M., Teixeira L.S., Maia J.M. et al. Maternal nutrition and its effects on fetal neurodevelopment // Nutrition. — 2024. — Vol. 125. — P. 112483. (PMID: 38823254)

Чтение журнала **StatusPraesens** — отдых, а не работа



ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ

- на сайте praesens.ru
- на мероприятиях StatusPraesens

ДВА ФОРМАТА

- бумажный
- электронный

ПОКУПАЙТЕ

на OZON

+7 (901) 723 2273,
books@praesens.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. НЕКОТОРЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ

Аппарат кавитационный «Фотек АСТИТОН» с внутриматочным наконечником

УУРС, УУДЗ.

Описание метода. Использование ультразвуковой кавитационной терапии в рамках прегравидарной подготовки пациенток с ХЭ.

Основу метода составляет образование кавитационных полостей в жидкой среде под действием низкочастотных ультразвуковых волн. Ключевым звеном терапевтического эффекта выступает именно схлопывание этих пузырьков: при коллапсе полости формируются локальные ударные волны и микроструи, обеспечивающие селективное разрушение биоплёнок и патогенной микробиоты. При этом энергия воздействия носит строго ограниченный характер и не распространяется на интактные ткани, что обуславливает высокую тканевую избирательность метода. Кроме того, общий терапевтический результат складывается из сочетанного действия кавитации, микромассажа и усиления тканевой перфузии. Такое влияние нормализует рецепторный аппарат эндометрия, снижает микробную нагрузку и улучшает регенераторные процессы.

Оценку результата терапии проводят по динамике клинических симптомов, данным ультразвукового исследования (толщина и структура эндометрия, кровоток по доплерометрии) и лабораторным показателям (в том числе маркерам воспаления). Критериями эффективности служат нормализация структуры эндометрия, достижение оптимальной толщины в фазу пролиферации и снижение титра условно-патогенных микроорганизмов по результатам микробиологического контроля.

Область использования:

- прегравидарная подготовка женщин с ХЭ, в том числе при бесплодии и привычном невынашивании;
- комплексная терапия ХЭ в составе комбинированных схем;
- подготовка к программам ВРТ у пациенток со сниженной рецептивностью эндометрия.

Производитель: ООО «Фотек» (Россия).

В исследование 2022 года¹ включены 50 женщин (средний возраст 29,95±7,65 года) с гистологически подтверждённым ХЭ и репродуктивными потерями в анамнезе. Контрольную группу составили 45 пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием без ХЭ. Всем пациенткам основной группы выполнено двукратное орошение полости матки ультразвуковым

ным 0,9% физиологическим раствором (по 6 процедур последовательно в течение 3 мес).

На фоне лечения отмечено увеличение толщины эндометрия с 6,54±1,2 до 9,02 мм в первую лютеиновую фазу и до 9,34 мм в последующие циклы. Нормализовалось соотношение эстрогеновых и прогестероновых рецепторов, снизилось количество CD138+, CD20+, CD56+ клеток в строме и железах. Доля зрелых пиноподий увеличилась в 2,95 раза — с 24,55 до 71,25%. Восстановлен цитокиновый баланс (ИЛ-2, -10, -8, -1β, ФНО-α, ИФН-γ, ИФН-α), снижена концентрация продуктов липопероксидации, повышена активность супероксиддисмутазы (на 36,98%), каталазы (на 15,32%) и глутатионпероксидазы (на 12,32%). Кроме того, было отмечено уменьшение обсеменённости *Streptococcus spp.*, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, элиминация *Mycoplasma genitalium* и *Ureaplasma urealyticum*, а также увеличение количества *Lactobacillus spp.*

В ретроспективном когортном исследовании 2025 года с участием 202 пациенток было выполнена оценка результатов орошения полости матки в сочетании с антибактериальной терапией при тонком эндометрии (<7 мм) на фоне ХЭ перед включением в программы ВРТ².

После комбинированного лечения с орошением полости матки и использованием антибиотиков (группа 1) наблюдалось статистически значимое увеличение толщины эндометрия по сравнению с терапией только антибиотиками (группа 2): 9,93±1,37 мм по сравнению с 8,2±0,4 мм (p<0,001) соответственно. Кроме того, в группе 1 отмечалось статистически значимое снижение содержания CD138+ плазматических клеток в строме. Частота наступления клинической беременности в группах 1 и 2 при переносе эмбрионов высокого качества составила 68,6 и 48% (p=0,016), частота живорождения составила 60,8 и 39% соответственно (p=0,002).

Таким образом, метод УЗ-кавитационной терапии позволяет восстановить структурность и рецептивность эндометрия, нормализовать локальный иммунный и антиоксидантный статус, а также микробиоту полости матки, что обосновывает его назначение в рамках прегравидарной подготовки женщин с ХЭ и бесплодием.

Литература

1. Сорокин Ю.А., Гизингер О.А., Радзинский В.Е. Клинико-иммунологическое обоснование ультразвуковой кавитации в комплексном лечении бесплодия при хроническом эндометрите // Гинекология. — 2022. — №5. — С. 355–361.
2. Lokshin V., Askar Y., Rybina A. et al. Antibiotics and Uterine Flushing versus Antibiotics Alone for Chronic Endometritis with Thin Endometrium in Assisted Reproductive Technology: A Single-Center Retrospective Cohort Study // Int. J. Fertil. Steril. 2025. — Vol. 19. — P. 186–192. PMID: 40280777

АСТИТОН

РЕКЛАМА



**НИЗКОЧАСТОТНЫЙ КАВИТАЦИОННЫЙ
УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АППАРАТ**



Новые перспективы местной санации тканей в условиях антибиотикорезистентности



Лечение хронического эндометрита при
бесплодии, подготовке к ВРТ



Лечение инфекционно-воспалительных
заболеваний вульвы, влагалища, шейки матки



Лечение декубитальных язв, подготовка
к оперативному лечению пролапса



Лечение послеродовых осложнений



+7 (343) 217 63 40

fotek@fotek.ru www.fotek.ru

Ацилакт DUO

Регистрация. Косметическое средство для интимной гигиены.

Состав. Крем для интимной гигиены дозированный, содержит лактобактерии, витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс «Суперлимф-лайф».

Показания.

- В качестве косметического средства для интимной гигиены наружного применения.
- Восстановление естественной микрофлоры и поддержание водно-жирового баланса интимной зоны женщины.
- Способствует восстановлению и поддержанию нормальной работы местного иммунитета, активизации защитных сил организма, а также восстановлению целостного кожного покрова.
- Устранение дискомфорта, увлажнение и смягчение кожи интимной области.
- Восстановление и поддержка здоровой микрофлоры интимной зоны.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к компонентам крема дозированного.

Способ применения. Перед применением провести гигиену наружных половых органов. Применять по 1 крему 1 раз в день, желательно на ночь. При необходимости допускается применение 2 раза в день. Длительность применения не ограничена.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде. «Ацилакт DUO» в составе комплексной терапии позволяет снизить частоту рецидивов БВ¹⁻³.

Производитель: ООО «ЛАНАФАРМ» (Россия) по заказу ООО «НПО ИММУНОХЕЛП ФАРМА».

Литература

1. Уруймагова А.Т., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. и др. Эффективность и приемлемость двухэтапной терапии рецидивирующего бактериального вагиноза // Акушерство и гинекология. — 2021. — №11. — С. 202–212.
2. Дюброва Ю.З., Борова Е.И., Зайцева З.С., Романовская В.В. Снижение частоты рецидивов бактериального вагиноза. Комплексное решение // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2022. — Т. 21. — №2. — С. 33–40.
3. Цахилова С.Г., Сафарян И.Р., Арустамян Р.Р., Панди Ф.А. Комплексный подход к снижению частоты рецидивов бактериального вагиноза у беременных // Эффективная фармакотерапия. — 2025. — №21 (45). — С. 6–11.

Бак-Сет Феминик

Регистрация. Биологически активная добавка к пище.

Состав. Лиофилизированные пробиотические культуры *Lactobacillus plantarum* NCIMB 30187 PXN47, *Lactobacillus rhamnosus* NCIMB 30188 PXN54, *Lactobacillus helveticus* NCIMB 30184 PXN35, *Lactobacillus gasseri* EB01, *Lactobacillus crispatus* R0470.

Показания.

- БВ.

• КБВ.

• Дискомфорт при уровагинальном дисбиозе (запах, зуд, жжение, патологические выделения, боль при половом акте).

• Нарушение микробиоценоза урогенитального тракта при приёме антибиотиков.

• Сухость слизистой влагалища в период менопаузы.

• Беременность, подготовка к родам, гинекологическим операциям.

Противопоказания. Индивидуальная непереносимость компонентов продукта.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Препарат разрешён к назначению.

Способ применения. Принимать перорально по 2 капсулы/сут с первого дня стандартной противомикробной терапии. Продолжительность приёма — 1 мес. При необходимости продолжить приём.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде. Пероральный мультипробиотик, содержащий комбинацию штаммов *L. rhamnosus*, *L. plantarum*, *L. helveticus*, *L. gasseri* и *L. crispatus*, может способствовать повышению результативности терапии и потенциальному снижению риска рецидивов БВ и КБВ¹.

Производитель: ADM PROTEXIN, Ltd. (Великобритания).

Литература

1. Радзинский В.Е., Оразов М.Р., Орехов Р.Е. и др. Эффективность и безопасность пероральных мультипробиотиков в комплексной терапии бактериального вагиноза и вульвовагинального кандидоза: результаты рандомизированного плацебо-контролируемого исследования // Гинекология. — 2026. — Т. 28. — №2. — С. 109–123.

Вессел Дуэ Ф

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Одна капсула содержит сулодексида 250 лipoпротеинлипазных единиц.

Показания.

- Ангипатии с повышенным риском тромбообразования (в том числе после перенесённого инфаркта миокарда).
- Нарушение мозгового кровообращения (включая острый период ишемического инсульта и период раннего восстановления), дисциркуляторная энцефалопатия (обусловленная атеросклерозом, сахарным диабетом, гипертонической болезнью), сосудистая деменция.
- Оклюзионные поражения периферических артерий (атеросклеротического и диабетического генеза).

- Болезни вен, тромбозы глубоких вен.
- Микроангиопатии (нефропатия, ретинопатия, нейропатия) и макроангиопатии при сахарном диабете (синдром диабетической стопы, энцефалопатия, кардиопатия).
- Тромбофилические состояния, антифосфолипидный синдром (назначают совместно с ацетилсалициловой кислотой, а также после низкомолекулярных гепаринов).
- Гепарин-индуцированная тромботическая тромбоцитопения.

Противопоказания.

- Гиперчувствительность.
- Геморрагический диатез и заболевания, сопровождающиеся пониженной свёртываемостью крови.
- I триместр беременности.

С осторожностью. При совместном применении с антикоагулянтами следует контролировать параметры свёртываемости крови.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. При беременности назначают под строгим наблюдением врача. Имеется положительный опыт применения с целью лечения и профилактики сосудистых осложнений у пациенток с диабетом 1-го типа во II и III триместрах беременности, при развитии преэклампсии.

Способ применения. По 1–2 капсулы 2 раза в день до приёма пищи в течение 30–40 дней. Полный курс лечения следует повторять не менее 2 раз в год. В зависимости от результатов клинико-диагностического обследования пациента по усмотрению врача режим дозирования может быть изменён.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде.

- Использование сулодексида в составе комплексной ПП пациенток с ожирением ассоциировано с улучшением репродуктивных исходов¹.
- Сулодексид в составе комплексной терапии пациенток с тонким эндометрием способствует увеличению его толщины².
- Сулодексид в составе комплексной прегравидарной подготовки пациенток с СПЯ и метаболическим синдромом способствует тенденции к увеличению частоты наступления беременности³.
- Сулодексид в составе комплексной прегравидарной подготовки пациенток с постковидным синдромом способствует тенденции к увеличению частоты наступления беременности.

Производитель: «Альфасигма С.п.А.» (Италия).
Сертификат GMP

Литература

1. Лапина И.А., Доброхотова Ю.Э., Таранов В.В. и др. Ожирение и беременность: возможные пути преодоления осложнений и улучшения репродуктивных исходов // Гинекология. — 2022. — Т. 24. — №6. — С. 518–524.
2. Масленников А.В., Ящук А.Г., Газизова Г.Х., Бердигулова З.Ф. Эффекты применения гепаринов у пациенток с дисфункцией эндометрия на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2020. — Т. 19. — №4. — С. 50–56.
3. Лапина И.А., Доброхотова Ю.Э., Таранов В.В. и др. Коррекция эндотелиальной дисфункции в рамках прегравидарной подготовки пациенток с метаболическим синдромом и синдромом поликистозных яичников: мультидисциплинарный подход // Тромбоз, гемостаз и реология. — 2022. — №3. — С. 90–98.
4. Лапина И.А., Доброхотова Ю.Э., Таранов В.В. и др. Принципы таргетной терапии в комплексе прекогдационной подготовки у пациенток с постковидным синдромом // Women's Clinic. — 2021. — №4. — С. 16–24.

Витажиналь Инозит

Регистрация. Биологически активная добавка.

Состав. Один пакетик-саше содержит 1000 мг миоинозитола, 200 мкг фолиевой кислоты, 75 мг эпигаллокатехин-3-галлата, 600 МЕ витамина D, 50 мкг хрома¹.

Показания. В качестве дополнительного источника миоинозитола, фолиевой кислоты, эпигаллокатехин-3-галлата, витамина D, хрома.

Противопоказания. Индивидуальная непереносимость компонентов.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Беременным и кормящим женщинам принимать по рекомендации и под наблюдением врача.

Способ применения. Внутрь. Взрослым рекомендуется принимать по 1 пакетик-саше/день в любое время дня во время приёма пищи, растворив порошок в стакане с водой. Продолжительность приёма 3 мес, при необходимости курсы можно повторить. Оптимальную схему применения подбирает врач. По данным ранее проведённых исследований рекомендованы следующие схемы применения.

- При СПЯ и нарушениях менструального цикла: 2–4 пакетика-саше в сутки в течение 3–6 мес.
- Женщинам при бесплодии или перед/во время реализации программ ВРТ: 4 пакетика-саше в сутки в течение 3–6 мес до наступления беременности и после наступления беременности в течение I триместра.
- Мужчинам для стимуляции сперматогенеза и повышения фертильности: 2–4 пакетика-саше в сутки в течение 3–6 мес до зачатия.
- При СД 2-го типа: 4 пакетика-саше в сутки в течение 3–6 мес.
- При ГСД и для снижения риска его возникновения: 2–4 пакетика-саше в сутки в течение 3–6 мес.
- При метаболическом синдроме, инсулинорезистентности, избыточной массе тела и/или ожирении: 2–4 пакетика-саше в сутки в течение минимум 3–6 мес.

- При прегравидарной подготовке женщин и мужчин: по 2–4 пакетика-саше в сутки в течение 2–3 мес до зачатия.
- При угревой сыпи (андрогензависимой дермопатии) для улучшения состояния кожи и волос: по 2–4 пакетика-саше в сутки в течение 3–6 мес.

По рекомендации врача кратность и длительность приёма могут быть изменены.

Особые указания. Перед применением рекомендуется консультация специалиста. Кратность и длительность приёма могут быть изменены врачом.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде.

- Приём мио-инозитола вместе с фолиевой кислотой и диетой способствует повышению чувствительности тканей к инсулину и снижению риска ГСД^{2,3}.
- Использование мио-инозитола уменьшает выраженность симптомов СПЯ⁴.
- Эпигаллокатехин-3-галлат способствует снижению массы тела и уменьшению абдоминального ожирения⁵.
- Дотация хрома может способствовать созданию оптимальных условий для нормального функционирования репродуктивной системы и улучшению метаболических параметров у женщин с СПЯ⁶.

Производитель: Phyteo Laboratoire (Франция), ООО «Безен Хелскеа РУС» (Россия).

Сертификат GMP

Литература

1. Листок-вкладыш к БАД «Витажиналь Инозит» AM.01.48.01.003.R.000218.08.25 от 27.08.2025.
2. Wei J., Yan J., Yang H. Inositol nutritional supplementation for the prevention of gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Nutrients*. — 2022. — Vol. 14. — №14. — P. 2831. [PMID: 35889788]
3. Corrado F., D'Amma R., Di Vieste G. et al. The effect of myoinositol supplementation on insulin resistance in patients with gestational diabetes // *Diabet. Med.* — 2011. — Vol. 28. — №8. — P. 972–975. [PMID: 21414183]
4. Chirania K., Misra S., Behera S. A randomised clinical trial comparing myoinositol and metformin in PCOS // *Int. J. Reprod. Contracept. Obstet. Gynecol.* — 2017. — Vol. 6. — №5. — P. 1814–1820.
5. Chen J.J., Liu C.Y., Chiu J.P., Hsu C.H. Therapeutic effect of high-dose green tea extract on weight reduction: A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial // *Clin. Nutr.* — 2016. — Vol. 35. — №3. — P. 592–599. [PMID: 26093353]
6. Jamilian M., Bahmani F., Siavashani M.A. et al. The Effects of Chromium Supplementation on Endocrine Profiles, Biomarkers of Inflammation, and Oxidative Stress in Women with Polycystic Ovary Syndrome: a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial // *Biol. Trace Elem. Res.* — 2016. — Vol. 172. — №1. — P. 72–78. [PMID: 26613790]

Витажиналь Мама и малыш

Регистрация. Биологически активная добавка.

Состав. Йод 150 мкг, фолиевая кислота 400 мкг, витамин D₃ 200 МЕ, ω₃-ПНЖК 200 мг, витамин E 12 мг¹.

Показания. В качестве дополнительного источника ω₃-докозагексаеновой кислоты, витаминов D, E, фолиевой кислоты и йода для женщин в период подготовки к беременности (за 1–2 мес до планируемого зачатия), в период беременности, после родов и в период грудного вскармливания.

Противопоказания. Индивидуальная непереносимость компонентов. Не рекомендуется женщинам с заболеваниями щитовидной железы.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Может применяться при беременности и в период грудного вскармливания.

Способ применения. Женщинам по 1 капсуле 1 раз в день во время еды. Перед применением рекомендуется проконсультироваться с врачом.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде. Комплекс «Витажиналь Мама и малыш» содержит ключевые базовые компоненты нутритивной поддержки беременных^{2–4}.

Производитель: BESINS HEALTHCARE BRASIL (Бразилия).

Литература

1. Листок-вкладыш к БАД «ВИТАЖИНАЛЬ МАМА И МАЛЫШ БЕЗИН» AM.01.48.01.003.R.000057.03.25 от 21.03.2025.
2. Ших Е.В., Махова А.А. Оптимум нутритивной поддержки репродукции: от прегравидарной подготовки до лактации // Эффективная фармакотерапия. — 2025. — №21 (32). — С. 38–46.
3. Сондарово К.Р. Перинатальная поддержка микронутриентами: новая парадигма персонализированного подхода // Эффективная фармакотерапия. — 2024. — №20 (35). — С. 10–18.
4. Reis A.E.M., Teixeira I.S., Maia J.M. et al. Maternal nutrition and its effects on fetal neurodevelopment // *Nutrition*. — 2024. — Vol. 125. — P. 112483. [PMID: 38823254]

Галавит

Регистрация. Лекарственное средство.

Состав. Один ректальный суппозиторий содержит 100 мг аминокислотидрофталазина натрия; порошок для приготовления раствора для внутримышечного введения — 50 или 100 мг¹.

Показания. В составе комплексной терапии при:

- инфекционно-воспалительных урогенитальных заболеваниях (уретрит хламидийной и трихомонадной этиологии, острый и хронический сальпингофорит, эндометрит);
- гнойно-воспалительных заболеваниях органов малого таза;
- хронических рецидивирующих заболеваниях, вызванных вирусом герпеса;
- заболеваниях, вызванных вирусом папилломы человека;
- послеоперационной реабилитации больных с миомой матки;
- осложнениях послеоперационного периода у женщин репродуктивного возраста;
- проведении иммунореабилитационных мероприятий в межрецидивный период с целью поддержания клинической ремиссии (для формы порошка для приготовления раствора для внутримышечного введения).

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.

- Период беременности и грудного вскармливания.
- Возраст до 12 лет.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Применение препарата в период беременности и во время грудного вскармливания противопоказано.

Способ применения. Доза и продолжительность применения препарата зависят от характера, тяжести и длительности заболевания.

- При урогенитальных заболеваниях (уретрите хламидийной и трихомонадной этиологии, хламидийном простатите): 1 день по 1 суппозиторию дважды, затем по одному через день. Курс — 10–15 суппозиторияев.
- При сальпингоофорите, эндометрите: в острый период — 2 дня по 2 суппозитория 1 раз в день, затем по одному с интервалом 72 ч; при хроническом течении вне обострения — 5 дней по 1 суппозиторию 1 раз в день, затем по одному через каждые 72 ч. Курс — 20 суппозиторияев.
- При острых и хронических гнойных заболеваниях органов малого таза: в остром периоде — 1 день 2 суппозитория однократно, 3 дня по 1 суппозиторию ежедневно, затем по одному через день 5 дней. Курс — 10 суппозиторияев. При хроническом течении вне обострения — 5 дней по 1 суппозиторию 1 раз в день, затем по одному через каждые 72 ч. Курс — 20 суппозиторияев.
- При хронических рецидивирующих заболеваниях, вызванных вирусом герпеса: по 1 суппозиторию ежедневно 5 суппозиторияев, затем по одному через день — 15 суппозиторияев.
- При заболеваниях, вызванных вирусом папилломы человека: 5 дней по 1 суппозиторию 1 раз в день, затем по 1 суппозиторию через день. Курс — 20 суппозиторияев.
- Для послеоперационной реабилитации больных с миомой матки и при осложнениях послеоперационного периода у женщин репродуктивного возраста: 5 дней по 1 суппозиторию 1 раз в день, затем по одному через день. Курс — 15 суппозиторияев.
- В монотерапии хронических уrogenитальных инфекций, в том числе при проведении иммунореабилитационных мероприятий в межрецидивный период с целью поддержания клинической ремиссии: по 100 мг через день курсом в 10 инъекций.

Особые указания.

- При одновременном применении возможно снижение курсовых доз антибиотиков.

- Для предотвращения уrogenитальной инфекции рекомендуется рассмотреть вопрос об одновременном лечении полового партнёра.
- Необходимо проконсультироваться с врачом:
 - если после лечения улучшения не наступает, или симптомы усугубляются, или появляются новые симптомы;
 - при появлении побочных эффектов.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде. Препарат используют в составе комплексной терапии уrogenитальных инфекционно-воспалительных заболеваний в прегравидарном периоде для повышения клинико-микробиологической эффективности противовирусных и противомикробных средств, в качестве профилактики осложнений и рецидивов, а также для восстановления эндометрия.

- Назначение «Галавита» в комплексном лечении хронического эндометрита улучшает результаты противомикробной терапии^{2,3}.
- Использование «Галавита» повышает шансы на успешную реализацию репродуктивной функции пациенток с бесплодием, планирующих вступление в программы ВРТ⁴.
- Использование «Галавита» в программе ЭКО у пациенток с бесплодием и сочетанными заболеваниями репродуктивной системы позволяет достичь положительной динамики роста эндометрия и фолликулов⁵.
- У пациенток с рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом «Галавит» повышает эффективность стандартной терапии⁶.
- Приём «Галавита» на прегравидарном этапе у пациенток с рецидивирующим генитальным герпесом способствует повышению эффективности терапии, длительной ремиссии и улучшению исходов беременности⁷.

Производитель: ООО «Сэлвим» (Россия).

Сертификат GMP

Литература

1. Инструкция по медицинскому применению (ИМП) / Общая характеристика лекарственного препарата (ОХП) Галавит супп. 100 мг / Галавит инъекции 100 мг Р №000088/03, ЛП-№(012294)-(Р-РУ)/Р №000088/02, ЛП-№(011837)-(Р-РУ).
2. Шуршалина А.В., Дубинская Л.В. Иммуномодулирующая терапия в программе реабилитации пациенток с хроническим эндометритом // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2006. — №1. — С. 36–38.
3. Довлетханова Э.Р., Мисарова П.Р., Мегрян А.Н. Лечебные аспекты воспалительных заболеваний органов малого таза // Медицинский совет. — 2018. — №7. — С. 40–44.
4. Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Капустина М.В. Лечение хронического эндометрита у пациенток перед проведением экстракорпорального оплодотворения // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2008. — №5. — С. 80–82.
5. Гатаулина Р.Г., Ванько Л.В., Дуринян Э.Р. и др. «Галавит» в комплексной терапии стимуляции овуляции и в программе ЭКО у женщин с нарушением репродуктивной функции // Материалы первого регионального научного форума «Мать и дитя». — Казань, 2007. — С. 222–223.
6. Боровиков И.О., Аветисян А.С. Препарационная подготовка больных рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом с использованием иммуномодулирующей терапии // РМЖ. Мать и дитя. — 2018. — №1. — С. 4–10.
7. Михайлова О.И., Кан Н.Е., Мирзабекова Д.Д. и др. Влияние прегравидарной подготовки на течение и исходы беременности при рецидивирующем генитальном герпесе // Медицинский совет. — 2022. — №16. — С. 108–115.

Деринат

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Каждый флакон содержит 75 мг дезоксирибонуклеата натрия в 5 мл раствора.

Показания.

- Радиационные поражения.
- Нарушение гемопоэза.
- Миелодепрессия и резистентность к цитостатикам у онкологических больных, развившаяся на фоне цитостатической и/или лучевой терапии (стабилизация гемопоэза, снижение кардио- и миелотоксичности химиопрепаратов).
- Стоматиты, индуцированные цитостатической терапией.
- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивный гастродуоденит.
- Ишемическая болезнь сердца.
- Облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей, хроническая ишемическая болезнь нижних конечностей II–III стадии.
- Трофические язвы, длительно незаживающие раны.
- Одонтогенный сепсис, гнойно-септические осложнения.
- Ревматоидный артрит.
- Ожоговая болезнь.
- Предоперационный и послеоперационный периоды (в хирургической практике).
- Эндометрит, сальпингофорит, эндометриоз, миомы.
- Хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз.
- Простатит, доброкачественная гиперплазия предстательной железы.
- Хронические обструктивные заболевания лёгких.
- Туберкулёз лёгких, воспалительные заболевания дыхательных путей.

Противопоказания. Гиперчувствительность к компонентам препарата.

С осторожностью. У больных сахарным диабетом отмечается гипогликемизирующее действие, которое следует учитывать, контролируя уровень сахара в крови.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. При необходимости назначения препарата в период беременности следует оценить ожидаемую пользу для матери и потенциальный риск для плода. В период грудного вскармливания применять строго по назначению врача.

Способ применения. Доза и продолжительность применения препарата зависят от характера, тяжести и длительности заболевания. Препарат вводят

внутримышечно медленно в течение 1–2 мин по 5 мл раствора с интервалом 24–72 ч.

При эндометрите, хламидиозе, уреаплазмозе, микоплазмозе, сальпингоофорите, миоме, эндометриозе — по 1 инъекции каждые 24–48 ч. Курс — 10 инъекций.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде.

- Дезоксирибонуклеат натрия в составе комплексной терапии привычного невынашивания беременности на фоне хронического эндометрита способствует улучшению клинических исходов и нормализации иммуногистохимических показателей эндометрия^{1,2}.
- Дезоксирибонуклеат натрия в составе комплексной терапии хронического эндометрита у женщин со сниженной фертильностью способствует облегчению клинических симптомов, улучшению микробиологических показателей и эхографической картины эндометрия³.

Производитель: «ФармПак» (Россия).

Сертификат GMP

Литература

1. Ящук А.Г., Муртазина Г.Х., Насырова С.Ф., Даутова Л.А. и др. Дезоксирибонуклеат натрия: помощь при невынашивании у женщин с хроническим эндометритом // Фармакология и фармакотерапия. — 2025. — №4. — С. 24–30.
2. Юсупов Е.В., Коротких И.Н., Филин А.А. Оценка эффективности лечения хронического эндометрита у пациенток при подготовке к ВРТ // Клиническая медицина. — 2020. — №5. — С. 167–172.
3. Григорян А.Н., Кузнецова И.В., Землина Н.С., Сизова Н.М. Применение дезоксирибонуклеата натрия в комплексной терапии хронического эндометрита у женщин со сниженной фертильностью // Медицинский алфавит. — 2019. — №1 (1). — С. 70–74.

Дикироген

Регистрация. Биологически активная добавка к пище.

Состав. Одно саше (4 г) содержит 1000 мг мио-инозитола, 200 мг D-хиро-инозитола, 200 мкг фолиевой кислоты, 5 мг марганца (в форме марганца пидолата).

Показания. В качестве источника инозитола, фолиевой кислоты и марганца при нарушениях менструального цикла, предменструальном синдроме, гиперандрогении, СПЯ, прегравидарной подготовке (в том числе при использовании ВРТ), избыточной массе тела, инсулинорезистентности.

Противопоказания. Индивидуальная непереносимость компонентов.

Способ применения. Взрослым по 1 саше в день во время еды, предварительно растворив в ½ стакана воды. Продолжительность приёма 30 дней. При необходимости приём можно повторить. Начало приёма средства «Дикироген» возможно с любого дня менструального цикла. Перед применением

ТардиФерон®

80 мг Fe 2+ в виде сульфата железа¹
ТАБЛЕТКИ С ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ВЫСВОБОЖДЕНИЕМ

Гино-ТардиФерон®

80 мг Fe 2+ в виде сульфата железа + 0,35 мг фолиевой кислоты²
ТАБЛЕТКИ С МОДИФИЦИРОВАННЫМ ВЫСВОБОЖДЕНИЕМ

ПРОЛОНГИРОВАННОЕ ВЫСВОБОЖДЕНИЕ ЖЕЛЕЗА ИЗ ТАБЛЕТКИ



Соответствует клиническим рекомендациям
по лечению железодефицитной анемии³



<https://tellmeaboutiron.ru/>

1. Общая характеристика лекарственного препарата Тардиферон® (железа сульфат). ЛП-№(000332)-(PI-RU). 2. Общая характеристика лекарственного препарата Гино-Тардиферон® (железа сульфат + фолиевая кислота). ЛП-№(010260)-(PI-RU). 3. Российские клинические рекомендации. Железодефицитная анемия. 2024 г.

* Согласно ОХЛП Тардиферон® для лечения железодефицитной анемии: 1-2 таблетки в сутки. Согласно ОХЛП Гино-Тардиферон®: по 1 таблетке ежедневно или через 1 день.



Пьер Фабр

За информацией обращаться: ООО «Пьер Фабр», 119048, г. Москва, ул. Усачева, д. 2, стр. 1, помещ. 2/1. Тел.: +7 (495) 789-95-33. e-mail: info.pfrussia@pierre-fabre.com.
7 – PFM-TAR-AUG-2026

РЕКЛАМА

ИНФОРМАЦИЯ ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.
ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ОХЛП.



рекомендуется проконсультироваться с врачом. Беременным и кормящим женщинам принимать по согласованию и под наблюдением врача.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде. Использование средства при подготовке к беременности позволяет улучшить овуляторную функцию.

- Назначение инозита в прегравидарном периоде и во время беременности снижает риск ГСД у пациенток из группы риска¹⁻³.
- Комбинация мио-инозита и D-хиро-инозита в соотношении 5:1 повышает частоту наступления клинической беременности в результате ВРТ у пациенток с СПЯ⁴.
- Комбинация мио-инозита и D-хиро-инозита в соотношении 5:1 в сочетании с комплексной терапией способствовала восстановлению овуляции и наступлению беременности у женщин с ановуляцией, избыточной массой тела и ожирением⁵.
- Достаточное потребление марганца снижает риск спорадической ановуляции у здоровых женщин репродуктивного возраста⁶.

Производитель: Pizeta Pharma S.p.A. (Италия).

Литература

1. Noventa M., Vitagliano A., Quaranta M. et al. Preventive and therapeutic role of dietary inositol supplementation in periconceptional period and during pregnancy: a summary of evidences and future applications // *Reprod. Sci.* — 2016. — Vol. 23. — №3. — P. 278–288. [PMID: 26175275]
2. Vitagliano A., Saccone G., Cosmi E. et al. Inositol for the prevention of gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Arch. Gynecol. Obstet.* — 2019. — Vol. 299. — P. 55–68. [PMID: 30564926]
3. Malvasi A., Casciaro F., Minervini M.M. et al. Myo-inositol, D-chiro-inositol, folic acid and manganese in second trimester of pregnancy. A preliminary investigation // *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.* — 2014. — Vol. 18. — №2. — P. 270–274. [PMID: 24489519]
4. Brusco G.F., Mariani M. Inositol: effects on oocyte quality in patients undergoing ICSI: An open study // *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.* — 2013. — Vol. 17. — №22. — P. 3095–3102. [PMID: 24302192]
5. Радзинский В.Е., Соловьёва А.В., Кулешов В.М. и др. Возможность оздоровления женщин с избыточной массой тела и ожирением на этапе прегравидарной подготовки // *Акушерство и гинекология*. — 2023. — №1. — С. 83–90.
6. Kim K., Wactawski-Wende J., Michels K.A. et al. Dietary minerals, reproductive hormone levels and sporadic anovulation: associations in healthy women with regular menstrual cycles // *Br. J. Nutr.* — 2018. — Vol. 120. — №1. — P. 81–89. [PMID: 29673411]

Дифертон

Регистрация. Биологически активная добавка.

Состав. Две капсулы содержат витамин D₃ 10 мкг, фолиевую кислоту 600 мкг, α-липовую кислоту 75 мг, инозит 1127,6 мг (мио-инозитол 1100 мг, D-хиро-инозитол 27,6 мг), марганец 5 мг.

Показания. В качестве дополнительного источника инозита, α-липовой кислоты, фолиевой кислоты, витамина D₃ и марганца.

Противопоказания. Индивидуальная непереносимость компонентов, беременность, кормление грудью.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Противопоказан.

Способ применения. По 1 капсуле 2 раза в день во время еды.

Особые указания. Не превышать рекомендуемую суточную дозу.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде. Комбинация МИ и D-ХИ в соотношении 40:1 в сочетании с α-липовой кислотой у женщин с СПЯ и повышенной массой тела способствует коррекции метаболических и эндокринных показателей (достоверному снижению инсулинорезистентности, уменьшению гиперандрогении, восстановлению овуляции), коррекции менструального цикла, наступлению спонтанной беременности у каждой пятой пациентки^{1,2}.

Производитель: ООО «ВТФ», ООО «Биосфера» (Россия) по заказу АО «Аквирон».

Литература

1. Дуб Н.В., Кручинина Е.В. Маски синдрома поликистоза яичников: роль инозитолов // *РМЖ. Мать и дитя*. — 2024. — №7 (3). — С. 205–213.
2. Доброхотова Ю.Э., Лунина С.Н. Метаболический прайминг с помощью мио-инозита и D-хироинозита в соотношении 40:1 в сочетании с фолиевой и α-липовой кислотами у пациенток с синдромом поликистозных яичников и ожирением перед программой вспомогательных репродуктивных технологий // *Актуальные вопросы женского здоровья*. — 2026. — №1. — С. 24–28.

Дюжиналь

Регистрация. Биологически активная добавка к пище¹.

Состав. Одна капсула содержит *Lactobacillus acidophilus* La-14 не менее 2,0×10⁹, *Lactobacillus rhamnosus* HN001 не менее 0,5×10⁹.

Показания. Дополнительный источник пробиотических лактобактерий *Lactobacillus rhamnosus* HN001 и *Lactobacillus acidophilus* La-14 для восстановления и поддержания нормальной микрофлоры, pH влагалища и кишечника при:

- дисбиозах влагалища (нарушениях баланса вагинальной микрофлоры), в том числе при бактериальном вагинозе, неспецифическом вульвовагините, включая аэробный вагинит;
- при вульвовагинальном кандидозе и смешанных вагинальных инфекциях;
- при терапии местными и системными противомикробными (в т.ч. для снижения риска развития антибиотикоассоциированной диареи) и противовирусными препаратами, цитостатиками, кортикостероидами;
- при использовании контрацепции (ВМС, КОК, спермициды);
- во время и/или после специфической антимикробной, противовирусной и иммуномодулирующей терапии урогенитальных инфекций и заболеваний, передающихся половым путём (гонорея,



ФЕМОДОЛ ФЕРТО

ПОДАРИТЬ НОВУЮ ЖИЗНЬ БЕЗ ДЕФЕКТОВ



Достоверная клиническая эффективность выше традиционных сочетаний инозитола и фолиевой кислоты.*



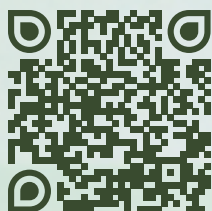
Синергия инозитола и L-метилфолата кальция для повышения шансов на рождение здорового ребенка.



Восполнение дефицита фолатов и терапия женщин с синдромом поликистозных яичников на этапе подготовки к беременности.



Запуск метаболических процессов для наступления и оптимального протекания беременности.



femodol.ru



*1 Страквалдано М., Сютта Л., Палуμπο М. А.
Эффекты микроинозитола, глицинической кислоты
и L-метилфолата у пациенток с синдромом поликистозных
яичников. Гинекол Эндокринол. 2018 Июнь; 34(6): 495-501

Реклама.

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

хламидиоз, уrogenитальный герпес, папиллома-вирусная инфекция и т. д.);

- при подострых и хронических воспалительных процессах женской половой сферы;
- при атрофическом вульвовагините;
- при дисбактериозах кишечника различной этиологии, острых кишечных инфекциях; хронических колитах различной этиологии (в т.ч. неспецифическом язвенном колите), воспалительных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (в т.ч. связанных с присутствием *Helicobacter pylori*); профилактике острых и хронических заболеваний ЖКТ; истощающих болезнях и длительном стрессе; предрасположенности к аллергическим состояниям; оперативных вмешательствах на органах ЖКТ (пре- и послеоперационный период).

Противопоказания. Индивидуальная непереносимость компонентов.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Разрешён к применению при беременности и грудном вскармливании.

Способ применения.

Базовый курс: по 2 капсулы в сутки 5 дней, затем по 1 капсуле в сутки 10 дней.

Поддерживающий курс: по 1 капсуле в сутки 10 дней. Приём по данной схеме повторять ежемесячно в течение 6 мес.

При необходимости курсы можно повторить. Перед применением рекомендуется проконсультироваться с врачом.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде.

- Использование пробиотических штаммов *Lactobacillus acidophilus* La-14 и *Lactobacillus rhamnosus* HN001 совместно с метронидазолом снижает риск рецидивов бактериального вагиноза².
- Использование пробиотических штаммов *Lactobacillus acidophilus* La-14 и *Lactobacillus rhamnosus* HN001 снижает риск рецидивов кандидозного вульвовагинита³.
- Комбинация пробиотических штаммов *Lactobacillus rhamnosus* HN001 и *Lactobacillus acidophilus* La-14 обладает выраженной антагонистической активностью против микроорганизмов-оппортунистов влагиаличного и кишечного микробиомов. Оба штамма лактобактерий продемонстрировали резистентность к определённому спектру антибактериальных препаратов^{4,5}.

Производитель: PILEJE INDUSTRIE, Laboratoire de Phytothérapie et d'Herboristerie (Франция).

Сертификат GMP

Литература

1. Инструкция по применению биологически активной добавки к пище «Дуожиналь».
2. Russo R., Karadja E., De Seta F. Evidence-based mixture containing *Lactobacillus* strains and lactoferrin to prevent recurrent bacterial vaginosis: a double blind, placebo controlled, randomised clinical trial // *Benef. Microbes*. — 2019. — Vol. 10. — №1. — P.19–26. [PMID: 30525953]
3. Russo R., Superti F., Karadja E., De Seta F. Randomised clinical trial in women with Recurrent Vulvovaginal Candidiasis: Efficacy of probiotics and lactoferrin as maintenance treatment // *Mycoses*. — 2019. — Vol. 62. — №4. — P.328–335. [PMID: 30565745]
4. Bertuccini L., Russo R., Iosi F., Superti F. Effects of *Lactobacillus rhamnosus* and *Lactobacillus acidophilus* on bacterial vaginal pathogens // *Int. J. Immunopathol. Pharmacol.* — 2017. — Vol. 30. — №2. — P. 163–167. [PMID: 28580872]
5. Будиловская О.В., Спаськова Е.В., Шапелю К.В. и др. Антагонистическая и антибактериальная активность *Lactobacillus rhamnosus* HN001 и *Lactobacillus acidophilus* La-14, входящих в состав перорального пробиотика // *Журнал акушерства и женских болезней*. — 2024. — Т. 73. — №3. — С. 27–39.

Канефрон н

Регистрация. Лекарственное средство.

Состав.

Таблетки, покрытые оболочкой. Одна таблетка содержит измельчённое лекарственное растительное сырьё: 18 мг травы золототысячника, 18 мг корней любистока лекарственного, 18 мг листьев розмарина обыкновенного.

Капли для приёма внутрь. 1 мл препарата содержит 976 мг жидкого экстракта из лекарственного растительного сырья: травы золототысячника, корней любистока лекарственного, листьев розмарина в соотношении 1:1:1.

Показания. Препарат используют в составе комплексной терапии:

- острых (только таблетки) и хронических инфекций мочевого пузыря (цистита);
- при инфекционных и неинфекционных хронических воспалительных заболеваниях почек (пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициальный нефрит);
- в качестве средства, препятствующего образованию мочевых камней (в том числе после их удаления).

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к активным или вспомогательным компонентам, а также к другим растениям семейства зонтичные (например, анис, фенхель), анетолу (компоненту эфирных масел таких растений, как анис, фенхель).
- Заболевания желудочно-кишечного тракта в стадии обострения (в том числе гастрит, язвенная болезнь желудка).

Особые указания и меры предосторожности при применении. Если симптомы заболевания сохраняются, ухудшаются, повторяются периодически или появляются новые симптомы, необходимо обратиться за консультацией к врачу. В случае воспалительных заболеваний почек, появления лихорадки, спазмов, крови в моче, нарушения мочеиспускания, острой задержки мочи, болей при мо-

чеиспускании необходимо обратиться к врачу. При отёках, вызванных нарушениями функции сердца или почек, потребление большого количества жидкости противопоказано.

Для таблеток. Пациентам с недостаточностью лактазы, дефицитом сахаразы/изомальтазы, непереносимостью лактозы, фруктозы или глюкозо-галактозной мальабсорбцией не следует принимать препарат «Канефрон Н». Безопасность и эффективность у детей в возрасте от 0 до 6 лет на настоящий момент не установлены. Данные отсутствуют. Содержание усваиваемых углеводов в 1 таблетке составляет менее 0,04 ХЕ. **Для капель.** Препарат содержит 16,0–19,5% (об/об) этанола. Рекомендуемая разовая доза для взрослых и детей в возрасте от 12 до 18 лет (50 капель) содержит около 500 мг этанола, что соответствует 13 мл пива или 5 мл вина.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания.

Применение препарата во время беременности возможно только по назначению врача, если предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода.

Для таблеток. Применение в период грудного вскармливания возможно только по назначению врача, в случае если предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для ребёнка.

Для капель. Не следует принимать в период грудного вскармливания.

Способ применения.

Таблетки, покрытые оболочкой. Взрослым по 2 таблетки 3 раза в день (утром, днём и вечером), не разжёвывая и запивая водой. Длительность курса зависит от течения заболевания. После наступления улучшения следует продолжать приём в течение 2–4 нед. Увеличение продолжительности или повторение курса лечения возможно по рекомендации врача.

Капли для приёма внутрь. Перед приёмом взболтать. Развести в небольшом количестве воды или запить водой. Взрослым принимать по 50 капель 3 раза в день. Лечение продолжают в течение 2–4 нед после окончания острой фазы заболевания.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде. Профилактика и лечение неосложнённых форм инфекций нижних мочевых путей с помощью препарата «Канефрон Н» может быть альтернативой антибиотикам и эффективным компонентом терапии этих заболеваний, в том числе при прегравидарной подготовке^{1–4}.

Производитель: Bionorica SE (Германия).

Сертификат GMP

Литература

1. Перепанова Т.С. Обзор эффективности и безопасности препарата «Канефрон»[®] при лечении и профилактике инфекций мочевыводящих путей у различных групп пациентов // Экспериментальная и клиническая урология. — 2024. — №17 (2). — С. 122–130.
2. Wagenlehner F.M., Abramov-Sommariva D., Holler M. et al. Non-Antibiotic Herbal Therapy (BNO 1045) versus Antibiotic Therapy (Fosfomycin Trometamol) for the Treatment of Acute Lower Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: A Double-Blind, Parallel-Group, Randomized, Multicentre, Noninferiority Phase III Trial // Urol. Int. — 2018. — Vol. 101. — P. 327–336. [PMID: 30231252]
3. Holler M., Steindl H., Abramov-Sommariva D. et al. Treatment of urinary tract infections with Canephron in Germany: a retrospective database analysis // Antibiotics. — 2021. — Vol. 10. — №6. — P. 685. [PMID: 34201264]
4. Андий Р.З., Байгузин Р.Р., Дарменко Р.О. и др. Многоцентровое открытое проспективное рандомизированное исследование по изучению эффективности и безопасности препарата «Канефрон Н» в профилактике рецидивов неосложнённой инфекции нижних мочевыводящих путей у женщин // Урология. — 2025. — №5. — С. 24–31.

Лактожиналь

Регистрация. Лекарственный препарат¹.

Состав. Лиофилизированная культура лактобактерий *L. casei rhamnosus Doderleini*, не менее 1×10^8 КОЕ жизнеспособных лактобактерий.

Показания. Восстановление нормальной микрофлоры влагалища после антибактериальной терапии БВ, при подготовке к проведению плановых гинекологических операций, при предродовой подготовке беременных женщин, входящих в группу риска в отношении БВ.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к компонентам препарата, КВВ, возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены).

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Может применяться при беременности и в период грудного вскармливания.

Способ применения. Интравагинально. Ввести капсулу глубоко во влагалище, смочив её в небольшом количестве воды для ускорения растворения препарата.

- Восстановление нормальной микрофлоры влагалища после антибактериальной терапии БВ:
 - по 1 капсуле утром и вечером в течение 7 дней или по 1 капсуле ежедневно в течение 14 дней;
 - по 1 капсуле ежедневно в течение 14 дней с первого дня антибактериальной терапии.
- При подготовке к плановым гинекологическим операциям, предродовой подготовке беременных женщин, входящих в группу риска в отношении бактериального вагиноза: по 1 капсуле утром и вечером в течение 7 дней или по 1 капсуле ежедневно в течение 14 дней — в составе комплексной терапии. Режим дозирования должен корректироваться в зависимости от выраженности клинического эффекта.
- Профилактика рецидивов КВВ (включая обострения рецидивирующего КВВ) после местной и/или системной терапии противогрибковыми препара-

ратами: по 1 капсуле на ночь. Длительность терапии препаратом определяется врачом. Курс лечения не должен превышать более 21 дня. Вопрос о проведении повторных курсов решается индивидуально.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде.

- Использование пробиотика, содержащего *Lactobacillus casei rhamnosus*, ассоциировано со снижением частоты рецидивов БВ и КВВ у беременных².
- Использование пробиотика, содержащего *Lactobacillus casei rhamnosus*, способствует профилактике инфекционных осложнений беременности³.

Производитель: «БИОС ИНДАСТРИ» (Франция).

Литература

1. Инструкция по медицинскому применению препарата «Лактожиналь».
2. Гадзинский В.Е., Манукин И.Б., Ордиянц И.М. и др. Эффективность восстановления вагинальной микрофлоры после противомикробной терапии бактериального вагиноза и вульвовагинального кандидоза у беременных (по результатам многоцентрового проспективного неинтервенционного сравнительного исследования) // РМЖ. Мать и дитя. — 2021. — №4 (3). — С. 192–200.
3. Карахалис Л.Ю., Иванчик Н.С. Профилактика осложнённых родов путём нормализации вагинального микробиоценоза // РМЖ. Мать и дитя. — 2021. — №4 (1). — С. 31–35.

Митеравел плюс

Регистрация. Биологически активная добавка.

Состав. Одна капсула (1180 мг) содержит рыбий жир (ω_3 -ПНЖК: докозагексаеновая и эйкозапентаеновая кислоты), фолиевую кислоту, β -каротин, витамины В₁, В₂, В₆, В₁₂, С, D₃, Е, РР, биотин, железа фумарат, калия йодид, магния оксид, меди сульфат, натрия молибдат, натрия селенат, хрома пиколинат, цинка сульфат.

Показания. В качестве дополнительного источника полиненасыщенных жирных кислот (в том числе докозагексаеновой кислоты), витаминов и минеральных веществ для женщин в период планирования беременности, во время беременности, в период кормления грудью.

Противопоказания. Индивидуальная непереносимость компонентов продукта; состояния, при которых противопоказаны препараты йода.

Способ применения. По 1 капсуле 1 раз в день во время еды, запивая водой.

Особые указания. Перед применением следует проконсультироваться с врачом. Лицам с заболеваниями щитовидной железы рекомендуется согласовать приём с врачом-эндокринологом.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде.

- Приём «Митеравел плюс» улучшает общее состояние пациенток на ранних сроках гестации¹.

- При пролонгированном приёме «Митеравел плюс» наблюдают низкую частоту анемии после родов и высокую комплаентности².
- Молибден в составе «Митеравел плюс» выполняет важные функции в поддержке здоровья беременной и плода^{3,4}.
- При производстве «Митеравел плюс» используют высококачественный рыбий жир с низкой степенью окисления⁵.

Производитель: Softgel Healthcare Private Ltd. (Индия).

Сертификат GMP

Литература

1. Озолина Л.А., Карий А.С., Беликова А.А., Кузнецов Д.А. Анализ эффективности применения витаминно-минерального комплекса на течение беременности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2023. — №22 (4). — С. 127–135.
2. Тапильская Н.И., Рыжов Ю.Р., Русановский В.В. и др. Оценка комплаентности беременных женщин в отношении пролонгированного приёма витаминно-минерального комплекса // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2021. — №20 (6). — С. 143–147.
3. Громова О.А., Торшин И.Ю. Дефицит докозагексаеновой и эйкозапентаеновой кислот в рационе беременных: связь с врождёнными нарушениями зрения у детей // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2022. — №21 (5). — С. 96–104.
4. Громова О.А., Торшин И.Ю., Тетрашвили Н.Х., Тапильская Н.И. Систематический анализ эффектов молибдена: здоровье беременной и плода // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2019. — №18 (4). — С. 83–94.
5. Рисник Д.В., Коденцова В.М. Докозагексаеновая и эйкозапентаеновая жирные кислоты в питании беременных женщин // Медицинский оппонент. — 2025. — №2 (30). — С. 20–25.

Полижинакс

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Одна капсула вагинальная содержит 35 000 МЕ неомицина, 35 000 МЕ полимиксина В, 100 000 МЕ нистатина¹.

Показания.

- Местное лечение вагинальных инфекций, вызванных чувствительными микроорганизмами: аэробного вагинита, кандидозного вульвовагинита, смешанного вагинита, неспецифического вагинита.
- Предоперационная профилактика инфекционных осложнений при гинекологических вмешательствах, до и после диатермокоагуляции шейки матки, перед внутриматочными диагностическими процедурами, перед родами.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к неомицину, нистатину, полимиксину В и к другим компонентам препарата.
- Одновременное использование препарата с полиуретановыми презервативами (мужскими и женскими) и диафрагмами.
- Аллергические реакции на арахис или сою (из-за наличия в составе соевого масла).

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Данные о применении препарата у беременных и кормящих ограничены,

в связи с чем не рекомендуется назначение препарата при беременности и в период грудного вскармливания.

Применение препарата по назначению врача возможно только в случаях, когда ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода/ребёнка.

Способ применения и дозы. Для вагинального применения. Только для взрослых пациенток. Одна вагинальная капсула вечером перед сном. Капсулу следует вводить глубоко во влагалище в положении лёжа на спине. Курс лечения: 12 дней. Профилактический курс: 6 дней.

При лечении следует соблюдать гигиенические рекомендации (носить хлопчатобумажное нижнее бельё, избегать спринцевания и использования вагинальных тампонов) и, насколько это возможно, устранить факторы, способствующие развитию заболеваний. Лечение партнёра обсуждается в каждом конкретном случае. Не следует прекращать лечение во время менструации.

Лечение совместно с использованием мужских презервативов из латекса и полиизопрена. В случае пропусков одной или нескольких капсул следует продолжить применение препарата в обычной дозировке.

Особые указания.

- Не рекомендуется использовать в сочетании со спермицидами.
- В случае местной непереносимости или аллергической реакции лечение следует прекратить.
- Сенситизация к антибиотику при местном применении может негативно сказаться при последующем системном применении того же антибиотика или других антибиотиков этой группы.
- Не следует превышать рекомендованную в инструкции длительность лечения из-за риска появления резистентных штаммов и суперинфекции.
- В отсутствие данных о степени всасывания неомицина и полимиксина В с поверхности слизистой оболочки нельзя исключать риск системного действия, особенно при почечной недостаточности.
- Препарат содержит соевое масло и может вызывать реакции гиперчувствительности (крапивница, анафилактический шок).

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде.

- «Полижинакс» может быть рекомендован пациенткам для лечения вагинитов различной этиологии, в том числе смешанных, при подготовке к беременности^{2,3}.

- «Полижинакс» благодаря синергии трёх компонентов действует на большинство микроорганизмов, ассоциированных с вагинитами, при этом не влияя на лактобациллы^{4,5}.

Производитель: INNOTHERA CHOUZY (Франция).
Сертификат GMP

Литература

1. ОХЛП «Полижинакс». ЛП-№(007371)-(ПФ-ЛУ)-241024.
2. Bohbot J.M., Goubard A., Aubin F. et al. Comparison of a nystatin-neomycin-polymyxin B combination with miconazole for the empirical treatment of infectious vaginitis: PRISM study // Med. Mal. Infect. — 2019. — Vol. 49. — №3. — P. 194–201. [PMID: 30792037]
3. Радзинский В.Е., Гущин А.Е., Соловьева А.В. и др. Лечение вагинитов различной этиологии: результаты наблюдательного исследования «МИКЪ» // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2024. — №1 (104). — С. 35–42.
4. Савичева А.М., Рыбина Е.В. Оценка действия Полижинакса на микроорганизмы, выделенные из влагалища женщин, в опыте *in vitro* // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2012. — Т. 12. — №4. — С. 104–107.
5. Feuilloy C., Salvaterra S., Escola J. et al. In Vitro Bactericidal Activity of a Neomycin-Polymyxin B-Nystatin Combination Compared to Metronidazole and Clindamycin Against the Main Bacteria Involved in Bacterial Vaginosis and Aerobic Vaginitis // Pharmaceuticals (Basel). — 2025. — Vol. 18. — №3. — P. 340. [PMID: 40143118]

Паджисан

Регистрация. Лекарственное средство.

Состав.

- **Капсулы:** 1 капсула содержит 100 или 200 мг прогестерона (микронизированного)¹.
- **Гель вагинальный:** 1 г геля содержит 90 мг прогестерона (микронизированного); 1 аппликатор (1,125 г) — 90 мг прогестерона².

Показания. Препарат применяют при состояниях, связанных с дефицитом прогестерона.

• **Капсулы.**

— **Перорально:**

- угрожающий аборт или предупреждение привычного аборта;
- бесплодие и уменьшение длительности лютеиновой фазы цикла;
- предменструальный синдром;
- нарушения менструального цикла вследствие нарушения или отсутствия овуляции;
- фиброзно-кистозная мастопатия;
- период менопаузального перехода;
- МГТ в пери- и постменопаузе (в сочетании с эстрогенсодержащими препаратами).

— **Интравагинально:**

- МГТ при нефункционирующих (отсутствующих) яичниках (донорство яйцеклеток);
- профилактика преждевременных родов у женщин из группы риска (с укорочением шейки матки и/или наличием в прошлом данных о преждевременных родах и/или преждевременном разрыве плодных оболочек);
- поддержка лютеиновой фазы во время подготовки к экстракорпоральному оплодотворению.

- нию, а также в спонтанном или индуцированном менструальном цикле;
- преждевременная менопауза;
- МГТ (в сочетании с эстрогенсодержащими препаратами);
- бесплодие вследствие укорочения лютеиновой фазы цикла и недостаточной подготовки эндометрия к прикреплению эмбриона (лютеиновой недостаточности);
- угрожающий аборт или предупреждение привычного аборта.

- **Гель вагинальный:**

- поддержание лютеиновой фазы при проведении ВРТ;
- вторичная аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения, обусловленные дефицитом прогестерона;
- МГТ в постменопаузе (в комбинации с эстрогенсодержащими препаратами).

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.
- Тромбоз глубоких и поверхностных вен, тромбофлебит; тромбоз эмболические нарушения (тромбоз эмболии лёгочной артерии, инфаркт миокарда, инсульт), внутрисерпное кровоизлияние или наличие этих состояний в анамнезе.
- Кровотечения из половых путей неясной этиологии.
- Неполный аборт.
- Порфирия.
- Установленные или подозреваемые злокачественные новообразования молочных желёз или половых органов.
- Период грудного вскармливания.
- Для капсул дополнительно:
 - тяжёлые заболевания печени (холестатическая желтуха, гепатит, синдромы Дубина–Джонсона, Ротора, злокачественные опухоли печени) в настоящее время или в анамнезе;
 - возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены).
- Для геля дополнительно: применение во II–III триместре беременности.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. При беременности препарат можно назначать (интравагинально для капсул или гель в I триместре при ВРТ). В период лактации применение противопоказано.

Способ применения.

- **Капсулы.**
 - Перорально, запивая водой, вечером перед сном и при необходимости утром.

- Рекомендуемая суточная доза — 200–300 мг, разделённые на два приёма.
- В случае угрожающего аборта или в целях предупреждения привычного аборта вследствие недостаточности прогестерона — 200–600 мг в сутки ежедневно в I и II триместрах беременности.
- При недостаточности лютеиновой фазы — 200 или 400 мг в течение 10 дней (обычно с 17-го по 26-й день цикла).
- При МГТ в перименопаузе на фоне приёма эстрогенов — 200 мг в день в течение 12 дней.
- При МГТ в постменопаузе в непрерывном режиме — 100–200 мг с 1-го дня приёма эстрогенов.
- **Интравагинальный путь введения** (глубоко во влагалище).
 - Абсолютный дефицит прогестерона у женщин с нефункционирующими (отсутствующими) яичниками (донорство яйцеклеток) на фоне терапии эстрогенами — 100 мг в сутки на 13-й и 14-й дни цикла, затем 100 мг 2 раза в сутки с 15-го по 25-й день цикла. С 26-го дня в случае беременности доза возрастает на 100 мг в сутки каждую неделю, достигая максимума 600 мг в сутки, разделённых на три приёма. Такая доза может использоваться на протяжении 60 дней.
 - Предупреждение (профилактика) преждевременных родов у женщин из группы риска (с укорочением шейки матки и/или наличием анамнестических данных преждевременных родов и/или преждевременного разрыва плодных оболочек) — 200 мг перед сном, с 22-й по 34-ю неделю беременности.
 - Поддержка лютеиновой фазы во время проведения цикла экстракорпорального оплодотворения — от 200 до 600 мг в сутки начиная со дня инъекции хорионического гонадотропина в течение I и II триместра беременности.
 - Поддержка лютеиновой фазы в спонтанном или индуцированном менструальном цикле, при бесплодии, связанном с нарушением функции жёлтого тела, — 200–300 мг в сутки начиная с 17-го дня цикла на протяжении 10 дней, в случае задержки менструации и беременности лечение должно быть продолжено.
 - В случае угрожающего аборта или в целях предупреждения привычного аборта —

200–400 мг в сутки в два приёма ежедневно в I и II триместрах беременности.

- **Гель вагинальный.** Вводят интравагинально с помощью однократового аппликатора.
 - Для поддержания лютеиновой фазы при проведении ВРТ начиная со дня переноса эмбриона рекомендуемая доза — ежедневно 1,125 г геля. При наступлении беременности — продолжать в течение 12 нед или в течение 10–12 нед со дня подтверждения беременности.
 - Вторичная аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения — 1,125 г геля через день с 15-го по 25-й день цикла.
 - МГТ в постменопаузе (с эстрогенсодержащими препаратами) — 1,125 г 2 раза в неделю.

Особые указания. См. общие характеристики лекарственного препарата^{1,2}.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде.

- Микронизированный прогестерон способствует улучшению имплантации эмбриона и созданию условий для формирования плаценты, поддерживает плацентарный кровоток и благоприятствует физиологическому развитию плода³.
- Включение микронизированного прогестерона в комплекс терапии угрозы прерывания беременности способствовало её донашиванию⁴.
- Перенос криоконсервированных эмбрионов на фоне циклической гормональной терапии значительно повышает эффективность ЭКО и снижает риски осложнений беременности по сравнению со свежими переносами в стимулированном цикле⁵.

Производитель: SUN Pharmaceutical Industries Ltd. (Индия).

Сертификат GMP

Литература

1. ОХЛП «Праджисан», капсулы, ЛП-№(006129)-(PF-RU)-040724.
2. ОХЛП «Праджисан», гель вагинальный, ЛП-№(003206)-(PF-RU)-180923.
3. Громова О.А., Торшин И.Ю., Тетраушвили Н.К., Лиманова О.А. Систематический анализ экспериментальной и клинической фармакологии препаратов микронизированного прогестерона // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2021. — Т. 20. — №4. — С. 93–105.
4. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Победилская О.С., Зыков Е.В. Прогестерон и репродуктивные потери // Акушерство и гинекология. — 2017. — №8. — С. 109–114.
5. Кравцова Е.И., Куценко И.И., Лукошкина И.Н., Холина Л.А. Репродуктивные и перинатальные исходы рутинных циклов экстракорпорального оплодотворения с криоконсервированными эмбрионами на фоне циклической гормональной терапии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2025. — Т. 24. — №4. — С. 68–73.

520 мкг, йод 150 мкг, витамин В₂ 1 мг, селен 55 мкг, экстракт витекса священного 40 мг.

Показания. В качестве дополнительного источника L-аргинина, витаминов В₂, В₆, С, Е, фолиевой кислоты, макро- и микроэлементов (магния, селена, цинка, йода), иридоидов.

Противопоказания.

- Индивидуальная непереносимость компонентов.
- Беременность.
- Кормление грудью.
- Нарушения углеводного обмена (в том числе сахарный диабет).
- Состояния, при которых противопоказаны препараты йода.

Способ применения. Женщинам 1 раз в день во время еды, растворив содержащее 1 саше-пакетика в стакане (200–250 мл) воды. Продолжительность — 1 мес.

Особые указания. По рекомендации врача курс приёма может быть продлён до наступления беременности.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде.

- Включение «Прегнотона» в комплексную прегравидарную подготовку пациенток с тонким эндометрием в программах ВРТ позволяет улучшить результаты ЭКО и переноса эмбрионов¹.
- Использование витаминно-минерального комплекса «Прегнотон» способствует восстановлению менструального цикла у пациенток с функциональной гиперпролактинемией².
- Использование «Прегнотона» оказывает положительное влияние на микронутриентный статус и репродуктивное здоровье женщин³.

Производитель: ООО «ВТФ», ООО «Биосфера», ООО «РУБИН» (Россия) по заказу АО «АКВИОН».

Сертификат GMP

Литература

1. Серебрянникова К.Г., Кузнецова Е.П., Ванке Е.С. и др. Прегравидарная подготовка у пациенток с тонким эндометрием в программах вспомогательных репродуктивных технологий // Акушерство и гинекология. — 2017. — Т. 13. — С. 139–146.
2. Манушина Е.И., Ислам А.А. Опыт применения витаминно-минерального комплекса в восстановлении менструального цикла у пациенток с функциональной гиперпролактинемией // Акушерство и гинекология. — 2020. — Т. 2. — С. 169–173.
3. Мингареева К.Н., Ханнанова Г.Р. Микронутриентная недостаточность у молодых женщин с нарушениями менструальной функции и эффективность её коррекции // Акушерство и гинекология. — 2026. — Т. 3. — С. 174–183.

Прегнотон

Регистрация. Биологически активная добавка к пище.

Состав. Один саше-пакет содержит L-аргинин 915 мг, витамин С 90 мг, магний 80 мг, витамин Е 15 мг, цинк 12 мг, витамин В₆ 2 мг, фолиевую кислоту

Синергин

Регистрация. Биологически активная добавка к пище.

Состав. Две капсулы содержат коэнзим Q10 45 мг, ликопин 5 мг, рутин 30 мг, β-каротин 5 мг, витамин С 180 мг, витамин Е 15 мг.

Показания. В качестве биологически активной добавки к пище — дополнительного источника витаминов С, Е, β-каротина, источника убихинона, ликопина, рутина.

Противопоказания. Индивидуальная непереносимость компонентов продукта.

Способ применения. Взрослым по 2 капсулы 1 раз в день во время еды. Продолжительность приёма — 1–3 мес. При необходимости курс приёма можно повторить. Перед применением нужно проконсультироваться с врачом.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде. «Синергин» в составе комплексной антиоксидантной терапии оказывает выраженное влияние на показатели спермограммы, интенсивность оксидативного стресса и индекс фрагментации ДНК сперматозоидов^{1,2}.

Производитель: ООО «ВТФ», ООО «Биосфера» (Россия) по заказу АО «АКВИОН».

Сертификат GMP

Литература

1. Попова А.Ю., Гамидов С.И., Овчинников Р.И., Гасанов Н.Г. Влияние комплексов Сперотон и Синергин на показатели окислительного стресса эякулята у пациентов, готовящихся к программам вспомогательных репродуктивных технологий // Эффективная фармакотерапия. — 2019. — №1. — С. 10–14.

2. Гамидов С.И., Попова А.Ю., Шатылко Т.В., Бисюев Т.Б. Оценка кумулятивной эффективности совместного назначения препаратов «Сперотон» и «Синергин» у пациентов с мужским бесплодием // Андрология и генитальная хирургия. — 2024. — Т. 25. — С. 104–112.

Сорбифер Дурулес

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Одна таблетка содержит 320 мг железа сульфата (эквивалентно 100 мг Fe^{2+}), 60 мг аскорбиновой кислоты¹.

Показания. Профилактика и лечение железодефицитной анемии взрослых и детей с 12 лет.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.
- Патологические процессы, сопровождающиеся повышенным отложением железа (например, гемохроматоз, гемосидероз).
- Регулярно проводимые переливания крови.
- Другие виды анемии, не связанные с дефицитом железа (апластическая, гемолитическая анемия, талассемия, мегалобластная анемия) или обусловленные нарушением утилизации железа (сидероахрестическая анемия, анемия, вызванная отравлением свинцом).
- Стеноз пищевода, кишечная непроходимость и/или обструктивные изменения ЖКТ, острые кровотечения из ЖКТ.

- Совместное использование с парентеральными препаратами железа.

- Состояния, связанные с аскорбиновой кислотой: гипероксалурия, оксалатные камни в почках.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Препарат разрешён к применению при беременности и при лактации.

Способ применения.

- Профилактика — 1 таблетка/сут через день 3–4 мес в год для поддержания нормального уровня ферритина 40–60 нг/мл.
- Латентный дефицит железа — 1 таблетка/сут не менее 3 мес до достижения уровня ферритина 40–60 нг/мл.
- Железодефицитная анемия — 1 таблетка 1–2 раза в день до восстановления нормального уровня гемоглобина, затем не менее 3 мес до достижения уровня ферритина 40–60 нг/мл.

Особые указания.

- Таблетку нельзя делить, разжёвывать, держать во рту или рассасывать. Таблетку следует проглотить целиком и запить водой. Таблетки можно принимать до еды или во время еды в зависимости от индивидуальной переносимости ЖКТ. Нельзя принимать таблетки в положении лёжа.
- Назначать с осторожностью при нижеследующих состояниях.
 - Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, воспалительные заболевания кишечника (энтерит, дивертикулит, язвенный колит, болезнь Крона).
 - Пожилой возраст.
 - Заболевания печени, почек, острые инфекционно-воспалительные процессы.
- Необходимо учитывать официальные местные руководства относительно подходящего использования железосодержащих лекарственных средств для лечения и профилактики анемии, связанной с дефицитом железа.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде.

- Железа сульфат облегчает течение железодефицитной анемии у пациенток на любом сроке беременности при низком риске нежелательных явлений^{2,3}.
- Железа сульфат купирует анемию у пациенток с аномальными маточными кровотечениями, ассоциированными с гиперплазией эндометрия⁴.
- Железа сульфат минимизирует постгеморрагический дефицит железа у пациенток с субмукозной миомой матки после эмболизации маточных артерий⁵.

Производитель: ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС» (Венгрия).
Сертификат GMP

Литература

- ОХЛП «Сорбифер Дурулес». ЛП-№(00080)-(РГ-РУ)-090425.
- Шапошникова Е.В., Базина М.И., Долгих Д.Д. и др. Железодифицитная анемия и беременность: возможности терапии // Медицинский совет. — 2025. — Т. 19. — №17. — С. 10–17.
- Шапошникова Е.В., Базина М.И., Долгих Д.Д. и др. Эффективность и безопасность препаратов железа в лечении анемии беременных // Медицинский совет. — 2025. — Т. 20. — №5. — С. 72–78.
- Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Яхонтова М.А. и др. Современные возможности лечения железодифицитной анемии у пациенток с аномальными маточными кровотечениями // Медицинский алфавит. — 2023. — №3. — С. 26–29.
- Доброхотова Ю. Э., Каранашева А. Х. Антианемическая терапия у больных с субмукозной миомой матки после эмболизации маточных артерий // Лечебное дело. — 2021. — №4. — С. 52–56.

2000001707692 от 10.08.2026

Сперотон

Регистрация. Биологически активная добавка.

Состав. Одно саше (5 г) содержит 750 мг L-карнитина, 21 мг цинка, 30 мг витамина Е, 400 мкг фолиевой кислоты, 70 мкг селена.

Показания. В качестве источника L-карнитина, витамина Е, фолиевой кислоты и микроэлементов (цинка, селена) для мужчин при планировании зачатия, а также в комплексной терапии мужского бесплодия.

Противопоказания. Индивидуальная непереносимость компонентов, нарушения углеводного обмена.

Способ применения. Внутрь 1 раз в день во время еды, растворив содержимое саше в 200–300 мл воды. Продолжительность приёма 1 мес. При необходимости приём можно повторить.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде.

- При использовании комплекса «Сперотон» мужчинами с патоспермией возрастает вероятность наступления беременности у их партнёрш¹.
- Приём «Сперотона» у мужчин с идиопатической патозооспермией повышает шансы на успех ВРТ².
- Включение комплекса «Сперотон» в схему лечения мужчин с варикоцеле позволяет добиться улучшения параметров спермограммы³.

Изготовитель: ООО «ВТФ», ООО «Биосфера», ООО «РУБИН» (Россия) по заказу АО «АКВИОН».

Сертификат GMP

Литература

- Кузьменко А.В., Кузьменко В.В., Гяргиев Т.А. Роль L-карнитина, фолиевой кислоты, а также антиоксидантов в комплексной терапии мужского бесплодия // Проблемы репродукции. — 2018. — №24 (5). — С. 101–105.
- Попова А.Ю., Гамидов С.И., Овчинников Р.И., Гасанов Н.Г. Влияние комплекса Сперотон и Синергин на показатели окислительного стресса эякулята у пациентов, готовящихся к программам вспомогательных репродуктивных технологий // Эффективная фармакотерапия. — 2019. — Т. 15. — №1. — С. 10–14.
- Повелца Э.А., Леанович В.Е., Доста Н.И. и др. Послеоперационное применение комплекса «Сперотон» в комбинированном лечении олигоастоспермии на фоне варикоцеле // Андрология и генитальная хирургия. — 2020. — Т. 21. — №2. — С. 64–69.

Суперлимф

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Один суппозиторий (ректальный или вагинальный) содержит 10 или 25 ЕД белково-пептидного комплекса из лейкоцитов крови свиней¹.

Показания.

- Герпетические заболевания урогенитального тракта, в том числе осложнённые бактериальной и другими вирусными инфекциями (в комплексном лечении).
- Хронический рецидивирующий неосложнённый цистит для удлинения периода ремиссии (в комплексном лечении).

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.
- Температура тела выше 38 °С.
- Тяжёлые аллергические реакции в анамнезе.
- Злокачественные новообразования в активной стадии.
- Период грудного вскармливания.
- Возраст до 18 лет (в связи с отсутствием данных об эффективности и безопасности).

Применение при беременности и в период грудного вскармливания.

- Применение при беременности возможно после консультации врача.
- В связи с отсутствием данных о проникновении препарата в грудное молоко назначение препарата в период грудного вскармливания противопоказано.

Способ применения.

Лечение вирусной инфекции в стадии обострения: препарат применяют интравагинально или ректально, при необходимости чередуя способ введения, по 1 суппозиторию 1 раз/сут (25 ЕД) или 2 раза/сут (10 ЕД) утром и вечером. Длительность курса — от 10 до 20 дней.

Профилактика рецидива вирусной инфекции: препарат применяют по 1 суппозиторию (10 ЕД) 1 раз/сут в течение 10 дней.

С целью профилактики возможных рецидивов допускаются повторные курсы последовательно или через 1–2 мес.

Комплексная терапия хронического рецидивирующего неосложнённого цистита для удлинения периода ремиссии: препарат применяют ректально по 1 суппозиторию (25 ЕД) 1 раз/сут в течение 10 дней. Курс терапии препаратом начинают одновременно с антибактериальной и симптоматической терапией.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде.

- Комплексная терапия с включением препарата «Суперлимф» повышает частоту наступления беременности и живорождений у пациенток с бесплодием на фоне хронического эндометрита, в том числе в программах ВРТ^{2,3}.
- Добавление «Суперлимфа» к антибактериальной терапии повышает элиминацию микроорганизмов из полости матки при хроническом эндометрите до 84%⁴.
- Включение «Суперлимфа» в комплексное лечение способствует восстановлению структуры и кровоснабжения эндометрия у пациенток с хроническим эндометритом⁴⁻⁶.
- У пациенток с тонким эндометрием включение «Суперлимфа» в комплексное лечение увеличивает толщину эндометрия и улучшает его рецептивность⁷.

Производитель: ООО «Альтфарм» (Россия) по заказу ООО «Центр иммунотерапии «Иммунохелп».

Сертификат GMP

Литература

1. Дикке Г.Б., Суханов А.А., Остроменский В.В., Кукарская И.И. Течение и исходы беременности у пациенток с хроническим эндометритом и нарушением репродуктивной функции, получающих комплексное лечение с использованием препарата «Суперлимф» (рандомизированное контролируемое испытание в параллельных группах «ТЮЛЫАН») // Акушерство и гинекология. — 2023. — №4. — С. 132–144.
2. Суханов А.А., Дикке Г.Б., Остроменский В.В., Кукарская И.И., Шилова Н.В. Течение и исходы беременности, наступившей в результате экстракорпорального оплодотворения, у пациенток с хроническим эндометритом, получавших комплексное лечение с использованием препарата «Суперлимф» на прегравидарном этапе (рандомизированное контролируемое испытание «ТЮЛЫАН 2») // Акушерство и гинекология. — 2023. — №4. — С. 123–134.
3. Тобилова И.И., Тобилова Г.Х., Савичева А.М. и др. Эффективность локальной цитокинотерапии хронического эндометрита пациенток с бесплодием // Акушерство и гинекология. — 2022. — №2. — С. 91–100.
4. Тобилова Г.Х., Траль Т.Г., Кахиани М.И. Восстановление сосудистого компонента эндометрия при хроническом эндометрите // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2026. — №25 (1). — С. 43–51.
5. Тобилова Г.Х., Траль Т.Г., Кахиани М.И. Возможности коррекции рецепторного профиля эндометрия при хроническом эндометрите // Акушерство и гинекология. — 2024. — №10. — С. 121–128.
6. Озерская И.А., Порховатый С.Я., Казарян Г.Г., Ожогина Е.В. Влияние цитокинотерапии на гемодинамику матки при лечении хронического эндометрита // Акушерство и гинекология. — 2024. — №11. — С. 128–136.
7. Краченко Е.Н., Новикова Е.Л., Сабитова Н.Л., Лисица Е.В. Оценка эффективности комплексного лечения хронического эндометрита с исходом в тонкий эндометрий у пациенток с нарушением репродуктивной функции // Акушерство и гинекология. — 2025. — №4. — С. 138–144.
8. ОХЛП «Суперлимф». ЛП-№(004385)-(РГ-РУ).

Утрожестан

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав.

Капсулы вагинальные. Одна вагинальная капсула содержит 300 или 400 мг прогестерона¹.

Капсулы для приёма внутрь и интравагинально. Одна капсула содержит 100 или 200 мг прогестерона².

Показания. Прогестерондефицитные состояния у женщин.

Пероральное применение.

- Угрожающий аборт или предупреждение привычного аборта вследствие недостаточности прогестерона.

- Бесплодие вследствие лютеиновой недостаточности.
- Предменструальный синдром.
- Нарушения менструального цикла вследствие нарушения овуляции или ановуляции.
- Фиброзно-кистозная мастопатия.
- Период менопаузального перехода.
- Менопаузальная заместительная гормональная терапия (МГТ) в пери- и постменопаузе (в сочетании с эстрогенсодержащими препаратами).

Интравагинальное применение.

- МГТ в случае дефицита прогестерона при нефункционирующих (отсутствующих) яичниках (донорство яйцеклеток).
- Предупреждение (профилактика) преждевременных родов у женщин из группы риска (с угрожением шейки матки и/или наличием анамнестических данных о преждевременных родах и/или преждевременном разрыве плодных оболочек).
- Поддержка лютеиновой фазы при подготовке к ЭКО.
- Поддержка лютеиновой фазы в спонтанном или индуцированном менструальном цикле.
- Преждевременная менопауза.
- МГТ (в сочетании с эстрогенсодержащими препаратами).
- Бесплодие вследствие лютеиновой недостаточности.
- Угрожающий аборт или предупреждение привычного аборта вследствие недостаточности прогестерона.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к прогестерону или любому из вспомогательных веществ препарата.
- Тромбоз глубоких вен, тромбофлебит.
- Тромбоэмболические нарушения (ТЭЛА, инфаркт миокарда, инсульт), внутрисерпное кровоизлияние или наличие данных состояний/заболеваний в анамнезе.
- Кровотечения из влагалища неясного генеза.
- Неполный аборт.
- Порфирия.
- Установленные или подозреваемые злокачественные новообразования молочной железы и половых органов.
- Тяжёлые заболевания печени (в том числе холестатическая желтуха, гепатит, синдромы Дубина–Джонсона, Ротора, злокачественные опухоли печени) в настоящее время или в анамнезе.
- Возраст до 18 лет.
- Период грудного вскармливания.

С осторожностью. Заболевания сердечно-сосудистой системы, артериальная гипертензия, хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет, бронхиальная астма, эпилепсия, мигрень, депрессия, гиперлиппротеинемия, нарушения функции печени лёгкой и средней степени тяжести, фоточувствительность.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Препарат следует применять с осторожностью во II и III триместрах беременности из-за риска развития холестаза.

Прогестерон проникает в грудное молоко, поэтому применение препарата противопоказано в период грудного вскармливания.

Способ применения. Продолжительность приёма определяется особенностями заболевания.

Перорально.

- Препарат принимают внутрь вечером перед сном, запивая водой.
- В большинстве случаев при недостаточности прогестерона суточная доза препарата составляет 200–300 мг, разделённые на два приёма (200 мг вечером перед сном и 100 мг утром при необходимости).
- При угрожающем аборте или для предупреждения привычного аборта вследствие недостаточности прогестерона: 200–600 мг в сутки ежедневно в I и II триместрах беременности. Дальнейшее применение возможно по назначению лечащего врача на основании оценки клинических данных беременной.
- При недостаточности лютеиновой фазы (предменструальный синдром, фиброзно-кистозная мастопатия, дисменорея, период менопаузального перехода) суточная доза составляет 200 или 400 мг, принимаемых в течение 10 дней (обычно с 17-го по 26-й день цикла).

Интравагинально.

- Профилактика преждевременных родов у женщин из группы риска (с укорочением шейки матки и/или наличием анамnestических данных о преждевременных родах и/или преждевременном разрыве плодных оболочек): обычная доза составляет 200 мг перед сном (с 22-й по 34-ю неделю беременности).
- Полное отсутствие прогестерона у женщин с нефункционирующими (отсутствующими) яичниками (донорство яйцеклеток): на фоне терапии эстрогенами по 100 мг в сутки на 13-й и 14-й дни цикла, затем по 100 мг в сутки с 15-го по 25-й день цикла; с 26-го дня и в случае определения беременности доза возрастает на 100 мг в сутки каждую неделю до 600 мг, разделённых

на три приёма (указанная доза может применяться 60 дней).

- Поддержка лютеиновой фазы во время проведения цикла ЭКО: рекомендуется применять от 200 до 600 мг в сутки, начиная со дня инъекции ХГЧ, в течение I и II триместров беременности.
- Поддержка лютеиновой фазы в спонтанном или индуцированном менструальном цикле при бесплодии, связанном с нарушением функции жёлтого тела: рекомендуется применять 200–300 мг в сутки, начиная с 17-го дня цикла, на протяжении 10 дней. В случае задержки менструации и диагностики беременности лечение должно быть продолжено.
- В случаях угрожающего аборта или в целях предупреждения привычного аборта, возникающих на фоне недостаточности прогестерона: 200–400 мг в сутки в два приёма ежедневно в I и II триместрах беременности.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде. При привычном невынашивании микроинизированный прогестерон, назначенный в прегравидарном периоде (с последующим продолжением терапии во время гестации), снижает риск прерывания беременности более эффективно, чем при старте терапии в I триместре гестации^{3–7}.

Производитель: «Синдеа Фарма СЛ» (Испания) по заказу «Безен Хелскеа СА» (Бельгия), ООО «Безен Мануфэкчуринг Рус» (Россия).

Сертификат GMP

Литература

1. ОХЛП «Утрожестан» капсулы вагинальные 300, 400 мг ЛП-№=(011083)-(РФ-РУ) от 25.07.2025.
2. ОХЛП «Утрожестан» капсулы 100, 200 мг ЛП-№=(005733)-(РФ-РУ) от 18.02.2025.
3. Савельева Г.М., Аксененко В.А., Андреева М.Д. и др. Терапия привычного выкидыша микроинизированным прогестероном (результаты многоцентрового исследования ТРИСТАН-1) // Акушерство и гинекология. — 2017. — №11. — С. 44–55.
4. Stephenson M.D., McQueen D., Winter M., Kliman H.J. Luteal start vaginal micronized progesterone improves pregnancy success in women with recurrent pregnancy loss // Fertil. Steril. — 2017. — Mar. — Vol. 107. — №3. — P. 684–690.e2. [PMID: 28081870]
5. Comarasamy A., Devall A.J., Brosens J.J. et al. Micronized vaginal progesterone to prevent miscarriage: a critical evaluation of randomized evidence // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2020. — Vol. 5000-9378. — №19. — P. 32762–32770. [PMID: 32008730]
6. Comarasamy A., Williams H., Truchanowicz E. et al. A randomized trial of progesterone in women with recurrent miscarriages // N. Engl. J. Med. — 2015. — Vol. 373. — №22. — P. 2141–2148. [PMID: 26605928]
7. Comarasamy A., Devall A.J., Cheed V. et al. A randomized trial of progesterone in women with bleeding in early pregnancy // N. Engl. J. Med. — 2019. — Vol. 380. — №19. — P. 1815–1824. [PMID: 31067371]

Фемиброн 1

Регистрация. Биологически активная добавка.

Состав. Одна таблетка содержит 55 мг витамина С, 4,8 мг витамина Е, 10 мкг витамина D₃, 1,4 мг витамина В₁, 1,4 мг витамина В₂, 12 мг витамина В₃, 6 мг витамина В₅, 1,9 мг витамина В₆, 400 мкг фолатов (в том числе 200 мкг фолиевой кислоты, 208 мкг L-метилфолата кальция [метафолина]), 4,5 мкг ви-

тамина В₁₂, 40 мкг биотина, 130 мг холина, 150 мкг йода, 10 мг железа, 26 мкг селена.

Показания. В качестве дополнительного источника витаминов С, Е, D₃, В₁, В₂, В₃, В₆, В₁₂, фолатов, биотина, холина, йода, железа, селена при планировании беременности и в I триместре гестации.

Противопоказания. Индивидуальная непереносимость компонентов.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Рекомендован к применению при беременности.

Способ применения. По 1 таблетке в день во время еды.

Особые указания.

- Не превышать рекомендуемую суточную дозу.
- Женщинам с заболеваниями щитовидной железы и/или принимающим препараты йода перед использованием необходимо проконсультироваться с врачом-эндокринологом.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде.

- Использование витаминно-минерального комплекса в прегравидарном периоде эффективно предотвращает возникновение ДНТ и других врождённых пороков развития¹.
- Обеспечение достаточного уровня холина у беременных приводит к значимому снижению риска ДНТ и осложнений беременности²⁻⁴.
- Метафолин в составе «Фемибиа» снижает частоту акушерских и перинатальных осложнений при риске невынашивания беременности у женщин с полиморфизмами генов фолатного цикла⁵.
- По сравнению с фолиевой кислотой L-метилфолат позволяет быстрее достичь высокой концентрации значений фолатов в плазме крови⁶.
- Приём холина во время беременности снижает риски осложнений и улучшает нейрокогнитивное развитие ребёнка⁷.

Производитель: P&G Health Germany GmbH (Германия).

Сертификат GMP

Литература

1. Czeizel A.E., Dudás I. Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation // *N. Engl. J. Med.* — 1992. — Vol. 327. — P. 1832–1835. [PMID: 1307234]
2. Derbyshire E.J. Choline in Pregnancy and Lactation: Essential Knowledge for Clinical Practice // *Nutrients.* — 2025. — Vol. 17. — P. 1558. [PMID: 40362867]
3. Obied R., Derbyshire E., Schön C. Association between Maternal Choline, Fetal Brain Development, and Child Neurocognition: Systematic Review and Meta-Analysis of Human Studies // *Adv. Nutr.* — 2022. — Vol. 13. — P. 2445–2457. [PMID: 36041182]
4. Shaw G.M., Finnell R.H., Blom H.J. et al. Choline and risk of neural tube defects in a folate-fortified population // *Epidemiology.* — 2009. — Vol. 20. — P. 714–719. [PMID: 19593156]
5. Курмачева Н.А., Харитонов О.М., Вержникова Е.В. Акушерские и перинатальные аспекты выбора фолатосодержащих препаратов при невынашивании беременности // *Гинекология.* — 2016. — Т. 18. — №6. — С. 51–55.
6. Prinz-Langenohl R. et al. [6S]-5-methyltetrahydrofolate increases plasma folate more effectively than folic acid in women with the homozygous or wild-type 677C→T polymorphism of methylenetetrahydrofolate reductase // *Br. J. Pharmacol.* — 2009. — Vol. 158. — P. 108. — P. 20142021. [PMID: 19917061]
7. Fauzan R., Sulastri D. Choline in pregnancy safeguarding maternal health and minimizing fetal and neonatal anomalies: a systematic review // *Nutrire.* — 2026. — Vol. 51. — P. 21.

Феросомал

Регистрация. Биологически активная добавка.

Состав. Один стик-пакет содержит 30 мг липосомального железа, 80 мг витамина С и 2,5 мкг витамина В₁₂.

Показания. В качестве дополнительного источника железа, витаминов С и В₁₂ для женщин.

Противопоказания. Индивидуальная непереносимость компонентов, фенилкетонурия.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Беременным и кормящим принимать по назначению и под наблюдением врача.

Способ применения. Женщинам (в т.ч. планирующим беременность, беременным, кормящим грудью, донорам крови) по 1 стик-пакету 1 раз в день во время еды. Содержимое стика высыпать на язык и рассасывать до полного растворения. Не требует запивания водой. При необходимости можно запить водой. Продолжительность приёма 30 сут. При необходимости приём можно повторить.

Особые указания. Не превышать рекомендуемую суточную дозу.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде.

- Использование липосомального пиррофосфата железа обеспечивает повышение уровня гемоглобина у пациенток репродуктивного возраста с ЖДА, демонстрируя устойчивый рост гемоглобина практически на 20 г/л в течение 12-недельного курса терапии — в среднем примерно на 1,25 г/л в неделю¹.
- Липосомальный пиррофосфат железа продемонстрировал благоприятный профиль переносимости при длительном применении у беременных².

Производитель: ALKALOID AD Skopje (Северная Македония).

Сертификат GMP

Литература

1. Hussain U., Zia K., Iqbal R. et al. Efficacy of a Novel Food Supplement (Ferro®) Containing Microencapsulated Iron in Liposomal Form in Female Iron Deficiency Anemia // *Cureus.* — 2019. — Vol. 11. — P. 11. — P. 4603. [PMID: 31309026]
2. Vitale S.G., Fiore M., La Rosa V.L. et al. Liposomal ferric pyrophosphate and ascorbic acid supplementation in pregnant women with iron deficiency anaemia: haematochemical, obstetric, neonatal and psychological outcomes in a prospective observational study // *Int. J. Food. Sci. Nutr.* — 2022. — Vol. 73. — P. 221–229. [PMID: 34238093].

Ферретаб

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Одна капсула содержит 163,56 мг железа фумарата (эквивалентно 152,1 мг сухого вещества, эквивалентно 50 мг железа), 0,54 мг фолиевой кислоты (эквивалентно 0,5 мг сухого вещества).

Показания. Лечение скрытого дефицита железа и железодефицитной анемии, сочетанного с дефицитом фолиевой кислоты, в том числе в период беременности.

Противопоказания.

- Гиперчувствительность к компонентам препарата.
- Заболевания, сопровождающиеся накоплением железа в организме: гемохроматоз, гемосидероз, хронический гемолиз.
- Нарушения усвоения железа: сидероахрестическая анемия, талассемия, свинцовая анемия.
- Гемоглобинопатии, гемолитическая анемия, апластическая анемия, пернициозная анемия, анемия, не вызванная дефицитом железа и фолиевой кислоты.
- Расстройства желудочно-кишечного тракта.
- Пациенты с редкими наследственными проблемами непереносимости галактозы, недостаточности лактазы или мальабсорбции.
- Детский и подростковый период до 18 лет.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Возможно применение препарата при беременности и в период грудного вскармливания при наличии показаний.

Способ применения. Капсулы принимают, не разжёвывая, примерно за 30 мин до завтрака или другого приёма пищи, запивая достаточным количеством воды.

Дозы. Принимают внутрь по 1 капсуле в день натощак, обильно запивая жидкостью. При выраженном недостатке железа или фолиевой кислоты нужно увеличить дозу до 2–3 капсул в сутки.

Продолжительность применения. При нормализации гематологических показателей (уровня железа в сыворотке крови и гемоглобина) рекомендуется продолжать приём препарата по 1 капсуле в день в течение 4 нед.

Особые указания. Назначение препарата происходит после соответствующего обследования и установления причины возникновения анемии согласно рекомендации врача. При применении лекарственного препарата возможно более тёмное окрашивание кала. На фоне применения лекарственного препарата может быть получен ложноположительный результат обнаружения скрытой крови в кале. Следует прекратить приём препарата за несколько дней до проведения данного исследования¹.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде.

- Комплекс «Ферретаб» показан для восстановления уровня гемоглобина и запасов железа у пациенток с железодефицитными состояниями².

- Препарат «Ферретаб» эффективен в коррекции железодефицитных состояний у пациенток, страдающих аномальными маточными кровотечениями, в том числе обильными менструальными кровотечениями^{3,4}.

Производитель: G.L. PHARMA, GmbH (Австрия).
Сертификат GMP

Литература

1. Инструкция к медицинскому применению П N013723/01. — URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=10aad2ee-b876-4406-b44a-3257da1262ae.
2. Торшин И.Ю., Громова О.А., Лиманова О.А. и др. Метаанализ клинических исследований по применению фумарата железа с целью профилактики и терапии железодефицитной анемии у беременных // Гинекология. — 2015. — №17 (5). — С. 24–31.
3. Савельева И.В., Насова Н.В., Бурдурова Е.А. и др. Коррекция железодефицитных состояний у пациенток репродуктивного возраста с хроническим с аномальными маточными кровотечениями // Акушерство и гинекология. — 2023. — Т. 1. — С. 93–98.
4. Кузнецова И.В., Бершвили М.В. Латентный дефицит железа и железодефицитная анемия у женщин с обильными менструациями // Women's Clinic. — 2022. — №3. — С. 29–37.

Элевит Инозит Дуо

Регистрация. Биологически активная добавка.

Состав. Одна капсула содержит 1000 мг инозита (975,61 мг в форме МИ и 25,6 мг в форме D-ХИ — соотношение 40:1), 508 мкг магнафолата в форме кальция L-метилфолата (400 мкг в пересчёте на фолиевую кислоту), 2,25 мг витамина В₁, 3 мг витамина В₆, 4,50 мкг витамина В₁₂.

Показания. В качестве дополнительного источника инозита, фолиевой кислоты, витаминов В₁, В₆, В₁₂ при планировании беременности и в I триместре гестации.

Противопоказания. Индивидуальная непереносимость компонентов.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Рекомендован к применению при беременности.

Способ применения. По 2 капсулы в день во время еды.

Особые указания. Не превышать рекомендуемую суточную дозу.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде.

- Комбинация МИ и D-ХИ в соотношении 40:1 у женщин с СПКЯ и ожирением обеспечивает улучшение метаболических и гормональных показателей¹.
- Приём добавок с МИ и D-ХИ в соотношении 40:1 улучшает метаболический и гормональный профиль пациенток с СПКЯ при фенотипе А².
- Приём магнафолата способствует быстрому улучшению фолатного статуса у женщин с дефицитом фолатов³.

Производитель: ООО «ВТФ» (Россия).
Сертификат GMP

1. Benelli E., Del Ghianda S., Di Cosmo C. et al. A Combined Therapy with Myo-Inositol and D-Chiro-Inositol Improves Endocrine Parameters and Insulin Resistance in PCOS Young Overweight Women // *Int. J. Endocrinol.* — 2016. — Vol. 2016. — P. 3204083. [PMID: 27493564]
2. Pustotina O., Myers S.H., Unfer V., Rasulova I. The Effects of Myo-Inositol and D-Chiro-Inositol in a Ratio 40:1 on Hormonal and Metabolic Profile in Women with Polycystic Ovary Syndrome Classified as Phenotype A by the Rotterdam Criteria and EMS-Type 1 by the EGOI Criteria // *Gynecol. Obstet. Invest.* — 2024. — Vol. 89. — №2. — P. 131–139. [PMID: 38295772]
3. Gu R., Ding Q. Rapid Improvement with Crystal Form C of L-5-Methyltetrahydrofolate Calcium Salt in Maternal Women with Folate Deficiency: A Pilot Study // *J. Gynecol. Obstet. Mother Health.* — 2024. — Vol. 2. — №6. — P. 1–4.

Энтеролактис Дуо

Регистрация. Биологически активная добавка.

Состав. Одно саше содержит не менее 8 млрд *Lacti-caseibacillus paracasei* DG 11572 DSM 34154, 4 г инулина.

Показания. В качестве источника пробиотических лактобактерий и пребиотика инулина.

Противопоказания. Индивидуальная непереносимость компонентов.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Можно использовать при беременности и лактации.

Способ применения. По 1 саше в день во время еды. Продолжительность приёма — 1 мес.

Особые указания.

- При одновременном приёме с антибиотиками — соблюдать интервал не менее 3 ч.
- Не содержит лактозу. Не содержит глютен — можно использовать при целиакии.

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде. Добавление синбиотика «Энтеролактис Дуо» к стандартной терапии хронического эндометрита и колекальциферолу значительно улучшает усвоение витамина D, нормализует биоценоз влагалища и способствует регрессу основного заболевания у пациенток в программах BPT¹.

Производитель: Sofar S.p.A. (Италия).

Сертификат GMP

1. Карахалис Л.Ю., Жигаленко А.Р., Доценко С.В., Воронкова В.В. Подготовка пациенток с хроническим эндометритом к процедуре вспомогательных репродуктивных технологий // *Акушерство и гинекология.* — 2023. — №12. — С. 152–157.

Эстрожель

Регистрация. Лекарственный препарат

Состав. Гель трансдермальный; 1 г геля содержит эстрадиола гемидриграт 0,62 мг в пересчёте на эстрадиол 0,6 мг.

Показания. Препарат показан женщинам старше 18 лет для:

- менопаузальной гормональной терапии (МГТ) при симптомах дефицита эстрогенов; лечения

климактерического синдрома, связанного с естественной или хирургической менопаузой;

- профилактики остеопороза в период постменопаузы у женщин с высоким риском переломов при непереносимости или наличии противопоказаний к другим препаратам для профилактики остеопороза.

Противопоказания.

- Гиперчувствительность к эстрадиолу или к любому из вспомогательных веществ.
- Рак молочной железы (диагностированный, подозреваемый или в анамнезе).
- Диагностированные, подозреваемые эстроген-зависимые злокачественные опухоли половых органов (например, рак эндометрия) или наличие их в анамнезе.
- Кровотечения из половых путей неясной этиологии.
- Нелеченая гиперплазия эндометрия.
- Выявленная приобретённая или наследственная предрасположенность к венозному или артериальному тромбозу, включая дефицит антитромбина III, дефицит протеина С, дефицит протеина S.
- Венозные тромбозы и тромбозмболии в настоящее время или в анамнезе (в том числе тромбоз и тромбозфлебит глубоких вен, тромбозмболии лёгочной артерии).
- Активные или недавно перенесённые артериальные тромбозмболические заболевания (в том числе, стенокардия, инфаркт миокарда).
- Врождённые гипербилирубинемии (синдромы Жильбера, Дубина–Джонсона, Ротора).
- Доброкачественные или злокачественные опухоли печени в настоящее время или в анамнезе.
- Холестатическая желтуха или выраженный холестатический зуд (в том числе во время предшествующей беременности или на фоне приёма половых гормонов).
- Острое заболевание печени или наличие заболевания печени в анамнезе, если результаты функциональных проб печени не вернулись к норме.
- Порфирия.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Препарат противопоказан к применению во время беременности. Если во время применения препарата наступает беременность, лечение следует немедленно прекратить. Результаты большинства эпидемиологических исследований, касающихся случайного воздействия эстрогенов на плод, не указывают на наличие тератогенного или фетотоксического эффекта.

Препарат противопоказан к применению в период грудного вскармливания.

Способ применения. Препарат применяется наружно. Гель наносится пациентками самостоятельно тонким слоем на чистую сухую кожу живота, поясничной области, плеч или предплечий до полного всасывания. При применении препарата при одном нажатии на помпу-дозатор высвобождается 1,25 г геля (что соответствует 0,75 мг эстрадиола), равное половине суточной дозы. Средняя суточная доза препарата составляет 2,5 г геля (два нажатия на помпу-дозатор).

Сведения об эффективности в прегравидарном периоде.

- Трансдермальные формы эстрадиола наряду с пероральными ассоциированы со сходными клиническими исходами в программах переноса криоконсервированных эмбрионов¹.
- Прайминг препаратом трансдермального эстрадиола может улучшить ответ яичников на стиму-

ляцию овуляции в программах ВРТ у пациенток с бедным ответом², а также способствовать тенденции к увеличению частоты наступления клинической и прогрессирующей беременности.

- Трансдермальные формы эстрадиола потенциально обладают меньшим влиянием на свёртывающую систему крови по сравнению с пероральными формами³.

Производитель: «Безен Хелскеа СА» (Бельгия).

Литература

1. Humaidan P., Murgia K., Chandra V. et al. Clinical Outcomes of Oral vs. Transdermal Estrogen for Endometrial Preparation for Frozen Thawed Embryo Transfer in HRT-FET Cycles: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Fert. Rep.* — 2024. — Vol. 6. — №02. — P.91–99.
2. Kurtser M., Kamilova D., Ketiladze T. et al. Priming with estradiol hemihydrate in the luteal phase prior to ovarian stimulation with GnRH antagonists: outcomes of IVF cycles in patients with previous poor response to ovarian stimulation // *GRM Gynecol. Reprod. Endocrinol. Metab.* — 2021. — Vol. 2 — №1. — P. 54–59.
3. Краснопольская К.В. Результаты многоцентрового проспективного сравнительного исследования применения препаратов трансдермального эстрадиола гемигидрата и перорального эстрадиола валерата у пациенток в криопотоколах программ вспомогательных репродуктивных технологий в рутинной клинической практике // *Проблемы репродукции.* — 2021. — №27 (4). — P. 117–124.

Научно-практическое издание

Междисциплинарная ассоциация специалистов
репродуктивной медицины (МАРС)

ПРЕГНАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА

Клинический протокол. Версия 4.0

Генеральный директор: Светлана Александровна Маклецова

Креативный директор: Виталий Генрихович Кристал

Редакционный директор: Ольга Анатольевна Раевская

Заместитель редакционного директора по науке: Сергей Александрович Дьяконов

Ответственные редакторы: Никита Андреевич Катаев, Сергей Александрович
Дьяконов, Полина Владимировна Царёва

Ответственный секретарь: Надежда Михайловна Васильева

Арт-директор: Абдулатип Латипов

Препресс-директор: Нелли Демкова

Выпускающий редактор: Марина Осипова

Руководитель группы вёрстки: Юлия Скutoчкина

Вёрстка: Галина Калинина, Дмитрий Амплеев

Корректоры: Елена Соседова, Эльнара Фридовская

Дизайнеры: Ирина Великанова, Татьяна Качалина

Координатор проекта: Анна Жданова

Подписано в печать 10.08.2026. Бумага мелованная. Печать офсетная.

Формат 60×90/16. Усл. печ. л. 8,5. Тираж 7500 экз.

ООО «Медиабюро Статус презенс». 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1

Бизнес-центр «Платформа», этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902

E-mail: info@praesens.ru, сайт: praesens.ru

Группа ВКонтакте: vk.com/praesens.

Telegram-канал: t.me/praesensaig

ООО ПО «Периодика».

105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, стр. 1, эт. 2, пом. III, комн. 6.



9 785907 814394