

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2016 • Том 10 • № 2

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.gynecology.su>. Не предназначено для использования в коммерческих целях.
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@ibis-1.ru. Copyright © 2016 Издательство ИРБИС. Все права охраняются.

OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND REPRODUCTION

ISSN 2313-7347

2016 Vol. 10 No 2

www.gyn.su

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Леваков С.А., Боровкова Е.И., Шешукова Н.А., Боровков И.М.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

Резюме

В статье представлен обзор литературы, посвященный методам диагностики, терапии и тактики ведения пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН). Факторами риска развития истмико-цервикальной недостаточности являются приобретенные и врожденные аномалии шейки матки. Диагноз может быть поставлен только во время беременности. Укорочение длины шейки матки <25 мм до 24 нед. свидетельствует о наличии ИЦН и значимом риске невынашивания беременности. Первичная оценка длины шейки матки проводится с 14 нед. При выявлении укорочения длины сомкнутой части цервикального канала менее 25 мм методом выбора является хирургическая коррекция и вагинальный прогестерон. При выявлении ИЦН в сроки после 24 нед. методом выбора является назначение микронизированного прогестерона и установка разгрузочного акушерского pessaria. Применение дифференцированного алгоритма ведения пациенток с ИЦН снижает вероятность неожиданных преждевременных родов и неонатальной заболеваемости и смертности.

Ключевые слова

Беременность, истмико-цервикальная недостаточность, преждевременные роды, невынашивание беременности.

Статья поступила: 22.01.2016 г.; в доработанном виде: 30.03.2016 г.; принята к печати: 08.06.2016 г.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки или конфликта интересов в отношении данной публикации.

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Леваков С.А., Боровкова Е.И., Шешукова Н.А., Боровков И.М. Ведение пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью. Акушерство, гинекология и репродукция. 2016; 2: 64-69.

MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CERVICAL INSUFFICIENCY

Levakov S.A., Borovkova E.I., Sheshukova N.A., Borovkov I.M.

First Moscow State Medical Sechenov University of the Ministry of Health Russian Federation

Summary

The article presents a literature review on methods of diagnosis, therapy and management of patients with isthmic-cervical insufficiency. Risk factors for the development of isthmic-cervical insufficiency are the acquired and congenital anomalies of the cervix. The diagnosis can be made only during pregnancy. Shortening of cervical length <25 mm before 24 weeks indicates the presence of ICN and the significant risk of miscarriage. Initial evaluation of the cervical length is from 14 weeks. When finding a shortening of the length of the closed part of the cervical canal is less than 25 mm the treatment of choice is surgical correction. When the cervical length more than 25 mm prophylactically from 19 to 32 weeks assigned to micronized progesterone 200 mg vagina. In identifying ICN after 24 weeks, the method of choice is the appointment of

micronized progesterone and the installation of an unloading obstetric pessary. The use of a differentiated algorithm of management of patients with ICN reduces the chance of unexpected premature birth and neonatal morbidity and mortality.

Key words

Pregnancy, isthmic-cervical insufficiency, preterm labor, miscarriage.

Received: 22.01.2016; **in the revised form:** 30.03.2016; **accepted:** 08.06.2016.

Conflict of interests

The authors declared that they do not have anything to disclosure regarding funding or conflict of interests with respect to this manuscript.

All authors contributed equally to this article.

For citation

Levakov S.A., Borovkova E.I., Sheshukova N.A., Borovkov I.M. Management of patients with cervical insufficiency. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya / Obstetrics, gynecology and reproduction*. 2016; 2: 64-69 (in Russian).

Corresponding author

Address: ul. Trubetskaya, 8, p. 2, Moscow, 119048, Russia.

E-mail address: Levakoff@yandex.ru (Levakov S.A.).

Введение

Термин «истмико-цервикальная недостаточность» подразумевает нарушение запирающей способности шейки матки, проявляющееся ее безболезненным укорочением и открытием, приводящим к прерыванию беременности или преждевременным родам.

Факторами риска развития истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) являются приобретенные (разрывы в родах или при хирургических манипуляциях, конизация шейки, инфекционное поражение) или врожденные аномалии шейки, связанные с нарушением синтеза коллагена (синдром Элерса-Данлоса) [13,16,19,20].

Диагноз ИЦН правомочен только во время беременности. Оценка замыкательной функции шейки матки с использованием расширителей или во время гистероскопии недостоверна. Однако УЗИ, магнитно-резонансная томография или гистеросальпингография позволяют выявить аномалии матки, являющиеся самостоятельным фактором риска развития ИЦН при беременности.

Клинически формирование ИЦН может сопровождаться чувством тяжести в малом тазу и болями в поясничной области. Кроме того, возможно изменение цвета влагалищных выделений (с прозрачного, белого или светло-желтого на розовый, темный или сукровичный), их объема и консистенции. Данные симптомы обычно развиваются между 14-й и 20-й нед. беременности [2,8,14,17].

Диагностика ИЦН

Диагноз ИЦН основывается на совокупности результатов гинекологического осмотра и трансвагинального УЗИ. Укорочение длины шейки матки <25 мм

в сроках до 24 нед. свидетельствует о наличии ИЦН и значимом риске невынашивания беременности. Ведущие международные организации по пренатальной медицине (Fetal Medicine Foundation и International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG)) рекомендуют оценивать длину шейки матки начиная с 14 нед. При этом обязательно должны соблюдаться правила исследования: проводится только трансвагинальным доступом, с пустым мочевым пузырем и без надавливания датчиком на шейку матки (это искусственно удлиняет шейку матки), измеряется длина закрытой части шейки матки (см. рис. 1) [4,5,12].

При многоплодной беременности длина шейки матки не является критерием оценки риска невынашивания, поскольку патогенез преждевременных родов при многоплодии не связан с ИЦН [6,15].

Положительный тест на фибронектин и укорочение шейки матки, по данным ультразвукового исследования, могут говорить о повышенном риске преждевременных родов, особенно у женщин, сталкивавшихся с ними раньше. Получение двух подряд отрицательных результатов теста свидетельствует о крайне малой вероятности (~1%) преждевременных родов ближайших две недели [7,9].

Ведение беременных с ИЦН

Тактика ведения беременных с ИЦН определяется данными анамнеза, сроком беременности и длиной шейки матки.

Женщинам с преждевременными родами в анамнезе или с потерей беременности во втором триместре показано проведение УЗИ и цервикометрии в сроки 12-14 нед. При выявлении укорочения длины сомкнутой части



Рисунок 1. Цервикометрия.

цервикального канала менее 25 мм методом выбора является хирургическая коррекция (церкляж) и вагинальный прогестерон (см. табл. 1). При длине шейки матки более 25 мм с профилактической целью с 19 до 32 нед. назначается микронизированный прогестерон 200 мг во влагалище (Утрожестан).

Назначение вагинального прогестерона женщинам с укороченной шейкой матки снижает вероятность неожиданных преждевременных родов и неонатальной заболеваемости и смертности, а также является экономически эффективным [11,18].

Пациенткам безотягощенного анамнеза согласно Приказу Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» ультразвуковая оценка длины шейки матки проводится в сроки скринингового морфологического исследования плода (18-24 нед.) [1,3]. При выявлении укорочения шейки матки до 26-30 мм показано проведение еженедельной

цервикометрии и теста на фетальный фибронектин. При укорочении шейки матки менее 25 мм в сроках до 24 нед. беременности целесообразно проведение хирургической коррекции ИЦН с последующей терапией прогестероном. После 24 нед. беременности швы на шейку матки не накладывают и методом выбора становится применение прогестерона и использование акушерского пессария (см. рис. 2).

По результатам систематического обзора, включающего небольшое независимое исследование, два проспективных когортных исследования и семь ретроспективных когортных исследований, было выяснено, что наложения церкляжа пациенткам с расширенной шейкой матки и видимыми оболочками увеличивает вероятность благоприятного исхода беременности по сравнению с беременностью без наложения церкляжа (неонатальная выживаемость с церкляжем 71% против 43% с применением выжидательной тактики) [10]. Наложение швов на шейку матки не проводится при выявлении субклинических признаков внутриутробной инфекции, так как наличие инфекции явля-

Анамнез	Сроки проведения УЗИ	Частота исследований, церкляж, вагинальный прогестерон
Потери беременности с 14 до 27 нед.	С 14 до 24 нед.	Каждые две недели. При длине шейки матки 25-29 мм – 1 раз в неделю. При длине шейки матки <25 мм до 24 нед. – церкляж и/или ваг. прогестерон. При длине <20 мм после 24 нед. – прогестерон во влагалище.
Преждевременные роды в 28-36 нед.	С 16 до 24 нед.	Каждые две недели. При длине шейки матки 25-29 мм – 1 раз в неделю. При длине шейки матки <25 мм до 24 нед. – церкляж и/или ваг. прогестерон. При длине <20 мм после 24 нед. – прогестерон во влагалище.
Без преждевременных родов в анамнезе	Однократное исследование в сроке 18-24 нед.	Однократно.

Таблица 1. Кратность проведения цервикометрии.

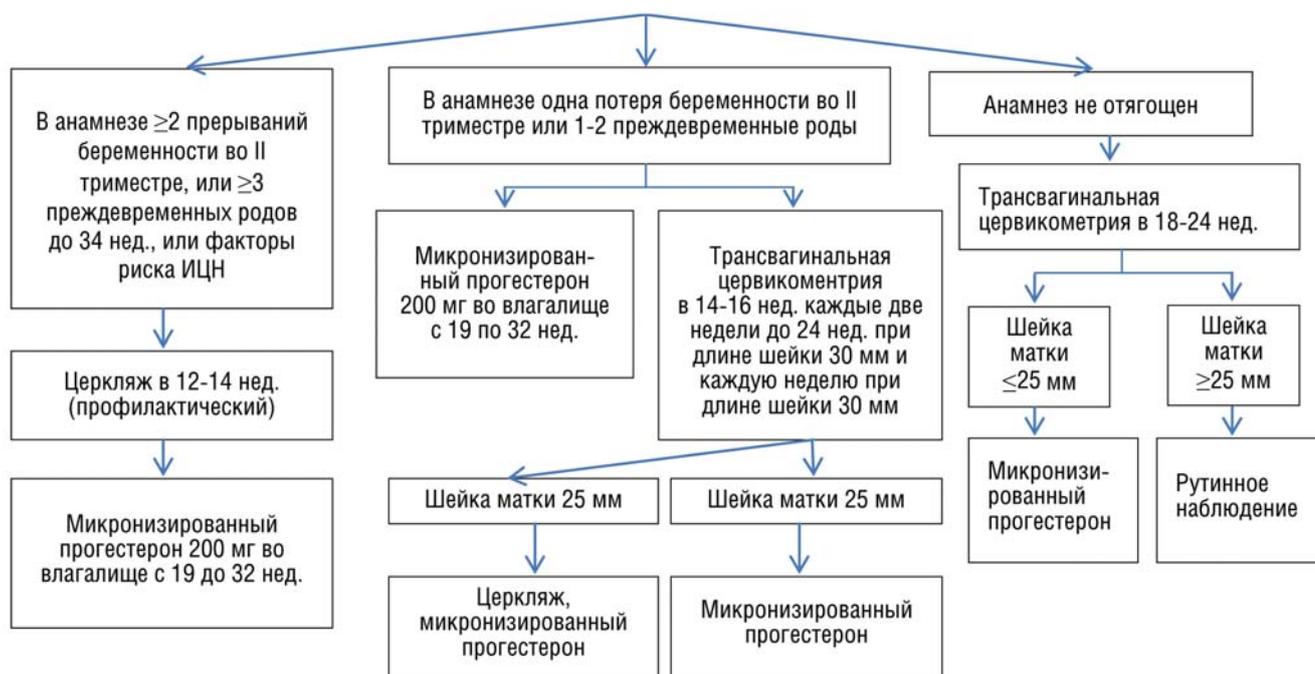


Рисунок 2. Алгоритм ведения пациенток с отягощенным анамнезом.

ется самостоятельным фактором риска преждевременных родов [11].

Вагинальные пессарии. Пессарии предназначены для изменения оси цервикального канала и смещения веса содержимого матки с шейки. Изменяя угол шейки матки, пессарий также препятствует раскрытию внутреннего зева и, таким образом, обеспечивает защиту от инфекции.

В 2012 г. было доказано, что эффективность пессария схожа с эффективностью церкляжа и вагинального прогестерона [3]. Исследование включало 385 женщин с укороченной шейкой матки (≤ 25 мм) в сроках от 20 до 23 нед. с пессарием или без него [10]. У 89% раньше не наблюдалось преждевременных родов и им не накладывали церкляж и не назначали прогестерон. Группа женщин с пессарием имела меньший процент преждевременных родов до 28 нед. (4 из 190 (2%) с пессарием против 16 из 190 (8%)) и до 34 нед. (12 из 190 (6%) против 51 из 190 (27%)). Не было отмечено никаких побочных эффектов, кроме выделений из влагалища и легкого дискомфорта при введении. Использование пессария женщинами с укороченной шейкой матки может увеличить продолжительность беременности. Однако не рекомендуется использовать пессарий вместо церкляжа или прогестерона, так как исследования 2013 г. не подтвердили его большую эффективность [3,10].

Нестероидные противовоспалительные средства. В ходе трех независимых исследований было выявлено, что использование индометацина при укорочении шейки матки в сроках 14-27 нед. не снижает вероятность преждевременных родов до 35 нед., но снижает их вероятность до 24 нед. [18].

Образ жизни. Изменение образа жизни пациенток с ИЦН не показало должного результата, все же рекомендуется придерживаться постельного режима, ограничить физические упражнения и воздерживаться от половых контактов.

Заключение

Истмико-цервикальная недостаточность является самостоятельным и значимым фактором риска невынашивания беременности. ИЦН может быть врожденной или приобретенной. В группу риска входят женщины с врожденными аномалиями шейки матки и травмами шейки матки. Диагноз ИЦН ставится либо на основе истории протекания предыдущей беременности, либо на основании исследований, проводимых на фоне беременности (трансвагинальное УЗИ для выяснения длины шейки матки). Диагноз ИЦН ставится, если две предыдущие беременности окончились преждевременными родами или прерыванием беременности во втором триместре. После УЗИ и физиологического обследования диагноз ИЦН ставится в том случае, если длина шейки матки меньше 25 мм до 24 нед. беременности.

Для пациенток с одноплодной беременностью и ИЦН показано наложение швов на шейку матки (при ее укорочении до 25 мм) и применение вагинального прогестерона до 34 нед. Альтернативным способом лечения является установка пессария.

Для женщин с многоплодной беременностью не рекомендуется проведение хирургической коррекции ИЦН, а также нет доказательств эффективности вагинального применения прогестерона.

Литература:

1. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/5828-prikaz>. Дата обращения: 15.01.16.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No.142: Cerclage for the management of cervical insufficiency. *Obstet Gynecol.* 2014; 123: 372.
3. Alfrevic Z., Owen J., Carreras Moratonas E. et al. Vaginal progesterone, cerclage or cervical pessary for preventing preterm birth in asymptomatic singleton pregnant women with a history of preterm birth and a sonographic short cervix. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013; 41: 146.
4. Berghella V., Rafael T.J., Szychowski J.M. et al. Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2011; 117: 663.
5. Berghella V., Mackeen A.D. Cervical length screening with ultrasound-indicated cerclage compared with history-indicated cerclage for prevention of preterm birth: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2011; 118: 148.
6. Berghella V., Figueroa D., Szychowski J.M. et al. 17-alpha-hydroxyprogesterone caproate for the prevention of preterm birth in women

- with prior preterm birth and a short cervical length. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 202: 351.e1.
7. Conde-Agudelo A., Romero R., Nicolaides K. et al. Vaginal progesterone vs. cervical cerclage for the prevention of preterm birth in women with a sonographic short cervix, previous preterm birth, and singleton gestation: a systematic review and indirect comparison meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2013; 208: 42.e1.
8. Chan Y.Y., Jayaprakasan K., Tan A. et al. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011; 38: 371.
9. Ehsanipoor R.M., Seligman N.S., Saccone G. et al. Physical Examination-Indicated Cerclage: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2015; 126: 125.
10. Goya M., Pratorcorona L., Merced C. et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial. *Lancet.* 2012; 379: 1800.
11. Gorski L.A., Huang W.H., Iriye B.K., Hancock J. Clinical implication of intra-amniotic sludge on ultrasound in patients with cervical cerclage. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010; 36: 482.
12. Iams J.D., Cebrik D., Lynch C. et al. The rate of cervical change and the phenotype of spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2011; 205: 130.
13. Rackow B.W., Arici A. Reproductive performance of women with müllerian anomalies. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007; 19: 229.

References:

1. The Ministry of Health of Russia Order dated November 12, 2012 № 572n "On approval of the provision of medical care on the profile of Obstetrics and Gynecology (except for the use of assisted reproductive technologies)" [*Prikaz Minzdrava Rossii ot 12 noyabrya 2012 g. № 572n «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoi pomoshchi po profilu «akusherstvo i ginekologiya (za isklucheniem ispol'zovaniya vspomogatel'nykh reproduktivnykh tekhnologii)» (in Russian)*]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/5828-prikaz>. Accessed: 15.01.16.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No.142: Cerclage for the management of cervical insufficiency. *Obstet Gynecol.* 2014; 123: 372.
3. Alfrevic Z., Owen J., Carreras Moratonas E. et al. Vaginal progesterone, cerclage or cervical pessary for preventing preterm birth in asymptomatic singleton pregnant women with a history of preterm birth and a sonographic short cervix. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013; 41: 146.
4. Berghella V., Rafael T.J., Szychowski J.M. et al. Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2011; 117: 663.
5. Berghella V., Mackeen A.D. Cervical length screening with ultrasound-indicated cerclage compared with history-indicated cerclage for prevention of preterm birth: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2011; 118: 148.
6. Berghella V., Figueroa D., Szychowski J.M. et

- al. 17-alpha-hydroxyprogesterone caproate for the prevention of preterm birth in women with prior preterm birth and a short cervical length. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 202: 351.e1.
7. Conde-Agudelo A., Romero R., Nicolaides K. et al. Vaginal progesterone vs. cervical cerclage for the prevention of preterm birth in women with a sonographic short cervix, previous preterm birth, and singleton gestation: a systematic review and indirect comparison meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2013; 208: 42.e1.
8. Chan Y.Y., Jayaprakasan K., Tan A. et al. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011; 38: 371.
9. Ehsanipoor R.M., Seligman N.S., Saccone G. et al. Physical Examination-Indicated Cerclage: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2015; 126: 125.
10. Goya M., Pratorcorona L., Merced C. et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial. *Lancet.* 2012; 379: 1800.
11. Gorski L.A., Huang W.H., Iriye B.K., Hancock J. Clinical implication of intra-amniotic sludge on ultrasound in patients with cervical cerclage. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010; 36: 482.
12. Iams J.D., Cebrik D., Lynch C. et al. The rate of cervical change and the phenotype of spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2011; 205: 130.
13. Rackow B.W., Arici A. Reproductive performance of women with müllerian anomalies. *Curr Opin Obstet Gynecol.*

14. Romero R., Lockwood C.J. Pathogenesis of spontaneous preterm labor. In: Creasy & Resnik's Maternal Fetal Medicine / Creasy R.K., Resnik R., Iams J.D., Lockwood C.J., Moore T.R. (Eds). Saunders. 2009.
15. Rafael T.J., Mackeen A.D., Berghella V. The effect of 17 α -hydroxyprogesterone caproate on preterm birth in women with an ultrasound-indicated cerclage. *Am J Perinatol.* 2011; 28: 389.
16. Shah P.S., Zao J., Knowledge Synthesis Group of Determinants of preterm / LBW births. Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses. *BJOG.* 2009; 116: 1425.
17. Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee, with assistance of Vincenzo Berghella. Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice. *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 206: 376.
18. Vousden N., Hezelgrave N., Carter J. et al. Prior ultrasound-indicated cerclage: how should we manage the next pregnancy? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015; 188: 129.
19. Vyas N.A., Vink J.S., Ghidini A. et al. Risk factors for cervical insufficiency after term delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 195: 787.
20. Warren J.E., Silver R.M., Dalton J. et al. Collagen 1Alpha1 and transforming growth factor-beta polymorphisms in women with cervical insufficiency. *Obstet Gynecol.* 2007; 110: 619.
- 2007; 19: 229.
14. Romero R., Lockwood C.J. Pathogenesis of spontaneous preterm labor. In: Creasy & Resnik's Maternal Fetal Medicine / Creasy R.K., Resnik R., Iams J.D., Lockwood C.J., Moore T.R. (Eds). Saunders. 2009.
15. Rafael T.J., Mackeen A.D., Berghella V. The effect of 17 α -hydroxyprogesterone caproate on preterm birth in women with an ultrasound-indicated cerclage. *Am J Perinatol.* 2011; 28: 389.
16. Shah P.S., Zao J., Knowledge Synthesis Group of Determinants of preterm / LBW births. Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses. *BJOG.* 2009; 116: 1425.
17. Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee, with assistance of Vincenzo Berghella. Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice. *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 206: 376.
18. Vousden N., Hezelgrave N., Carter J. et al. Prior ultrasound-indicated cerclage: how should we manage the next pregnancy? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015; 188: 129.
19. Vyas N.A., Vink J.S., Ghidini A. et al. Risk factors for cervical insufficiency after term delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 195: 787.
20. Warren J.E., Silver R.M., Dalton J. et al. Collagen 1Alpha1 and transforming growth factor-beta polymorphisms in women with cervical insufficiency. *Obstet Gynecol.* 2007; 110: 619.

Сведения об авторах:

Леваков Сергей Александрович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ИПО Первого МГМУ имени И.М. Сеченова. Адрес: ул. Трубецкая, 8, стр. 2, Москва, Россия, 119048. Тел.: +7(499)2072763. E-mail: Levakoff@yandex.ru.

Боровкова Екатерина Игоревна – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ИПО Первого МГМУ имени И.М. Сеченова. Адрес: ул. Трубецкая, 8, стр. 2, Москва, Россия, 119048. Тел.: +7(499)2072763. E-mail: Katyanikitina@mail.ru.

Шешукова Наталия Алексеевна – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ИПО Первого МГМУ имени И.М. Сеченова. Адрес: ул. Трубецкая, 8, стр. 2, Москва, Россия, 119048. Тел.: +74992072763. E-mail: dr.sheshukova@mail.ru.

Боровков Иван Максимович – студент Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Адрес: ул. Трубецкая, 8, стр. 2, Москва, Россия, 119048. Тел.: +7(499)2072763. E-mail: bigchanc97@gmail.com.

About the authors:

Levakov Sergei Aleksandrovich – MD, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology IPO First MG MU named after IM Sechenov. Address: ul. Trubetskaya, 8, p. 2, Moscow, Russia, 119048. Tel.: +7(499)2072763. E-mail: Levakoff@yandex.ru.

Borovkova Ekaterina Igorevna – MD, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology IPO First MG MU named after IM Sechenov. Address: ul. Trubetskaya, 8, p. 2, Moscow, Russia, 119048. Tel.: +7(499)2072763. E-mail: Katyanikitina@mail.ru.

Sheshukova Natalia Altkseevna – MD, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology IPO First MG MU named after IM Sechenov. Address: ul. Trubetskaya, 8, p. 2, Moscow, Russia, 119048. Tel.: +7(499)2072763. E-mail: dr.sheshukova@mail.ru

Borovkov Ivan Maksimovich – student of the First MG MU named after IM Sechenov. Address: ul. Trubetskaya, 8, p. 2, Moscow, Russia, 119048. Tel.: +7499)2072763. E-mail: bigchanc97@gmail.com.



- ★ Прогестерон, биоидентичный эндогенному
- ★ Эффективное сохранение беременности*
- ★ Зарегистрированные показания от ранних до поздних сроков
- ★ Безопасен для матери и плода

**Краткая инструкция по применению лекарственного препарата Утрожестан®**

Лекарственная форма: капсулы. **Действующее вещество:** прогестерон (прогестерон натуральный микронизированный) 100 или 200 мг. **Показания:** Перорально: бесплодие вследствие лютеиновой недостаточности, предменструальный синдром, нарушения менструального цикла, ЗГТ в пери- и постменопаузе (в сочетании с эстрогенсодержащими препаратами). Вагинально: поддержка лютеиновой фазы во время подготовки к экстракорпоральному оплодотворению, предупреждение преждевременных родов у женщин с укорочением шейки матки и/или преждевременными родами и/или преждевременным разрывом плодных оболочек в анамнезе, угрожающий аборт или предупреждение привычного аборта вследствие недостаточности прогестерона, ЗГТ в сочетании с эстрогенсодержащими препаратами, бесплодие вследствие лютеиновой недостаточности, ЗГТ по схеме дефицита прогестерона при инфантилирующих яичниках (донорство яйцеклеток). **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к компонентам препарата, тромбоз глубоких вен, тромбофлебит, тромбозоэмболические нарушения (тромбозомия легочной артерии, инфаркт миокарда, инсульт), внутреннее кровоизлияние или наличие данных состояний/заболеваний в анамнезе; кровотечения из влагалища неясного генеза; неполный аборт, порфирия. Установленные или подозреваемые злокачественные

новообразования молочных желез и половых органов, тяжелые заболевания печени (в том числе холестазическая желтуха, гепатит, синдром Дубина-Джонсона, Ротора, злокачественные опухоли печени) в настоящее время или в анамнезе. **Способ применения:** Перорально в большинстве случаев суточная доза составляет 200-300 мг, 2 раза в день. Вагинально 200-300 мг в сутки, с 17-го дня цикла. Угроза аборта или профилактика привычных абортов – 200-400 мг ежедневно в 2 приема в I и II триместрах беременности. С осторожностью: Заболевания сердечно-сосудистой системы, артериальная гипертензия, хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет, бронхиальная астма, эпилепсия, мигрень, депрессия, гиперлипотенемия, период лактации. **Побочное действие:** Аллергические реакции. При приеме внутрь – сонливость, проходящее головокружение (через 1-3 ч после приема препарата), крайне редко – межменструальное кровотечение. **Регистрационное удостоверение** № ЛС-000186. Отпускается по рецепту. Название и адрес владельца регистрационного удостоверения: Бесин Хелскаре СА Авено Луиз 287, 1050 Брюссель, Бельгия.

Подробная информация содержится в инструкции по применению лекарственного препарата.

*по показаниям



Россия, 123557, г. Москва, ул. Сергея Макеева, д.13. Тел.: (495) 980 10 67; факс: (495) 980 10 68.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

Для специализированного назначения