

Атосибан — надежное средство профилактики преждевременных родов

По материалам международного научно-практического симпозиума «Актуальные вопросы здоровья матери, плода и новорожденного», г. Винница, 16-17 мая

Проблема преждевременных родов (ПР) продолжает оставаться актуальной во всем мире. По данным литературы, 15 млн детей ежегодно рождаются недоношенными. Это более чем каждый десятый ребенок. Свыше одного миллиона детей ежегодно умирают из-за осложнений, связанных с ПР. Многие выжившие дети страдают от пожизненной инвалидности, включая трудности в обучении, а также проблемы со зрением и слухом. В глобальных масштабах преждевременное появление на свет является основной причиной смерти новорожденных и в настоящее время — второй после пневмонии у детей в возрасте до пяти лет.

О профилактике невынашивания беременности и ПР на представительском форуме рассказала доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии Запорожской медицинской академии последипломного образования Галина Ивановна Резниченко.

— Несмотря на все усилия научного и практического акушерства, частота ПР в мире за последнее десятилетие не снижается. Данная тенденция характерна и для Украины, где актуальность проблемы ПР дополнительно обусловлена негативным естественным приростом населения, наблюдающимся с 1992 года, пик которого пришелся на 2000-2002 годы.

Число случаев ПР колеблется от 6% в странах Европы до 12% в странах Африки.

ПР являются основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности, которая в 40 раз выше, чем у доношенных детей, при этом риск перинатальной смертности (В. Magowan, 1998) остается высоким у детей, рожденных до 35 недель беременности, и лишь по достижении этого срока перинатальная смертность снижается на 50%.

ПР имеют негативные социальные последствия — рождение неполноценного ребенка, его болезнь и смерть являются тяжелой психической травмой для родителей, а также причиной конфликтных ситуаций в семье и отказа от последующих беременностей в будущем.

ПР связаны с основной финансовой нагрузкой на систему здравоохранения страны и на ее бюджет — к медицинским расходам в последующем добавляются расходы на социальное обеспечение. На сегодня в Украине затраты на выживание недоношенного ребенка в условиях стационара колеблются от 3000 до 8500 грн в день, немалая часть которых покрывается за счет пациентов. Значительные материальные ресурсы необходимы и на протяжении первых 10 лет жизни таких детей.

Полиэтиологичность причин развития невынашивания и преждевременной родовой деятельности, нерешенность ряда вопросов относительно предупреждения их развития диктует необходимость дальнейшего поиска путей коррекции этой патологии.

На сегодня известно, что пролонгация гестации на одну неделю существенно уменьшает затраты на проведение лечебных мероприятий, а каждый день ее продления увеличивает выживаемость новорожденного на 3%. Эта информация заставляет нас задуматься относительно ведения нормальной и осложненной беременности с целью профилактики ПР.

Профилактика ПР начинается с выделения группы риска, в которую прежде

всего входят пациентки с привычным невынашиванием беременности.

Алгоритм ведения женщин с привычным невынашиванием регламентирован приказом МЗ Украины от 03.11.08 № 624 и определяет последовательность следующих этапов:

— определение причины невынашивания;

— обследование, направленное на выявление возможных причин невынашивания;

— патогенетическое лечение, направленное на устранение патологии, лежащей в основе прерывания беременности.

Прекоцепционная подготовка и первичная профилактика согласно приказу включает:

— лечение и стабилизацию генитальной и экстрагенитальной патологии;

— профилактику хронических интоксикаций и профессиональных вредностей;

— применение препаратов во время планирования беременности (безопасных, не обладающих тератогенным действием).

При консультировании таких пациенток обсуждаются следующие вопросы:

— оптимальный срок наступления беременности с учетом возраста супругов;

— время отмены контрацепции;

— проведение профилактических мероприятий, направленных на обеспечение оптимальных условий для созревания гамет, имплантации зиготы и развития плода.

Отдельное внимание должно уделяться пациенткам, у которых оплодотворение наступило в результате вспомогательных репродуктивных технологий, так как беременность в таких случаях наступает на фоне чрезмерной экскреции эстрадиола и относительно низкой продукции прогестерона. При этом важно учитывать, что нарушение фолликулогенеза всегда сопровождается дисбалансом гонадотропных гормонов на фоне гиперактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, гипотериоза, гиперандрогении, гиперпролактинемии.

Для коррекции прогестероновой недостаточности предпочтение следует отдавать натуральному микронизированному прогестерону. В нашей клинике с этой целью с успехом используется **Эндометрин — микронизированный прогестерон для интравагинального применения, который обеспечивает оптимальную концентрацию прогестерона в органах-мишенях.** Эндометрин назначается по одной таблетке интравагинально 2-3 раза в день независимо от срока беременности. В отличие от других форм выпуска прогестерона, Эндометрин обладает лучшей биодоступностью и растворимостью. Например, в отличие от масляного раствора прогестерона для внутримышечного введения,

Эндометрин обеспечивает в 10 раз выше концентрацию в эндометрии матки. Это, в свою очередь, обеспечивает более раннее наступление терапевтического эффекта.

В Украине применение микронизированного прогестерона регламентировано уже упомянутым приказом МЗ № 624: «Для лечения угрожающего абортa используется микронизированный прогестерон (вагинально или перорально, масляный раствор прогестерона внутримышечно). Не рекомендовано одновременное назначение различных форм выпуска прогестерона».

Эндометрин также показан для поддержки лютеиновой фазы при вспомогательных репродуктивных технологиях для женщин с бесплодием вагинально 3 раза в день.

Эффективным инструментом в профилактике ПР является токолитическая терапия, которая проводится по показаниям в третьем триместре беременности. В связи с этим представляется интересным анализ действующих руководств европейских стран, регламентирующих использование токолитических препаратов. В Великобритании Королевская коллегия акушеров и гинекологов (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) рекомендует при проведении токолитической терапии использовать атосибан или нифедипин. Однако при этом важно учитывать тот факт, что нифедипин не является лицензированным токолитиком. Норвежская ассоциация (Norwegian Society of Obstetricians and Gynaecologists) определяет атосибан как препарат первого выбора. Такие страны, как Дания, Швеция, Испания, также отдают предпочтение атосибану.

Атосибан — синтетический пептид, конкурентный антагонист человеческого окситоцина на уровне рецепторов, связываясь с рецепторами окситоцина, снижает частоту маточных сокращений и тонус миометрия, приводя к угнетению сократимости матки. Атосибан также связывается с рецепторами вазопрессина, таким образом угнетая эффект последнего.

Препарат имеет весьма четкие показания к применению: регулярные сокращения матки на протяжении 30 секунд с частотой 4 и более схваток за 30 минут; открытие цервикального канала на 1-3 см (0-3 см для нерожавших женщин) и сглаживание шейки матки на 50%. Возраст пациентки при этом не должен быть меньше 18 лет, срок гестации меньше 24 недель, а частота сердечных сокращений у плода должна находиться в пределах нормы.

Неудовлетворительные результаты использования атосибана связаны с игнорированием указанных условий применения препарата.



Г.И. Резниченко

Атосибан вводят внутривенно в три этапа:

1. Вначале — болюсно раствор для инъекций в начальной дозе 6,75 мг. Это ударная доза, которая вводится сразу после постановки диагноза ПР.

2. Сразу после этого с целью насыщения проводится продолжительная инфузия концентрата для приготовления инфузионного раствора в высокой дозе — 300 мкг/мин (24 мл/ч, или 12 капель/мин) в течение 3 ч.

3. После этого — продолжительная (до 45 ч) инфузия концентрата в низкой дозе — 100 мкг/мин. Продолжительность лечения не должна превышать 48 ч.

Полная доза препарата на весь курс терапии не должна превышать 330 мг.

В нашей клинике было проведено исследование с целью изучить обоснованность целесообразности и оценку эффективности применения препарата атосибана Трактоцил для профилактики лечения угрозы ПР.

В исследование было включено 105 беременных с угрозой ПР в сроке 24-32 недели гестации. Основную группу, получающую препарат Трактоцил, составили 37 женщин. Группа контроля (68 беременных) получала стандартную терапию и токолиз β-адреномиметиками. Большинство женщин находилось в возрасте 26-35 лет. По мере увеличения возраста отмечалось увеличение количества абортов в анамнезе соматической и гинекологической патологии. Около 11% женщин перенесли острые респираторные заболевания в период настоящей беременности, а 90% имели симптомы угрозы прерывания беременности.

Введение Трактоцила проходило по схеме: на первом этапе внутривенно болюсно вводили 6,75 мг препарата, на втором — Трактоцил вводился со скоростью 18 мг/ч (24 мл/ч) на протяжении трех часов, на третьем этапе — 6 мг/ч (8 мл/ч) в течение 45 часов.

Результаты проведенного исследования показали, что в группе пациенток, получавших β-миметики, случаев преждевременных родов произошло в 5 раз больше, чем в группе пациенток, получавших в качестве токолитической терапии Трактоцил. Кроме того, дети, рожденные от матерей основной группы, имели высшую оценку по шкале Апгар и значительно меньшее количество травм головного мозга.

Таким образом, Трактоцил является первым и на сегодня единственным конкурентным блокатором окситоциновых рецепторов матки. Препарат эффективно предупреждает развитие ПР и обеспечивает хорошую переносимость как со стороны матери, так и плода, проявляя наивысшую эффективность при немедленном его назначении.

Подготовила **Наталья Карпенко**

