



АКУШЕРСТВО

- Основные вопросы экстрагенитальной патологии. Часть II
В.И. Медведь 6
- Шляхи оптимізації діагностики загрози передчасних пологів
В.І. Пирогова, С.О. Шурпяк, О.Е. Ошуркевич 18
- Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги
Наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 25
- Пологовий біль та його вплив на організм роділлі, перебіг пологів і стан плода
Р.О. Ткаченко 41

ГИНЕКОЛОГИЯ

- Необходимость реабилитации репродуктивной функции после хирургических вмешательств в гинекологии
Т.Д. Моисеева-Постоловская 57
- Возможности негормональной терапии эндокринного бесплодия 66

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

- Роль біологічно активної фракції пролактину в розвитку стрес-індукованої гіперпролактинемії
А.В. Бойчук, Н.В. Петренко, А.Ю. Франчук 54
- Заболівання щитовидної залози і репродуктивна функція жінки
В.И. Паньків, Е.О. Литвак 62

ГЕНЕТИКА

- Эволюция пренатального скрининга ХА: поиск оптимальной модели и стратегии скрининга на современном этапе. Часть II
Н.П. Веропотвелян 11

КОНТРАЦЕПЦИЯ

- Экстренная контрацепция — зачем нужен этот метод?
Л.Д. Захурдаева 45
- Дополнительные возможности гормональной контрацепции
И.Ю. Полищук 49

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

- Специфічні функції жіночого організму в умовах виробничої діяльності
В.С. Ткачишин 72

ЗАПИСНАЯ КНИЖКА

- Событие 5, 76
- Анонс 10, 24, 48
- Книжная полка 77

Медичні журнали для лікаря-практика

Рациональная фармакотерапия
96488
<http://rpht.com.ua>



Нейро News:
психоневрология и
нейропсихиатрия
96489
<http://neuro.health-ua.com>

Практична ангіологія
94976
<http://angio.health-ua.com>



Клінічна імунологія.
Алергологія.
Інфектологія
94977
<http://kia.com.ua>

Острые и неотложные состояния в практике врача
95403
<http://emergency.health-ua.com>



Дитячий лікар
37812
<http://d-l.com.ua>

Медицинские аспекты здоровья женщины
95404
<http://mazg.com.ua>



Адреса:
вул. Світлицького, 35а,
м.Київ, 04123
Тел.: 044 391-31-40



Редакционная коллегия

Учредитель

Игорь Иванченко

Руководитель проекта

Татьяна Артюнина

Издатель

«Медицинские аспекты
здоровья женщины»

Генеральный директор

Анастасия Чапльженко

Медицинский директор

Валерий Кидонь

Отдел рекламы

Анастасия Чапльженко
Chaplyzhenko@id-zu.com

Шеф-редактор

Мария Арефьева
m_arefyeva@inbox.ru
Arefieva@id-zu.com

Ответственный секретарь

Алла Яворская

Медицинские редакторы

Ольга Жигунова
Марина Малей

Литературные редакторы

Елена Заболотная
Алла Яворская

Дизайн/верстка

Елена Заболотная

Начальник производственного отдела


Ивалин Крайчев

Отдел подписки
(044) 391-31-40
ragubec@id-zu.com

Регистрационное свидетельство
КВ № 10783 от 23.12.05

Подписано в печать 05.10.2011
Заказ № 05/10
Печать — ООО «Издательский дом
«Аванпост-Прим».
03035, г. Киев, ул. Сурикова, 3

Тираж 10 000 экз.

Редакция может публиковать материалы,
не разделяя точки зрения авторов.
За достоверность фактов, цитат, имен,
географических названий и иных сведений
отвечают авторы. Материалы с пометкой 
публикуются на правах рекламы.
Ответственность за содержание рекламных
материалов несет рекламодатель.
Перепечатка материалов допускается только
с разрешения редакции.
Рукописи не возвращаются и не рецензируются.

Адрес редакции:
04123, г. Киев,
ул. Светлицкого, 35а, 2-й этаж
тел: (044) 391-31-41

Бенюк Василий Алексеевич

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 3
НМУ им. А.А. Богомольца

Венцовский Борис Михайлович

член-кор. НАМН Украины, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства
и гинекологии №1 НМУ им. А.А. Богомольца

Веропотвелян Петр Николаевич

к.м.н., заслуженный врач Украины, заведующий амбулаторным отделом
патологии репродуктивной функции человека Республиканского центра
медицинской генетики и пренатальной диагностики, г. Кривой Рог

Воробьева Людмила Ивановна

д.м.н., профессор, руководитель отдела онкогинекологии
Национального института рака АМН Украины

Гнатко Елена Петровна

д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2
НМУ им. А.А. Богомольца

Давыдова Юлия Владимировна

д.м.н., заведующая акушерским отделением экстрагенитальной патологии
и постнатальной реабилитации Института педиатрии,
акушерства и гинекологии НАМН Украины

Дубоссарская Зинаида Михайловна

д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии
и перинатологии ФПО Днепропетровской государственной медицинской академии

Жабченко Ирина Анатольевна

д.м.н., заведующая отделением патологии беременности и родов
Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Калюжная Людия Денисовна

д.м.н., профессор,
заведующая кафедрой дерматовенерологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Кузнецов Валерий Николаевич

д.м.н., профессор,
заведующий кафедрой психиатрии НМАПО им. П.Л. Шупика

Лившиц Людмила Аврамовна

д.м.н., профессор, заведующая отделом геномики человека
Института молекулярной биологии и генетики НАН Украины

Маньковский Борис Никитич

член-кор. НАМН Украины, д.м.н., профессор,
заведующий кафедрой диабетологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Медведь Владимир Исаакович

д.м.н., профессор, заведующий отделением внутренней патологии
беременных Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Поворознюк Владислав Владимирович

д.м.н., профессор, руководитель отдела клинической физиологии и патологии
опорно-двигательного аппарата Института геронтологии НАМН Украины,

Смоляк Иван Иванович

д.м.н., профессор, руководитель отдела опухолей грудной железы и ее
реконструктивной хирургии Национального института рака АМН Украины

Татарчук Татьяна Феофановна

член-кор. НАМН Украины, д.м.н., профессор, заведующая отделом эндокринной
гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Ткаченко Руслан Афанасьевич

д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии
НМАПО им. П.Л. Шупика,

Шунько Елизавета Евгеньевна

д.м.н., профессор, заведующая кафедрой неонатологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Бигер Давид

профессор, Государственный медицинский центр «Тел Ашомер Шеба», Израиль

Гомель Виктор

профессор факультета акушерства и гинекологии (Medicine University
of British Columbia), Ванкувер, Канада

В.Н. Запорожан — президент Ассоциации акушеров-гинекологов Украины

В рамках XIII съезда акушеров-гинекологов Украины, проходившего в Одессе с 21 по 23 сентября этого года, были проведены выборы правления и президента Ассоциации акушеров-гинекологов Украины (ААГУ).

Со вступительным словом к собравшимся обратился член-кор. НАМН Украины, д.мед.н., профессор, президент ААГУ Б.М. Венцковский. Он отметил, что организаторы съезда не рассчитывали на такое количество заинтересованных коллег, стремящихся совершенствовать свои знания и профессиональный уровень. Вместо ожидаемых 500 на съезд приехало около полутора тысячи специалистов со всей Украины, стран СНГ и дальнего зарубежья.

Заседание продолжил д.мед.н., профессор Л.Б. Маркин. Он сказал, что под руководством Б.М. Венцковского, возглавлявшего ААГУ в течение 15 лет, она стала одной из ведущих среди ассоциаций медицинского профиля в нашей стране.

Первому президенту Ассоциации Б.М. Венцковскому были выражены слова глубочайшей признательности и уважения: за многолетний труд, преданность делу, огромный вклад в развитие и совершенствование родовспомогательной службы в стране — зал несколько минут аплодировал стоя. Он был избран почетным президентом ААГУ с соответствующими полномочиями.

Как отметил профессор Л.Б. Маркин, в составе ААГУ Украины есть множество достойных и уважаемых специалистов, имеющих регалии и международное признание. Безусловно, президентом Ассоциации должен быть человек необычайно авторитетный, глубоко уважаемый, который может многого добиться и имеет доступ в высшие эшелоны власти. Именно поэтому была предложена кандидатура вице-президента НАМН, академика НАМН Украины, ректора Одесского национального медицинского университета, д.мед.н., профессора В.Н. Запорожана.

Академик В.Н. Запорожан внес значительный вклад в разработку актуальных проблем генетики, иммунологии, онкологии. Являясь ученым-универсалом, философом и мыслителем, опираясь на многолетний научный опыт, он разработал новое научное направление — генетическую медицину. Это существенно расширило возможности научного поиска и разработки инновационных молекулярно-генетических методов диагностики и лечения социально-значимых заболеваний, а также интегрирования их во все отрасли медицины. В.Н. Запорожану принадлежат более 630 научных трудов, в т.ч. 47 монографий, 15 учебников и учебных пособий, 77 патентов и авторских свидетельств. Его научные труды охватывают широкий круг вопросов, отличаются оригинальностью поставленных задач и направлены на решение актуальных вопросов современной медицины. Он является основоположником и лидером известной в стране и за рубежом научной школы, воспитав целую плеяду авторитетных ученых. Под его руководством защищено 23 докторских и 62 кандидатских диссертаций. Академик В.Н. Запорожан избран членом 19 зарубежных университетов, академий, ассоциаций, имеет множество правительственных и международных наград.

По итогам открытого голосования вице-президент НАМН Украины В.Н. Запорожан был единогласно избран президентом ААГУ. В своем выступлении он выразил слова благодарности коллегам и первому президенту Ассоциации Б.М. Венцковскому за оказанное доверие. Он подчеркнул, что основная заслуга Бориса Михайловича состоит в том, что ААГУ является наиболее сильной, самой дружной, наиболее мощной и единственной ассоциацией, где действительно руководство и рядовые члены искренне поддерживают друг друга, отстаивают интересы и корпоративные, и личные как перед Минздравом, так и перед другими структурами. В.Н. Запорожан заверил присутствующих, что сосредоточит свое внимание на науке и что его поприще в НАМН, также как и должность ректора университета, позволят более креативно и плодотворно общаться с ведущими учеными мира и двигаться вперед. В этой связи академик отметил, что на сегодняшний день необходимо признать тот факт, что все утверждаемые отечественные диссертации в основном носят технологический характер. Это не вина диссертантов или консультантов, а следствие отсутствия необходимого современного оснащения.

Следует отметить, что руководство страны задекларировало много серьезных обязательств, реализация которых лежит на профессионалах. При этом наши корпоративные возможности не такие уж большие, поскольку здоровье населения всего на 10% зависит от системы здравоохранения, а в остальном — от социальной сферы и других факторов. По мнению ученого, единственный выход из сложившейся ситуации — объединить академическую и университетскую науку, привлекать к решению проблем меценатов, демонстрировать существующие проблемы людям из высших эшелонов власти. Формула успеха академика: «Хотеть! Знать! Делать!»

Беря на себя координирующую функцию, академик В.Н. Запорожан заверил, что ААГУ, обладая мощным кадровым потенциалом, способна великолепно взаимодействовать с международными ассоциациями и идти в ногу с мировыми стандартами.





Основные вопросы экстрагенитальной патологии

Часть II

Материнская смертность от экстрагенитальной патологии: ошибки и уроки*



В.И. Медведь, д.мед.н., профессор, заведующий отделением внутренней патологии беременных ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»

Согласно определению экспертов ВОЗ, изложенному во втором томе МКБ-10 (1993), **материнская смерть (МС)** – это смерть женщины, обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации), наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Все случаи МС разделяют на две группы: I – непосредственно связанные с акушерскими причинами и II – опосредованно связанные с акушерскими причинами.

МС, относящаяся к I группе, – это смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин.

Причины этих случаев еще называют прямыми и контролируруемыми. Важно понимать, что I группа объединяет те случаи, которые принципиально не могли бы произойти, если бы женщина не была беременной. Представляется совершенно оправданным назвать их истинной МС.

МС II группы – это смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.

Именно о МС, относящейся к этой категории, идет речь в данной публикации. Тут важно подчеркнуть, что с точки зрения экспертов ВОЗ смерть «*опосредованно связанная с акушерскими причинами*» все равно является материнской потому, что вызвавшая ее болезнь была «*отягощена физиологическим влиянием бе-*

ременности». Именно так сказано в заключительной части формулировки, представленной в МКБ-10. А возможна ли ситуация, когда на течение уже существовавшей или возникшей во время беременности болезни беременность, роды, послеродовой период никак не повлияли? Может ли быть, что естественный исход болезни просто совпал с беременностью во времени? Теоретически вполне возможно. Тогда такую смерть нельзя считать материнской. А как же их отличить? Мы для себя определили такую формулу – нужно ответить на вопрос: «Умерла ли бы женщина от той же причины в те же сроки, если бы не была беременной?» Если ответ «да», то такую смерть не следует квалифицировать как материнскую, так как ясно, что беременность с присущими ей значительными физиологическими изменениями не внесла никакого вклада в танатогенез. При ответе «нет», который по сути означает, что беременность приблизила или даже спровоцировала летальный исход, смерть следует признать материнской.

Однако это теория, пусть даже для нас, врачей, важная. На самом же деле смерть молодой женщины во время беременности или после ее прерывания, в родах или послеродовом периоде – огромная человеческая трагедия! И для мужа, потерявшего жену, родителей, лишившихся дочери, ребенка, оставшегося без матери, абсолютно все равно, какой смертью она умерла – материнской или нематеринской. Они и терминов-то этих не знают... Поэтому мы просто должны делать все возможное, чтобы женщины не умирали.

А все ли мы делаем?

С середины 80-х годов принимаю участие в экспертизе случаев МС от экстрагенитальной патологии (ЭГП), а с 2006 г. официально являюсь членом созданной при МЗ Украины экспертной комиссии по рассмотрению случаев смерти женщин, связанных с

* Начало в МАЭЖ, 2011, №6



беременностью. Ежегодно готовлю справку по анализу причин МС от ЭГП, которая входит в общую справку нашего Департамента и рассылается во все региональные органы здравоохранения. Поэтому имея большой опыт, позволяющий сделать некоторые обобщения, поделюсь ими.

Вот перечень наиболее типичных ошибок и выявленных недостатков оказания помощи на **амбулаторном этапе**:

- недостаточное и несвоевременное обследование;
- отсутствие документальных сведений об истории болезни беременной;
- недостаточное внимание к больным ОРЗ, запоздалое и неквалифицированное назначение антибактериальной терапии;
- позднее направление или (чаще) ненаправление больных на консультацию в профильное специализированное учреждение;
- ошибочный выбор профиля стационара;
- невнимательные, часто неквалифицированные действия врачей скорой помощи;
- транспортировка больных в нетранспортабельном состоянии;
- несоблюдение требований нормативных документов, утвержденных МЗ Украины.

Каждая из вышеприведенных позиций заслуживает внимания и подробного обсуждения, однако остановимся лишь на некоторых. Механизм *преemptивности оказания помощи* конкретной женщине предусмотрен нормативными документами Минздрава и заключается, в частности, в том, чтобы при взятии на учет по беременности из территориальной поликлиники была затребована выписка из Амбулаторной карты. Это вдвойне важно, когда речь идет о больной с ЭГП. В этом случае лучше было бы получить не только выписку, которая должна обязательно находиться в Индивидуальной карте беременной, но и всю Амбулаторную карту и хранить ее в женской консультации до окончания беременности. Возможный вариант – медицинская документация находится у самой беременной, и ею может воспользоваться, при необходимости, любой врач – участковый акушер-гинеколог, терапевт женской консультации, семейный врач, консультант и т.д. Самое главное, чтобы врачи, принимая решение о возможности вынашивания беременности и разрабатывая план ведения этой беременности, подробно ознакомились со всей имеющейся в медицинской документации информацией. Это позволило бы избежать многих ошибок, которые в дальнейшем могут стать первым звеном цепи, приводящей к фатальному исходу.

Недостаточное внимание к пациенткам с явлениями ОРЗ – частая ошибка, имеющая очень серьезные последствия. Сознательно избегаю обсуждения в этой статье трагических событий конца 2009 - начала 2010 гг., а именно гибели соответственно 53(!) и 39 (!) женщин от гриппа и его осложнений, что привело к более чем полуторакартному росту по-

казателя материнской смертности в Украине (с 14,7 в 2008 г. до 25,4 случаев на 100 тыс. живорожденных в 2009 г. и 22,3 в 2010 г.). Подробный анализ случившегося занял бы слишком много времени. Однако не могу не отметить, что почти во всех случаях гибели женщины были госпитализированы очень поздно, причем часто по вине врачей. Имели место случаи, когда в один и тот же день скорую помощь вызывали к беременной дважды: первая бригада не считала нужным госпитализировать больную, а вторая – доставляла ее в стационар уже в крайне тяжелом состоянии! И вне эпидемии гриппа в нашей стране ежегодно умирают 2-3 беременные или родильницы от пневмонии, начавшейся после ОРЗ. За много лет не было случая, когда бы стартовая антибактериальная терапия была правильной. А ведь по этому поводу есть очень четкий регламент, установленный нормативными документами МЗ Украины. Что же мешает их знать и ими руководствоваться?

Следует остановиться на *неверном выборе профиля стационара*, куда направляют беременную с ЭГП. У нас это очень болезненный вопрос. Во многих случаях именно неверный выбор стационара сыграл решающую роль в фатальном исходе случая. Казалось бы, что может быть проще: задайтесь вопросом, от чего страдает больная, что угрожает в настоящий момент ее здоровью и даже жизни? Если острый вирусный гепатит, то логично ее лечить в инфекционной больнице; если пневмония – в пульмонологии; если нарушение сердечного ритма – в кардиологии, а если у нее только что был отек легких, обусловленный митральным стенозом, то ее нужно госпитализировать в кардиохирургическую клинику. У нас все не так. Еще до 22 нед подобный вопрос может обсуждаться, исходя из интересов больной, да и то очень часто и в этом сроке беременную с явной соматической патологией госпитализируют в гинекологическое отделение. А позднее и подавно... Знаю, что в Беларуси законодательно закреплена норма, согласно которой беременную на любом сроке госпитализируют в тот стационар, который может оказать ей необходимую помощь в полном объеме. Только так и должно быть! Острый венозный илеофеморальный тромбоз и в 38 нед беременности нуждается в специализированном лечении сосудистым хирургом, а кровоизлияние в мозг, обусловленное артерио-венозной мальформацией, требует нейрохирургической операции, как и расслаивающая аневризма аорты – кардиохирургической.

Остро стоит вопрос *неквалифицированных действий врачей скорой и неотложной помощи*. В большинстве случаев любое страдание беременной женщины они объясняют наличием беременности. Последнее нередко служит и оправданием для неоказания помощи: лекарства же вредны для плода! Вот и получается, что при остром нарушении сердечного ритма беременную везут в роддом с диагнозом «токсикоз» и на этапе транспортировки не вводят ни одного медикамента! В общем, тут без системной кропотливой работы ничего к лучшему не изменится.



Типичные ошибки и недостатки оказания помощи в стационаре таковы:

- чрезмерная врачебная агрессивность (неоправданные прерывания беременности, досрочные родоразрешения, оперативный способ их осуществления);
- неверная, часто алогичная акушерская тактика, противоречащая действующим клиническим протоколам или методическим рекомендациям;
- неадекватная антибактериальная терапия;
- поздняя диагностика острой хирургической патологии, выжидательная хирургическая тактика, запоздалое хирургическое вмешательство;
- привлечение к консультациям беременных профильных специалистов с низкой квалификацией;
- отсутствие профилактики тромбоэмболических осложнений;
- неподготовленность анестезиологов-реаниматологов областных больниц и родильных домов к оказанию неотложной помощи и проведению продолжительной интенсивной терапии беременных с тяжелой неакушерской патологией;
- несоблюдение требований нормативных документов, утвержденных МЗ Украины.

В стационаре все обстоит еще хуже, чем в женской консультации. Или правильнее сказать – рельефнее, острее.

Два первых пункта этого списка, можно утверждать, – самые принципиальные. Врачи не хотят согласиться (или даже примириться) с тем, что прерывание беременности не излечивает ЭГП, особенно ее обострение, декомпенсацию, прогрессирование. Поэтому пытаются при активном туберкулезе, остром вирусном гепатите или диабетическом кетоацидозе помочь женщине (или решить свои проблемы?) путем прерывания беременности. Последствия такой помощи бывают крайне печальными. Каждое из вышеперечисленных состояний следует рассматривать как показание к соответствующей терапии и относительное противопоказание к прерыванию беременности.

Столь же печальные последствия, только наступающие еще быстрее, отмечаются, когда путем экстренного кесарева сечения пытаются купировать отек легких, пароксизм фибрилляции желудочков, эпилептический припадок (возможно, принятый за эклампсию) или симпато-адреналовый криз. Надеюсь, читатель понимает, что эти примеры взяты мною из реальных историй родов и патологоанатомических протоколов, а их ряд я мог бы продолжить.

Об ошибках *антибактериальной терапии* уже было сказано. Врачи стационара также очень часто не учитывают условия инфицирования (дома или в отделении) и фон, на котором развилась инфекция (наличие и тяжесть ЭГП, иммуносупрессивное состояние); придерживаются эскалационного принципа вместо более адекватного и современно-го деэскалационного. В наших родильных домах, за

редкими исключениями, не проводится качественный бактериологический мониторинг.

Ежегодно в нашей стране умирают женщины *от острой хирургической патологии*. В предыдущих публикациях уже говорилось об объективных сложностях ее диагностики в период беременности. Однако и при уже установленном диагнозе хирурги нередко избирают не такую активную тактику, как они бы избрали вне беременности. В итоге – запоздалое вмешательство, ухудшение прогноза. Советую коллегам в таких ситуациях задать хирургу простой вопрос: «Как бы Вы поступили, доктор, если бы пациентка не была беременной?». Точно также нужно действовать и сейчас, только еще более быстро, точно и осмотрительно.

К *консультациям беременных* следует привлекать наиболее высококвалифицированных специалистов. Лучше всего, если это будут областные специалисты или те, кому они в лечебных вопросах доверяют больше, чем себе. Приход нефролога или кардиолога только для записи в истории родов не нужен!

К сожалению, во многих случаях непосредственной причиной МС является тромбоэмболия легочной артерии или ее ветвей. Такая смерть практически всегда признается непредотвратимой. Между тем кто же мешал врачам оценить риск венозных тромботических осложнений и провести адекватную профилактику? Или, быть может, кто-то забыл, что очень многие виды ЭГП предрасполагают к возникновению тромбозов и тромбоэмболий?

В Украине имеется достаточная нормативная база для проведения адекватной профилактики венозных тромботических осложнений. Ею нужно руководствоваться. Другого совета не дашь. Дополнительно напомню коллегам о тех экстрагенитальных заболеваниях, которые являются фактором риска возникновения тромбозов и тромбоэмболий, а также некоторых ятрогенных вмешательствах, обладающих тем же эффектом.

Экстрагенитальные и ятрогенные факторы риска тромбозов и тромбоэмболий

Экстрагенитальные заболевания:

- варикозная болезнь, флебит;
- ожирение;
- артериальная гипертензия;
- митральный стеноз;
- фибрилляция предсердий;
- застойная сердечная недостаточность;
- сахарный диабет;
- нефротический синдром;
- острые и хронические заболевания легких;
- системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. системная красная волчанка и др.;
- злокачественные новообразования;
- тромбофилии;
- тромбоцитоз;
- полицитемия.

Медицинские вмешательства:

- постельный режим (иммобилизация) более 3 дней;



- общий наркоз;
- хирургические операции, особенно длительные;
- назначение эстрогенов;
- цитостатическая терапия;
- нерациональная инфузионная терапия;
- лечение препаратами, повышающими коагуляционный потенциал крови;
- антикоагулянтная терапия (рикошетные тромбозы после отмены).

О неподготовленности анестезиологов-реаниматологов распространяться здесь не буду, хотя бы потому, что сам-то – терапевт. Вроде некорректно. Скажу лишь, что без ликвидации этого недостатка, существенно снизить МС от ЭГП не удастся. Искренне рад и поддерживаю серьезные позитивные сдвиги в данном вопросе, а именно: создание при одной из акушерских кафедр Национальной академии последипломного образования им. П.Л. Шупика специального цикла по акушерской анестезиологии и проект открытия в Киеве Центра неотложной помощи и интенсивной терапии в акушерстве (название неточное, но суть вполне отражает) с возможностью транспортировки тяжелых больных, в том числе находящихся на ИВЛ. Есть надежда на изменения к лучшему.

И последняя позиция в обоих списках типичных ошибок – несоблюдение требований нормативных документов МЗ Украины. Этой обобщающей формулой можно было бы заменить многие из вышеперечисленных конкретных замечаний. Ясно, что нормативные документы, утвержденные приказами, следует выполнять. Если они несовершенны, то позитивная гражданская позиция врача должна быть в том, чтобы добиваться их изменения. Кстати, принципы доказательной медицины также требуют регулярного пересмотра клинических рекомендаций в соответствии с появляющимися новыми знаниями, научными результатами или их обобщениями. Но! Пока нормативный документ действующий, его нужно знать и выполнять. Хотел бы убедить коллег, что это выгодно лично им. Если вы действовали по утвержденному протоколу, а исход случая оказался неблагоприятным, то к вам не может быть никаких претензий, в том числе, мягко говоря, юридических. В медицине никогда не будет и принципиально не может быть стопроцентно эффективных методов. Если неблагоприятный исход наступил при вашем отступлении от утвержденного протокола, то к вам могут возникнуть очень неприятные вопросы. Таким образом, действующая нормативная база – это защита пациентки в стандартных ситуациях и защита врача при неизбежных неудачах. Чтобы завершить с ошибками, приведу известное изречение: «Единственная настоящая ошибка в жизни – не исправлять свои прошлые ошибки». Призываю вас к этому.

А каковы же уроки? Из многочисленных проанализированных историй МС и еще большего числа успешных случаев беременности при тяжелой ЭГП

я сделал несколько выводов, которые можно назвать постулатами ЭГП.

Постулаты экстрагенитальной патологии

1. Прерывание беременности на позднем сроке при тяжелой ЭГП является сложным и опасным вмешательством, которое должно выполняться только в случаях, когда иных средств изменить неблагоприятный прогноз исхода беременности не существует или эти средства исчерпаны.

2. Острые и тяжелые состояния беременной, обусловленные ЭГП, не лечатся экстренным прерыванием беременности или экстренным родоразрешением.

3. Экстренное прерывание беременности или экстренное родоразрешение на фоне обострения/декомпенсации ЭГП может усугубить состояние больной и способствовать летальному исходу.

4. Во всех случаях острого, тяжелого, нестабильного состояния беременной, обусловленного экстрагенитальным заболеванием, все усилия должны быть направлены на лечение жизнеугрожающей патологии.

5. Кесарево сечение не является наиболее безопасным и бережным способом родоразрешения при большинстве видов ЭГП.

6. При невозможности найти решение, в равной степени отвечающее интересам здоровья матери и будущего ребенка, приоритет отдается интересам матери.

7. Наличие ЭГП, даже очень тяжелой и перинатально значимой, не является доказательством ее решающей роли в неблагоприятном исходе беременности.

Помимо постулатов, из вышеизложенного вытекают три **главных принципа** оказания медицинской помощи беременным с ЭГП:

- мультидисциплинарность;
- преемственность;
- целостность.

Возвращаясь непосредственно к проблеме МС, хотел бы процитировать экспертов ВОЗ, которые в очень серьезном издании «Что за цифрами? Исследование случаев материнской смертности и осложнений в целях обеспечения безопасности беременности» (2003) задались вопросом: «Почему умирают матери?» Вот их ответ:

- потому что женщины не осознают необходимости получения помощи, не уделяют должного внимания признакам, которые свидетельствуют о появлении серьезных проблем;
- потому что структуры, которые оказывают соответствующую помощь, отсутствуют или недоступны (из-за отдаленности, высокой стоимости услуг или наличия социально-культурных барьеров);
- потому что оказываемая помощь является неадекватной или фактически вредной.

Выходит, что в каждом случае МС, с точки зрения экспертов ВОЗ, обязательно есть чья-то вина: самой женщины, системы организации помощи или



врачей. Не станем спорить, такие причины МС, безусловно, есть. В значительной мере они имеют место и в Украине. Однако есть и четвертая причина – болезнь. Тяжелая, неизлечимая, несовместимая с беременностью. Такие заболевания, как уже говорилось, до настоящего времени существуют. И если эксперты ВОЗ, отвечая на свой же вопрос, имели в виду МС не только от прямых, но и от косвенных причин, должны были указать и эту четвертую причину – ЭГП как таковая.

Вот тут появляется чрезвычайно важная характеристика МС – предотвратимость. Смерть от болезни, несовместимой с беременностью, непредотвратима (по меньшей мере в случае категорического отказа больной от прерывания до 12 нед или при позднем обращении). Смерть, наступившая вследствие «неоправданных вмешательств, недостаточного наблюдения, неправильного лечения и цепи событий, связанных с любой из вышеуказанных причин», предотвратима. А два других варианта – невнимательное отношение беременной к себе и недоступность медицинской помощи? Как посмотреть. С одной стороны, женщина может умереть от вполне курабельного заболевания, т.е. с учетом возможностей современной медицины не должна умирать. С другой стороны – медиков винить в такой смерти нельзя.

В заключение этого раздела назову наиболее реальные пути снижения МС от ЭГП. В них, вероятно, нет ничего нового для читателя, тем более что и я

многократно говорил о них на совещаниях с участием ответственных сотрудников Минздрава, различных врачебных собраниях и в печати.

Пути снижения материнской смертности от экстрагенитальной патологии

- Обеспечение постоянной контрацепции пациенткам, чья хроническая болезнь не совместима с беременностью (служба планирования семьи).
- Адекватная прекоцепционная подготовка больных с различной хронической ЭГП, включая хирургическое лечение, медикаментозную терапию, оздоровление.
- Соблюдение основных принципов оказания помощи беременным с ЭГП – мультидисциплинарности, преемственности, целостности.
- Широкое использование планового хирургического лечения экстрагенитальных заболеваний во время беременности.
- Родоразрешение беременных с наиболее тяжелой и сложной ЭГП должно проводиться только в специализированных отделениях ЭГП, имеющих соответствующие кадровые и аппаратурно-технические возможности.
- Системное повышение квалификации врачей разных специальностей по вопросам ЭГП.
- Строгое соблюдение требований действующих нормативных документов МЗ Украины на всех этапах наблюдения беременных (аудит).

Продолжение в следующем номере журнала



ЗАПИСНАЯ КНИЖКА

Українська асоціація остеопорозу

Українська асоціація менопаузи, андропаузи та захворювань кістково-м'язової системи

Українська асоціація ортопедів-травматологів Асоціація ревматологів України

Науково-медичне товариство геронтологів та геріатрів України

ДУ «Інститут геронтології АМН України»

Луганський державний медичний університет МОЗ України

Запрошують вас взяти участь у роботі науково-практичної конференції з міжнародною участю «**Кістково-м'язова система та вік**», що відбудеться **27-28 жовтня 2011 р.** в м. Луганськ.

Основні питання конференції

- Епідеміологія остеопорозу, остеохондрозу та остеоартрозу в Україні
- Фактори ризику дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта та суглобів
- Роль екологічних чинників у розвитку ортопедичної патології
- Клініко-рентгенологічні особливості остеопорозу
- Остеопороз і переломи кісток
- Захворювання кістково-м'язової системи в дітей та підлітків
- Біль у спині: складності діагностики та лікування
- Менопауза та захворювання кістково-м'язової системи
- Остеопороз у чоловіків

- Кістково-м'язова система при ендокринній патології
- Остеопороз і ендопротезування суглобів у хворих різного віку
- Остеопороз і захворювання пародонта
- Методи діагностики, профілактики та лікування захворювань суглобів і хребта у пацієнтів різного віку
- Методи діагностики, профілактики та лікування первинного й вторинного остеопорозу.

Робота конференції буде проходити у вигляді пленарних і секційних засідань, сателітних симпозіумів (лекцій, усних і постерних доповідей), круглих столів.

Контактні дані:

- тел.: (0642) 63-02-55, (050) 917-84-60 – Нішкумай Ольга Іванівна;
- тел./ факс: (044) 431-05-50, (044) 430-41-74, e-mail: osteoconf@ukr.net – Балацька Наталія Іванівна.

Оргкомітет

Більш детальна інформація на сайті: www.mazg.com.ua



Эволюция пренатального скрининга ХА: поиск оптимальной модели и стратегии скрининга на современном этапе*

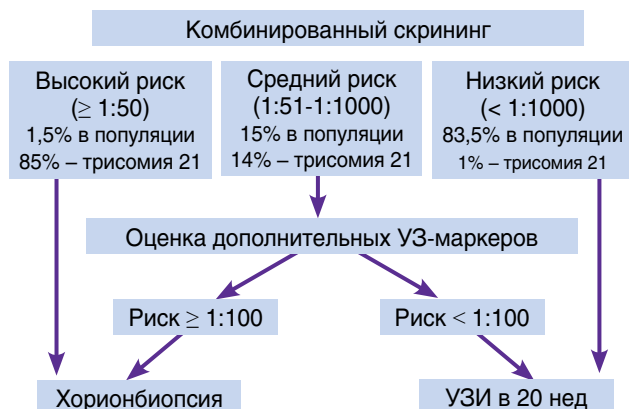
Часть II



Н.П. Веропотвелян, к.мед.н., главный врач ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», г. Кривой Рог

На схеме представлен алгоритм действий врача в зависимости от степени выявленного риска трисомии 21 по результатам ранжированного скрининга в I триместре беременности.

Схема. Алгоритм ведения беременных с различной степенью риска трисомии 21



Скрининг в I триместре с последующим проведением ультразвукового сканирования во II триместре беременности

При ультразвуковом сканировании во II триместре беременности каждый хромосомный синдром имеет свою собственную фенотипическую особенность – характерный симптомокомплекс – «эхопортрет» обнаруженных аномалий (Nicolaidis et al., 1992b; Nicolaidis, 1996; Веропотвелян Н.П. 1990–1993, 1995–1997, 1999, 2001, 2004). Например, при **трисомии 21** наблюдаются пороки сердца (предсердно-желудочковый канал, дефект межжелудочковой перегородки, правая аберрантная подключичная артерия), атрезия двенадцатиперстной кишки, гипоплазия носовых костей, уплощенный профиль, макроглоссия (высовывание языка), отек воротниковой зоны (увеличение толщины шейной складки) и предносовой кожи, величина префронтального пространства, гиперэхогенные фокусы в сердце, экзогенный кишеч-

ник, мегаколон, умеренная брахицефалия, пограничная вентрикулодилатация (вентрикуломегалия) боковых желудочков мозга, умеренный гидронефроз/пиелоэктазия, укорочение бедра и плечевой кости, сандалевидная щель на стопе, гипоплазия средней фаланги V пальца стопы (возможна клинодактилия), расширение большого родничка, иногда отсутствие XII пары ребер, широкие крылья подвздошных костей.

Для **трисомии 18** наиболее характерны: клубничкообразная форма головы, кисты сосудистых сплетений, отсутствие мозолистого тела, увеличение большой цистерны головного мозга, расщелины лица, микрогнатия, затылочный отек, пороки сердца (преимущественно септальные, конотрункальные и клапанные дефекты), диафрагмальная грыжа, атрезия пищевода, пупочная грыжа, единственная пупочная артерия, почечные аномалии (сращение, удвоение почек, гидронефроз, мегауретер), экзогенный кишечник, миеломенингоцеле, задержка роста и укорочение конечностей, аплазия лучевой кости, аплазия/гипоплазия I пальца кисти, флексорное сгибание III-IV пальца кисти и деформация стопы («стопа-качалка»). Реже встречаются атрезия желчного пузыря и желчных ходов, гипоспадия, крипторхизм.

Трисомия 13 ассоциируется с аринэнцефалией /голопроэнцефалией, микроцефалией, лицевыми аномалиями, (микрофтальмия/анофтальмия, расщелины губы и нёба), пороками сердца (септальные дефекты и аномалии главных артерий), увеличенными и экзогенными кистозными почками, пупочной грыжей и постаксиальной полидактилией.

Если при УЗИ во II триместре обнаружены характерные фенотипические проявления (эхомаркеры) и/или значительные аномалии развития плода, целесообразно предложить кариотипирование даже в том случае, если эти аномалии очевидно изолированы. Распространенность этих нарушений низкая, и поэтому финансовые затраты относительно малы. Если нарушения являются летальными или они связаны с

* Начало в МАЗЖ, 2011, № 6.



серьезными дефектами, такими как аринэнцефалия/голопроэнцефалия, кариотипирование плода является одним из серии обязательных исследований, чтобы определить возможные причины и рекуррентный риск (риск повторения). Если аномалии потенциально можно устранить путем внутриутробного или послеродового хирургического вмешательства, логично исключить основные наиболее распространенные хромосомные анеуплоидии (ХА) (трисомия 18 или 13).

В первую очередь незначительные аномалии развития плода или «мягкие» маркеры являются общими, т.е. неспецифичными, и обычно они не связаны с каким-либо дефектом (за исключением случаев наличия основных ХА). Плановое кариотипирование всех беременностей с такими маркерами имеет серьезные последствия относительно риска спонтанного выкидыша, и, кроме того, влечет за собой дополнительные экономические затраты. Лучше всего базироваться на консультации касательно предполагаемого индивидуального риска ХА, а не произвольно рекомендовать инвазивное исследование в связи с «высоким» риском. Индивидуальный риск вычисляется путем умножения риска априори (на основании результатов ранее проведенного скрининга врожденных аномалий и/или биохимических исследований, проведенных во время настоящей беременности) на отношении правдоподобности результата исследования конкретной аномалии или маркера (Benacerraf et al., 1992; Vintzileos and Egan, 1995; Vintzileos et al., 1996; Bahado-Singh et al., 1998; Nyberg et al., 2001; Smith-Bindman et al., 2001; Bromley et al., 2002; Nicolaides, 2003).

Было установлено, что ультразвуковое сканирование во II триместре беременности на 6% повышает вероятность обнаружения трисомии 21 (в сравнении с вероятностью обнаружения этой аномалии при проведении комбинированного скрининга в I триместре), при относительном числе ложноположительных результатов 1,2% (Krantz et al., 2007).

Скрининг в I триместре с последующим проведением биохимического анализа во II триместре

Три математические модели для дополнительного использования данных биохимического анализа были предложены для проведения расчетов во II триместре с целью корректировки результатов комбинированного скрининга I триместра:

- *интегрированный тест* — комплексное исследование, в котором все пациентки проходят измерение толщины воротникового пространства (ТВП) и определение уровня ассоциированного с беременностью протеина А плазмы (pregnancy associated plasma protein A, PAPP-A) в I триместре и уровней альфафетопротеина (АФП), неконъюгированного эстриола (uE_3), свободной β -субъединицы хорионического гонадотропина человека (β -ХГЧ), ингибина А во II триместре. Сводные результаты оцениваются для того, чтобы пациентам группы высокого риска можно было провести амниоцентез во II триместре (Wald et al., 1999).

- *поэтапный последовательный скрининг*, при котором все пациентки проходят измерение ТВП и уровней сывороточного PAPP-A и свободного β -ХГЧ в I триместре. Лицам, которые вошли в группу высокого риска, предлагается проведение биопсии ворсин хориона. Пациенткам из группы низкого и среднего риска во II триместре достаточно провести измерение уровня АФП, uE_3 , свободного β -ХГЧ и ингибина А. При этом, если совокупный риск по результатам исследований в I-II триместре оценивается как высокий, пациентке предлагается проведение амниоцентеза во II триместре.
- *контингентный скрининг*, который в целом аналогичен поэтапному последовательному скринингу, но биохимический анализ во II триместре производится только у пациентов средней группы риска после проведения скрининга I триместра (Wright et al., 2004).

Прогнозируемая эффективность этих трех методов аналогична частоте обнаружения 90-94% при относительной частоте ложноположительных результатов, равной 5%. Преимуществом контингентного метода является то, что 75-80% пациенток избегают проведения анализов во II триместре, а также то, что анеуплоидия у 60% плодов диагностируется в I триместре беременности (Wright et al., 2004; Benn et al., 2005; Cuckle et al., 2008).

К недостаткам данного метода скрининга относятся: во-первых, его более низкая эффективность в сравнении с комплексным подходом в I триместре, который включает новые ультразвуковые маркеры; во-вторых, уверенность родителей в случае первичных результатов, свидетельствующих о незначительном риске ХА, откладывается на несколько недель; в-третьих, многие беременные, у которых выявлен плод с ХА, лишены возможности безопасного прерывания беременности в I триместре; и в-четвертых, многие пациентки, не прошедшие двуступенчатый тест, фактически лишены скрининга.

Еще одним вариантом проведения скрининга является комплексный тест, при котором, как и в описанных выше моделях, скрининг в I триместре проводится по основным маркерам (ТВП, PAPP-A, свободный β -ХГЧ), на основе чего рассчитывается индивидуальный риск ХА и осуществляется отбор женщин на проведение инвазивной пренатальной диагностики (ИПД), а во II триместре проводится только определение уровня АФП с целью оценки дефектов нервной трубки и других врожденных пороков развития. Однако частота выявления ХА при этом почти аналогична классическому комбинированному скринингу I триместра беременности.

Эффективность различных методов скрининга трисомии 21 представлена в таблице.

Скрининг на другие хромосомные анеуплоидии (помимо трисомии 21)

Позитивным эффектом от проведения скрининга на трисомию 21 также является ранняя диагностика



Таблица. Эффективность различных методов скрининга трисомии 21

Метод скрининга	Частота обнаружения, %	Число ложноположительных результатов, %
Возраст матери (ВМ)	30	5
I триместр		
ВМ + ТВП плода	75-80	5
ВМ + свободный β -ХГЧ и РАРР-А	60-70	5
ВМ + ТВП+ свободный β -ХГЧ и РАРР-А (комбинированный тест)	85-95	5
Комбинированный тест + носовая кость или кровоток через трехстворчатый клапан или кровоток в венозном протоке	93-96	2,5
II триместр		
ВМ + сывороточный АФП, ХГЧ (двойной тест)	55-60	5
ВМ + сывороточный АФП, свободный β -ХГЧ (двойной тест)	60-65	5
ВМ + сывороточный АФП, ХГЧ, uE_3 (тройной тест)	60-65	5
ВМ + сывороточный АФП, свободный β -ХГЧ, uE_3 (тройной тест)	65-70	5
ВМ + сывороточный АФП, ХГЧ, uE_3 , ингибин А (четверной тест)	65-70	5
ВМ + сывороточный АФП, свободный β -ХГЧ, uE_3 , ингибин А (четверной тест)	70-75	5
ВМ + ТВП + РАРР-А (11-13 нед) + четверной тест	90-94	5

трисомий 18 и 13 (вторая и третья среди наиболее распространенных ХА). В период от 11 до 13 нед распространенность трисомий 18 и 13 относительно трисомии 21 – 1:3 и 1:7 соответственно. Все эти трисомии связаны с увеличением возраста матери, ТВП у плода и снижением уровня сывороточного РАРР-А матери. Отличия состоят в том, что при трисомии 21 уровень сывороточного свободного β -ХГЧ повышается, тогда как при трисомии 18 и 13 – снижается. Кроме того, в отличие от трисомий 21 и 18, при трисомии 13, наблюдается тахикардия плода: в 85% случаев с сердечным ритмом выше 95-го центиля у эуплоидных плодов. (Hyett et al., 1996b; Liao et al., 2000; Papageorghiou et al., 2006).

Использование алгоритма для скрининга трисомии 21 позволяет выявить около 75% плодов с трисомией 18 и 13. Комбинированное использование алгоритма для трисомии 21 и специальных алгоритмов для трисомий 18 и 13 повышает вероятность выявления этих ХА до 95% при небольшом повышении относительной частоты ложноположительных результатов примерно на 0,1% (Kagan et al., 2008c). Другим благоприятным следствием использования всех трех алгоритмов в совокупности является раннее выявление триплоидии примерно у 85% плодов (Kagan et al., 2008d).

В дополнение к измерению ТВП плода ультразвуковое сканирование в период от 11 до 13 нед помогает выявить многие значительные дефекты, такие как голопроэнцефалия, пупочная грыжа и мегацистис, обнаруживаемые у 1 из 1300, у 1 из 400 и у 1 из 1600 плодов соответственно. Анеуплоидии (в основном трисомии 18 и 13) наблюдаются примерно у 65% плодов с

аринэнцефалией и голопроэнцефалией, у 55% плодов с пупочной грыжей и 30% – с мегацистисом (Kagan et al., 2010y). На сроке беременности от 11 до 13 нед такие пороки развития, как отсутствие носовой кости, аномальный кровоток в венозном протоке и трикуспидальная регургитация, наблюдаются соответственно примерно у 50; 55 и 30% плодов с трисомиями 18 и 13 (Kagan et al., 2009c., 2009b; Maiz et al., 2009).

Особенности проведения скрининга при многоплодной беременности

При двуплодных беременностях эффективность скрининга ХА достигается комбинацией возраста матери и ТВП плода (Pandya et al., 1995b; Sebire et al., 1996a, 1996b; Maumon et al., 2001). Эффективность скрининга может быть повышена путем включения в протокол исследования результатов биохимического анализа сыворотки крови обследуемой беременной. При этом нельзя забывать о необходимости внесения поправок, соответствующих хориальности (Sepulveda et al., 1996). У dizиготных близнецов на 11-13-й неделе уровни материнского сывороточного свободного β -ХГЧ и РАРР-А примерно в два раза выше, чем при одноплодной беременности. При этом у монохориальных близнецов эти уровни ниже, чем у dizиготных (Spencer и Nicolaides, 2000, 2003; Spencer et al., 2008; Linskens et al., 2009).

У dizиготных близнецов индивидуальный риск трисомии 21 рассчитывается для каждого плода на основании оценки возраста беременной и ТВП плода, а вероятность обнаружения (75-80%) и относительная частота ложноположительных результатов (5% на плод



или 10% на беременность) аналогичны таковым при одноплодной беременности (Sebire et al., 1996a). При расчете риска трисомии было принято, что в каждой беременности измерения ТВП и копчиково-теменного размера (КТР) для каждого из плодов были независимыми друг от друга.

Однако последние данные свидетельствуют, что у зуплоидных дизиготных близнецов измерения ТВП каждой пары коррелируются, и эта корреляция является не просто отражением общего влияния специалистов-сонологов (Wojdemann et al., 2006; Cuckle и Maunon, 2010; Райт и соавт., 2011). Поэтому при скрининговом обследовании пациенток, вынашивающих многоплодную беременность, необходимо принимать во внимание эту корреляцию ввиду ее существенного влияния на предполагаемые индивидуальные риски трисомии. Скрининг в I триместре дает возможность провести раннее и поэтому более безопасное селективное прерывание беременности в случаях, когда один плод является зуплоидным, а второй – больным (Sebire et al., 1996b). Важным преимуществом скрининга ТВП плода является то, что при выявлении несоответствия для хромосомных аномалий наличие выявляемого при УЗИ маркера помогает обеспечить правильную идентификацию больного близнеца в том случае, если родители выбрали селективное прерывание беременности. При монохориальной беременности относительная частота ложноположительных результатов скрининга ТВП выше, чем у дизиготных близнецов, поскольку увеличение ТВП по меньшей мере у одного из плодов является ранним проявлением синдрома фето-фетальной трансфузии. Поскольку это может являться признаком хромосомных аномалий, необходимо проведение серии УЗИ и пристальное последующее наблюдение (Sebire et al., 1997, 2000; Kagan et al., 2007). При расчете риска трисомии 21 должна быть измерена ТВП обоих плодов с использованием для расчетов среднего значения (Vandercruys et al., 2005).

Факторы, влияющие на эффективность пренатального скрининга

Успех и эффективность пренатального скрининга ХА напрямую зависит от точности расчета индивидуального риска, который в свою очередь основывается на правильности определения значений ультразвуковых и биохимических маркеров. Даже небольшие погрешности в измерении и оценке одного или двух маркеров могут привести к ошибке и неверному расчету риска, на основе которого происходит отбор беременных на ИПД.

Ранее было принято считать, что ошибки в измерении и оценке ультразвуковых маркеров (в первую очередь ТВП) во многом обусловлены наличием субъективных факторов, например квалификация и опыт врача, выполняющего УЗИ, в то время как результаты биохимических тестов при условии соблюдения стандартов лабораторной методики более объективны. Что касается точности измерения ТВП, то она зависит от разрешающих возможностей ультразвукового сканера и корректности выполнения методики УЗИ воротникового пространства плода, в свое время предложенной

Фондом медицины плода (Fetal Medicine Foundation, FMF) и рекомендованной Международным обществом ультразвуковой диагностики в акушерстве и гинекологии (ISUOG) и Американским институтом ультразвука в медицине (AIUM, 2011). Способность проведения измерения ТВП должного качества зависит от уровня обучения конкретного специалиста, соблюдения им стандартов получения ультразвукового изображения и наличия у него мотивации. На протяжении последних 10 лет FMF широко проводит очную и заочную сертификацию врачей ультразвуковой диагностики (УЗД) из разных стран мира с выдачей лицензии – сертификата (сроком на 2 года) на право проведения УЗИ на сроках беременности 11-13 нед + 6 дней. Такая практика представляет собой внешний контроль качества проведения I скринингового УЗИ в указанные сроки беременности.

Одной из форм постоянного внутреннего контроля качества измерения ТВП является применение балльной шкалы Нерман (1998), которая используется для оценки составляющих элементов получения надлежащего изображения воротникового пространства. Это позволяет достигнуть и поддерживать высокую точность измерения этого эхо-маркера при проведении каждого УЗИ. В зависимости от значимости, критерии корректного выведения изображения воротникового пространства и точность его измерения разделяются на «большие» (среднесагитальное сечение, расположение калиперов, линия поверхности кожи), которые оцениваются в 0 или 2 балла каждый, и «малые» (размер изображения [зум], визуализация амниона, положение головки плода) с оценкой в 0 или 1 балл. Предложены четыре категории оценки суммарного количества баллов: 8-9 баллов – «отлично», 4-7 – «приемлемо» (т.е. является достаточным), 2-3 – «недостаточно приемлемо» (промежуточное), 0-1 – «неприемлемо» (т.е. неудовлетворительно). Пилотное исследование Нерман et al. (1999) показало, что наивысшее количество баллов удается получить в 30% случаев, приемлемое (достаточное для проведения исследования) – в 65%, промежуточное – в 5% и неприемлемое в – 0% случаев. Благодаря такому подходу качество полученных эхо-изображений воротникового пространства повысилось с 72 до 92% ($p < 0,001$). Такой вариант аудита рекомендует Французский колледж (Ассоциация) акушеров-гинекологов для использования в повседневной практике врачей УЗД, выполняющих УЗИ в I триместре беременности.

Очень важно, чтобы врач, проводящий измерение воротникового пространства, понимал, зачем он это делает, а не только выполнял стандартный протокол исследования. Важность вышеупомянутых трех составляющих, определяющих должное качество измерения ТВП наглядно демонстрируют результаты рутинного исследования по анализу протокола наблюдения. Было доказано, что различия в результатах измерения ТВП напрямую зависели от степени их влияния на дальнейшую тактику ведения беременности. Так, если от результатов измерения ТВП зависела дальнейшая тактика ведения беременности,



то измерение этого показателя было возможно у 99% плодов; если же от его результатов таковая не зависела, тогда оно было выполнено только у 75% плодов (Nicolaidis, 2004).

Что касается результатов исследования биохимических сывороточных маркеров, то их значения зависят не только от срока беременности, расовых и региональных популяционных особенностей беременных в исследуемой выборке, но и от технологических, методологических, организационных, ятрогенных и эндогенных факторов. При всех одинаковых условиях в рамках исследования, выполняемого персоналом одной лаборатории, абсолютные показатели значений практически каждого биохимического маркера (РАРА-А, АФП, β -ХГЧ, uE_3 , ингибина А) у одной и той же беременной достоверно отличаются при проведении исследования технологически различными методами на разных биохимических анализаторах и диагностических наборах (тест-системах) нескольких фирм-производителей:

- твердофазный иммуноферментный анализ – стандартный биохимический – ридер на тест-системах производства DSL (США), DRG (США), «Алкор-Био» и «Хема-Медика» (Россия).
- твердофазный двухсайтовый иммунофлуоресцентный анализ с использованием не прямой сэндвич-методики с технологией отсроченной по времени флуоресценции (TRF) на многофункциональном анализаторе Victor3-1420, Wallac и тест-системах Delfia производства Wallac/Perkin Elmer Life (Финляндия);
- иммунофлуоресцентный анализ по технологии отсроченной по времени амплифицированной скрытой эмиссии (TRACE) на автоматическом анализаторе Kryptor и на тест-системах производства Brahms (Германия);
- твердофазный иммунохемилюминесцентный анализ на автоматическом анализаторе Immulite и тест-системах производства Siemens (Германия).

Соответственно будут различными и медианы каждого из указанных маркеров.

К методологическим факторам, зависящим от действий персонала, относятся: время центрифугирования образца крови (не более часа), условия хранения и транспортировка, исключение возможности повторного замораживания/размораживания, существенно отсроченное по времени проведение теста (7 дней и более). Последний фактор имеет особое значение в том случае, если исследование проводится в лабораториях, находящихся на значительном удалении от места забора крови (внутри одного крупного города или в разных городах и областях).

К эндогенным факторам, которые могут влиять на показатели экскреции РАРА-А и свободного β -ХГЧ, относится измененный гормональный фон беременной, обусловленный ятрогенным воздействием (ЭКО – обратная корреляция и назначение гестагенов – прямая корреляция) (Kagan 2008, 2010).

Все вышеперечисленные факторы, безусловно, влияют как непосредственно на результаты

биохимического сывороточного скрининга, так и на конечный результат рассчитанного индивидуального риска вероятности ХА у плода.

Компьютерные программы, используемые для расчета индивидуального генетического риска ХА (Astraia, PRISCA, Fast screen II [Германия], Life Cycle [Финляндия]), отличаются не только особенностями программного решения, но и установленными маркерами и другим параметрами, что также сказывается на числовых значениях рассчитанного индивидуально риска ХА. Более 300 центров в мире проводят пренатальный скрининг в I триместре по единому алгоритму, разработанному FMF, и производят вычисление индивидуального риска по единой компьютерной программе First Trimester Screening software. В целом все вышеперечисленное сказывается на эффективности пренатального скрининга и общем показателе выявляемости плодов с ХА. Для повышения эффективности пренатального скрининга необходимо использовать только валидные стандартизированные тесты, широко внедрять и регулярно применять системы контроля качества скрининговых исследований. Один из путей снижения процента разночтений результатов биохимических тестов, выполненных в разных лабораториях – это переход к централизации проведения скрининговых программ с тестами на сухих пятнах крови (по аналогии с неонатальным скринингом). Эта технология была предложена компанией Perkin Elmer, и ее главным преимуществом является то, что она позволяет широко охватить скринингом даже беременных, проживающих в отдаленных районах, где порой трудно обеспечить явку каждой пациентки в лабораторию для проведения биохимического исследования. «Пробирочный» метод с использованием одной из вышеперечисленных лабораторных технологий (TRACE) целесообразно использовать в первую очередь для беременных группы риска, которые обратились к специалисту за консультацией по вопросу проведения ИПД, а также безвыборочно для всех обратившихся за помощью беременных. При любом варианте обязательным является проведение внутреннего контроля качества выполненных исследований.

Гарантия качества

Лаборатории, предоставляющие услуги по проведению скрининговых биохимических тестов материнской сыворотки, должны участвовать в проверке на подтверждение квалификации и контролировать выполнение тестов путем эпидемиологического мониторинга. Специалисты УЗИ должны принимать участие в текущих проверках качества измерения оценки ультразвуковых маркеров путем внутреннего и внешнего аудита. Компьютерные программы, используемые при расчете рисков, должны проверяться на расчетную точность.

Что делать и как оценить риск ХА у плода, если:

- расчет индивидуального риска ХА с помощью компьютерной программы не проводился;
- абсолютные численные значения биохимических маркеров не переведены в кратное от медианы нормальных/непораженных беременностей в тот же период беременности (МоМ);



- не проводилось исследование биохимических маркеров (комбинированный тест).

Существует два варианта решения этих проблем:

1. Если ТВП (мм) превышает 95 процентиль по отношению к измеренному КТР (мм) – рекомендовать экспертное УЗИ и консультацию генетика для решения вопроса необходимости ИПД.

2. Самостоятельно рассчитать риск ХА для плода на основе базового возрастного материнского риска, КТР (мм) и ТВП (мм), воспользовавшись нижеизложенным алгоритмом. Для этого можно использовать таблицы Nerman (2002).

- *Шаг № 1.* По таблице 1 определить базовый материнский риск по фактору возраста (число полных лет и месяцев) в день проведения ультразвуковой оценки КТР и ТВП.
- *Шаг № 2.* По таблице 2 совместить измеренные численные значения КТР (мм) и ТВП (мм); полученное значение является коэффициентом для перерасчета базового возрастного риска.
- *Шаг № 3.* Произвести расчет индивидуального риска ХА: базовый возрастной риск разделить на полученный коэффициент (см. шаг № 2).

Далее на основании полученного значения индивидуального риска ХА проводится отбор беременных высокого риска на ИПД (пороговое значение высокого риска 1:150). При среднем риске (1:151-1:1000) рекомендуется экспертная оценка дополнительных ультразвуковых маркеров в 11-13 нед + 6 дней; при отсутствии биохимических исследований сыворотки матери – тесты и прицельное УЗИ во II триместре беременности для решения вопроса о необходимости ИПД.

Рекомендации по протоколу проведения пренатального скрининга

На основании данных многочисленных обзорных исследований беременным, которые хотят пройти обследование на риск ХА, рекомендуется следующее:

I. Комбинированный скрининг и УЗИ с оценкой ТВП на сроке беременности 11-13 нед + 6 дней в сочетании с сывороточными маркерами (РАРР-А, свободного β -ХГЧ) в 10-13 нед. Полные недели, например: 11-13 нед = с 11-й недели 0 дней до 13-й недели 6 дней или проведение двухэтапного скрининга.

II. Расширенное I обследование, включающее оценку других ультразвуковых маркеров I триместра при условии, что в перспективе результаты будут подтверждены специализированным ультразвуковым центром II-III уровня, которые осуществляют пренатальный скрининг и консультативно-экспертное УЗИ (с возможностью проведения инвазивной пренатальной диагностики при высоком риске ХА).

III. Контингентное исследование, при котором пациентки с пограничными рисками из (I) проходят обследование (II) в профильном центре, и как следствие – риск корректируется.

IV. Для женщин, которые впервые обращаются за консультацией после 13 нед + 6 дней беременности (т.е. не прошедших первый этап скрининга), рекомендуется определение четырех маркеров материнской

сыворотки (квадро-тест: АФП, свободный β -ХГЧ, uE_3 , ингибин А) на сроке беременности 15-19 нед.

V. Комбинирование I и IV вариантов в последовательном (ступенчатом) или контингентном протоколе – при условии, что все полученные данные скринингового теста включены в заключительную оценку риска. Комплексный скрининг может быть предложен, если проведение биопсии ворсин хориона невозможно.

VI. Контингентный подход при проведении УЗИ во II триместре для корректировки риска ХА (иногда называемый «ультразвуковое сканирование на аномалии» или «генетическое УЗИ») для женщин, которые проходят обследование по вариантам I, IV или V. В перспективе результаты должны быть подтверждены ультразвуковыми центрами II-III уровня, которые осуществляют пренатальный скрининг и консультативно-экспертное УЗИ (с возможностью проведения инвазивной пренатальной диагностики при высоком риске ХА).

В зависимости от контингента направляемых пациенток и сроков беременности в нашем центре (ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», г. Кривой Рог) индивидуально применяются различные модели скрининга, основными из которых являются комбинированный двухэтапный скрининг с компьютерным расчетом индивидуального риска ХА. Некоторым женщинам, которые не прошли биохимический скрининг в I триместре беременности, индивидуальный расчет риска проводится с помощью таблицы Nerman на основе возраста матери, КТР и ТВП плода. Такой подход с последующим проведением ИПД в I и II триместрах беременности позволил снизить частоту выявления синдрома Дауна среди новорожденных в Днепропетровской обл. в 2,5 раза, в Кривом Роге в 3 раза, Днепропетровске и других городах области в 2 раза по сравнению с общепопуляционной частотой трисомии 21 (1:700-800 родов). Эффективность выявления трисомий 13 и 18 при пренатальном скрининге составила 99%. Таким образом, правильно выполненное УЗИ в 11-13 нед + 6 дней беременности наряду с проведением биохимических тестов и оценкой возраста женщины являются неотъемлемыми компонентами массового пренатального скрининга хромосомной патологии плода в I триместре беременности. Однако любой скрининг имеет определенные недостатки. В частности, отрицательный результат скринингового теста не является гарантией отсутствия ХА точно так же, как положительный результат теста не свидетельствует о ее наличии. При проведении ультразвукового скрининга хромосомной патологии плода в I триместре беременности у женщин не должно формироваться представление, что выявление увеличения ТВП у плода обязательно свидетельствует о наличии у него болезни Дауна и требует прерывания беременности. Именно результаты кариотипирования материала, полученного при инвазивной диагностике (биопсия ворсин хориона, амниоцентез), в отличие от положительных результатов скрининга, окончательно подтверждают или исключают патологию плода и являются показанием для прерывания беременности.



Выводы

1. У каждой женщины при любой беременности существует определенный риск того, что плод (или новорожденный) будет иметь какую-либо хромосомную патологию.

2. Базовый или исходный риск зависит от возраста женщины и срока беременности.

3. Использование только материнского возраста для оценки риска наличия синдрома Дауна у плода является недостаточным.

4. Комбинация ультразвукового измерения ТВП и определения биохимических маркеров в материнской сыворотке в I триместре беременности должна быть доступна для женщин, которые хотят провести раннюю оценку рисков. Наиболее оптимальной в настоящее время является двухступенчатая модель скрининга.

5. Определение четырех биохимических маркеров в сыворотке крови (АФП, свободный β -ХГЧ, uE_3 , ингибин А) должно быть рекомендовано для тех пациенток, которые впервые обращаются к врачу по вопросам пренатального скрининга после 13 нед + 6 дней беременности.

6. Модели и протоколы, которые сочетают в себе определение маркеров I и II триместров, также применимы.

7. Проведение УЗИ во II триместре беременности является полезным дополнением к другим протоколам скрининга.

8. Величина индивидуального риска для конкретной пациентки рассчитывается путем умножения величины исходного риска на коэффициенты, полученные при оценке результатов соответствующих скрининговых тестов, проведенных при данной беременности.

9. После каждого выполнения скринингового теста величина исходного риска умножается на соответствующий этому тесту коэффициент, что дает новую величину, являющуюся исходным риском перед проведением следующего теста.

10. Окончательный диагноз синдрома Дауна или других ХА плода может быть поставлен только после получения результатов амниоцентеза или биопсии ворсин хориона (реже – кордоцентеза).

Тактика ведения беременных пациенток при выявлении ультразвуковых и биохимических маркеров ХА при наличии нормального кариотипа плода

С клинической точки зрения ключевым вопросом до настоящего времени остается тактика ведения и обследования беременных, у которых выявлено расширенное воротниковое пространство и нормальный кариотип плода по результатам стандартного пренатального цитогенетического исследования. По данным большинства исследований, доля таких плодов довольно высока (60-70%) среди всех плодов с увеличением ТВП. К этой группе также можно отнести плоды с нарушениями кровотока в венозном протоке и через трикуспидальный клапан. Это означает, что при диагностировании у плода перечисленных ультразвуковых маркеров необходимо провести дополнительные экспертные УЗИ в I и II триместрах беременности

с применением новейших технологий для тщательной оценки всех анатомических структур (особенно сердца). Это необходимо для получения максимально полной информации о характере аномалий и стигм дисэмбриогенеза с учетом возможных клинических проявлений различной врожденной и генетически обусловленной патологии. В таких случаях целесообразна совместная консультация врача УЗИ и генетика для определения схемы комплексной пренатальной оценки полученного при ИПД материала плодного происхождения. Таковая проводится с использованием современных молекулярно-цитогенетических (FISH) и молекулярно-генетических (сравнительная геномная гибридизация [CGH]) технологий, включая новейшую BOBS – VACs-on-Beads, которые позволяют выполнять полную детекцию всех наиболее распространенных ХА и микроделеций.

При беременностях с достоверным отклонением в сыворотке матери уровней PAPP-A и свободного β -ХГЧ при нормальном кариотипе плода существенно повышается риск серьезных акушерских осложнений: угрозы прерывания беременности, преждевременных родов, внутриутробной гибели плода, задержки роста плода, преэклампсии (Kang et al., Ugurlu et al., Spenser, Nikolaidis, 2011). Поэтому при выполнении экспертных УЗИ целесообразно проведение серии доплеровских исследований маточно-плацентарного кровотока, артериального и венозного протока плода для раннего доклинического выявления случаев преэклампсии, задержки развития плода, профилактики и лечения этих состояний. Из числа этих женщин могут отбираться те, кому требуется проведение молекулярно-генетических исследований на наличие нарушений фолатного обмена, мутаций (MTHFR, MTRR) генетически обусловленных тромбофилий, которые ассоциированы с риском перечисленных акушерских осложнений. При позитивных тестах необходимо селективное назначение превентивного лечения. Таким образом, все вышеуказанные случаи требуют пристального внимания и совместного участия акушеров-гинекологов, врачей УЗИ, генетиков и неонатологов.

Заключение

Эффективный пренатальный скрининг на все основные распространенные ХА может быть достигнут в I триместре беременности с вероятностью выявления ХА около 95% и относительной частотой ложноположительных результатов менее 3%. Результаты ультразвукового пренатального скрининга I триместра беременности могут успешно использоваться для прогнозирования и диагностики врожденных пороков сердца, других аномалий развития, многочисленных генетических синдромов, а также патологии течения беременности и неблагоприятного перинатального исхода.

*Список литературы в количестве 149 источников представлен на сайте журнала:
www.mazg.com.ua*



Шляхи оптимізації діагностики загрози передчасних пологів

В.І. Пирогова, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО;

С.О. Шурпак, О.Е. Ошуркевич

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Передчасні пологи є не тільки медичною, але й соціальною проблемою, що в першу чергу пов'язано з їхніми перинатальними наслідками: захворюваність і смертність недоношених новонароджених у 40 разів вищі, ніж доношених [1]. Незважаючи на вдосконалення знань щодо чинників ризику і механізмів передчасних пологів, а також розробки сучасних превентивних заходів, частота народження недоношених дітей не знижується [6, 13]. У США на їх частку припадає близько 12-13% пологів, у Європі та інших економічно розвинених країнах цей показник становить 5-9% [14, 16]. У 65-75% пацієнток передчасні пологи настають самовільно внаслідок передчасного вилиття навколоплідних вод (25-30%) або передчасного початку пологової діяльності при цілих плодових оболонках (40-45%). У 25-35% випадків передчасні пологи розвиваються тоді, коли за медичними показаннями з боку матері або плода необхідне дострокове розродження на строках вагітності до 37 тиж [1, 3, 6]. При цьому слід враховувати той факт, що останніми роками збільшується число жінок, які належать до групи ризику передчасних пологів. Відсутність тенденції до зменшення кількості передчасних пологів в економічно розвинених країнах частково пояснюється тим, що, по-перше, все частіше виникає необхідність дострокового розродження за медичними показаннями, а по-друге – широким упровадженням допоміжних репродуктивних технологій, пов'язаних із підвищеним ризиком невиношування вагітності, особливо багатоплідної [9, 11]. При цьому показники захворюваності і смертності недоношених дітей при багатоплідді в 4-11 разів вищі, ніж при передчасних пологах одним плодом [1, 3].

Майже 5% недоношених дітей народжуються раніше 28-го тижня вагітності (глибока недоношеність), близько 15% – на 28-31-му (тяжка недоношеність), 20% – на 32-33-му (недоношеність середнього ступеня тяжкості) і 60-70% – на 34-36-му тижні вагітності (близько до встановленого терміну) [1, 16]. Що більший строк вагітності, тим кращим є прогноз для новонародженого. Вживання дітей, народжених між 22-м і 31-м тижнем гестації, становить: 6-7% – на 22-му тижні,

18% – на 23-му, 37% – на 24-му, 50% – на 25-му, 57% – 26-му, 76% – 27-30-му і близько 85% – на 31-му тижні вагітності [1].

Патогенез передчасних пологів до кінця не вивчено, проте відомо, що вони настають унаслідок патологічних процесів або ідіопатичної ранньої активації пологової діяльності. Сьогодні механізм початку пологів пояснюється різними теоріями: зниженням рівня прогестерону, окситоциновою стимуляцією чи децидуальною активацією [1, 5, 15].

Згідно з теорією зниження рівня прогестерону, з наближенням пологів підвищується чутливість наднирників плода до адренокортикотропного гормону і, як наслідок, збільшується секреція кортизолу. Кортизол плода активує плацентарну 17-гідроксилазу, в результаті чого знижується швидкість синтезу прогестерону і посилюється продукція естрогенів. Зміна співвідношення естрогенів і прогестерону стимулює синтез простагландинів, запускаючи каскад процесів, що призводять до початку пологів.

Давно відомо, що багатопліддя пов'язане з підвищеним ризиком передчасних пологів: від багатоплідних вагітностей народжується близько 2-3% всіх дітей. При цьому серед недоношених частка близнят сягає 15-20%. За наявності двох плодів передчасними пологами закінчуються 60% вагітностей, а при більшій кількості плодів – майже всі. До того ж приблизно у 40% випадків спостерігається початок пологової діяльності або вилиття навколоплідних вод на строках вагітності менше 37 тиж, а в решті випадків проводиться дострокове розродження за медичними показаннями. До спонтанних передчасних пологів при багатоплідді призводять або перерозтягнення матки, що зумовлює підвищення її скоротливої здатності, або передчасний розрив плідних оболонок.

Ймовірно, багатоводдя або маловоддя також можуть слугувати причиною передчасного вилиття навколоплідних вод або передчасного початку пологової діяльності. Частота передчасних пологів підвищується після попередньої конізації або електроексцизії шийки матки, що проводиться з приводу передракових захворювань,



а також при вадах розвитку матки [10]. Дослідженнями останніх років доведено, що у жінок, вагітність яких проходила у несприятливій психологічній або соціальній обстановці, частота передчасних пологів зростає більше ніж у двічі, навіть після стандартизації за іншими соціально-демографічними, медичними і поведінковими чинниками ризику.

Згідно з даними численних мікробіологічних досліджень, 25-40% передчасних пологів зумовлені внутрішньоматковою інфекцією [1, 11, 14]. Ряд авторів вважає, що остання запускає передчасні пологи шляхом активації неспецифічного імунітету. Ендотоксини мікроорганізмів і прозапальні цитокіни стимулюють вироблення простагландинів та інших медіаторів запалення, а також ферментів, що руйнують міжклітинну речовину. Руйнування міжклітинної речовини плодових оболонок призводить до передчасного вилиття навколоплідних вод, а простагландини у свою чергу підвищують скоротливу здатність матки. Результати гістологічного дослідження плідних оболонок свідчать, що чим менший строк передчасних пологів, тим частіше діагностують внутрішньоматкову інфекцію. Гістологічно підтверджений хоріоамніоніт виявляють майже при всіх пологах на строках вагітності 21-24 тиж і лише у 10% випадків – на 35-36-му тижні. *Mycoplasma spp.*, *Ureaplasma urealyticum* та інші мікроорганізми, які ідентифікують у матці до розриву плідних оболонок, зазвичай характеризуються низькою вірулентністю, що пояснює хронічний, часто безсимптомний перебіг внутрішньоматкової інфекції. Внутрішньоматкова інфекція може або обмежуватися децидуальною оболонкою, або розповсюджуватися на простір між амніоном і хоріоном і сягати амніотичної порожнини та плода. У нормі амніотична рідина стерильна, однак діагностична цінність виявлення мікроорганізмів у плідних оболонках залишається нез'ясованою. Згідно з даними, отриманими під час проведення сучасних інформативних методів, було виявлено мікроорганізми у плідних оболонках у 70% пацієток, розроджених шляхом планового кесарева розтину при доношеній вагітності. Це дає змогу припустити, що лише наявності бактерій в плідних оболонках недостатньо, аби викликати передчасні пологи.

Як свідчать результати більшості досліджень, зниження частоти передчасних пологів можливе за умови своєчасної діагностики та адекватної терапії загрози передчасного переривання вагітності, а також своєчасного виявлення і корекції істміко-цервікальної недостатності. Тому сьогодні не припиняється пошук сучасних методів діагностики істинної загрози передчасного переривання вагітності. У низці повідомлень було показано, що тільки 20% жінок з підозрою на загрозу передчасних пологів дійсно народжували передчасно, а у 80% – пологи відбувалися після

37 тиж вагітності. Унаслідок високого рівня гіпердіагностики передчасних пологів постає питання щодо доцільності госпіталізації, призначення токолітичної та стероїдної терапії більшості вагітним зі скаргами на біль внизу живота і сумнівними результатами об'єктивного дослідження.

На жаль, клінічні ознаки загрози передчасних пологів (переймоподібний біль внизу живота, структурні зміни шийки матки за даними внутрішнього акушерського дослідження) можуть бути виявлені пізно, що визначає неефективність лікування. Тому встановлення діагнозу загрози передчасних пологів повинно ґрунтуватися на методах, що мають доведену клінічну чутливість та специфічність.

На сьогодні в пологових стаціонарах України перебуває значна частка пацієток, у яких загрозу передчасних пологів діагностують на основі суб'єктивних скарг, наявності підвищеного тону су матки при відсутності структурних змін шийки матки. Медикалізація вагітних із застосуванням токолітиків, спазмолітиків, гестагенів переходить допустимі межі, хоча частота передчасних пологів не має тенденції до зниження.

Доведено, що за тонусом матки не можна з упевненістю говорити про ризик передчасних пологів при одноплідній вагітності, оскільки в нормі він значно варіює [8, 11]. Незадовго до передчасних пологів вагітні зазвичай скаржаться на вилиття навколоплідних вод, кров'янисті виділення з піхви. Якщо передчасні пологи нескладно розпізнати, то діагностика загрози передчасної пологової діяльності пов'язана з певними труднощами, оскільки симптоми, що нагадують передвісники передчасних пологів, часто зустрічаються при нормальному перебігу вагітності. Достовірною ознакою загрози передчасних пологів вважаються структурні зміни (довжини) шийки матки, визначення яких при трансвагінальному УЗД дає змогу виявити вагітних із високим ризиком передчасних пологів [12]. За даними деяких авторів, якщо довжина шийки матки > 30 мм, вірогідність пологів протягом найближчого тижня становить близько 1%, тому вони рекомендують утримуватись від лікування, спрямованого на збереження вагітності, і проводити амбулаторне спостереження.

Вивчення біологічних маркерів дозволило краще зрозуміти патологічні механізми, що призводять до спонтанних передчасних пологів, проте клінічне значення більшості з них невелике [7]. За концентрацією ряду речовин в біологічних рідинах можна передбачити передчасні пологи лише за 24 год до їх початку, що виключає можливість профілактики, а інші речовини слугують маркерами таких пологів на пізніх строках вагітності, коли захворюваність серед новонароджених відносно низька. У даній ситуації заслуговує на увагу тест Actim™Partus (Medix Biochemica, Finland), який ґрунтується



на визначенні фосфорильованого протеїну-1, що зв'язує інсуліноподібний фактор росту (ph IGFBP-1) в цервікальному слизу. Ph IGFBP-1 продукується децидуальними клітинами і вивільняється при наближенні пологів. Найнижча його концентрація, що виявляється за допомогою тесту Actim™Partus, становить 10 мкг/л. За даними літератури, при рівні ph IGFBP-1 у цервікальному слизу < 10 мкг/л (тест негативний) у 94% вагітних не виявляють ризик розвитку передчасних пологів упродовж двох тижнів після обстеження, що дає змогу змінити алгоритм спостереження, уникнути госпіталізації та необгрунтованої медикаментозної терапії [2, 4].

Метою роботи було дослідження ефективності використання тест-системи Actim™Partus для оптимізації ведення вагітних із підозрою на загрозу передчасних пологів.

Матеріали і методи дослідження

Під спостереженням перебували 80 жінок на строках вагітності 25-36 тиж. Критеріями включення у дослідження були скарги на біль внизу живота тягнучого або переймоподібного характеру.

У дослідженні не брали участь вагітні з підозрою на передчасний розрив плідних оболонок, з будь-якими проявами пізнього гестозу, з тяжкою екстрагенітальною патологією, з наявністю кров'янистих виділень зі статевих шляхів, передлежанням плаценти.

У всіх пацієнток виключалося підтікання навколоплідних вод. Оцінювали наявність і вираженість клінічних симптомів загрози передчасних пологів: больовий синдром, тонус матки, стан шийки матки, розташування передлеглої частини плода. Усім жінкам при первинному обстеженні проводили огляд шийки матки в дзеркалах, внутрішнє акушерське дослідження, ультрасонографічну фетоплацентометрію.

Залежно від застосованого обсягу діагностичних заходів вагітні були розділені на три групи. Пацієнткам першої групи (20 жінок) проводили трансвагінальну ультрасонографію з визначенням довжини шийки матки і ступеня розкриття цервікального каналу. У вагітних другої групи (30 осіб) застосовували тест Actim™Partus (згідно з інструкцією виробника). Здійснювали забір цервікального секрету за допомогою стерильного вагінального дзеркала стерильним дакроновим тампоном із набору тесту. Тампон помішали в розчин для екстракції і робили змив, енергійно обертаючи його протягом 10 сек у рідині для екстрагування. Після цього тестову смужку занурювали в екстракт проби. Унаслідок дії капілярних сил рідина піднімається вгору по смужці і вступає у взаємодію з нанесеними на смужку моноклональними антитілами проти ph IGFBP-1 людини. Результат інтерпретували через 5 хв після вилучення тестової смужки з екстракту і розміщення її в горизонтальному положенні.

Якщо проба містила ph IGFBP-1 більше порогового значення (> 10 мкг/л), то в тестовому полі з'являлася блакитна лінія (позитивний результат). Друга блакитна лінія (контроль) свідчила, що тест був виконаний правильно. За наявності тільки однієї блакитної лінії результат тесту розцінювався як негативний.

Пацієнткам третьої групи (30 жінок) проводили тест Actim™Partus та трансвагінальну ультрасонографію з визначенням довжини шийки матки і ступеня розкриття цервікального каналу.

Статистичний аналіз отриманих результатів виконували за допомогою комп'ютерних програм Microsoft Excel, Statistika 6.1.

Результати дослідження та їх обговорення

Вік жінок коливався від 20 до 35 років і дорівнював у середньому $26,2 \pm 1,4$ року. Першовагітні та ті, що народжували вперше, становили 30%. У повторновагітних в анамнезі мали місце пологи в строк, передчасні пологи, самовільні викидні у I і II триместрах вагітності (табл. 1).

Найбільш частими ускладненнями перебігу даної вагітності у обстежених жінок були ранній гестоз, загроза самовільного викидня у I триместрі. За результатами проведених PAPP-A-тесту (визначення асоційованого з вагітністю плазмового протеїну А, pregnancy associated plasma protein A [PAPP-A]) на строках вагітності 9-11 тиж, потрібного тесту на строках 17-18 тиж та динамічного спостереження за станом шийки матки з метою верифікації істміко-цервікальної недостатності у всіх пацієнток патології не виявлено.

При госпіталізації вагітні всіх груп скаржились на переймоподібний біль внизу живота, погіршення сну. Необхідно відмітити, що психоемоційний стан пацієнток з негативними наслідками попередніх вагітностей відрізнявся підвищеною тривожністю і дратівливістю, вираженою емоційною лабільністю.

Під час проведення акушерського обстеження регулярна пологова діяльність була відсутня у всіх пацієнток, однак у 15 (18,75%) вагітних всіх груп мали місце нерегулярні маткові скорочення (до 3-4 на годину). При проведенні вагінального дослідження у двох (10%) жінок першої групи, у двох (6,7%) із другої та у трьох (10%) осіб із третьої групи було виявлено зрілу шийку матки (6-8 балів за шкалою Burnhill M.S.) та її вкорочення до 2 см.

Результати подальшого обстеження показали, що структурні зміни шийки матки за даними трансвагінального УЗД мали місце у 10 (50%) жінок першої групи; тест Actim™Partus був позитивним у 10 (33,3%) вагітних другої групи. У третій групі за даними трансвагінального УЗД структурні зміни шийки матки були виявлені у 12 (40%) вагітних, а тест Actim™Partus був позитивним в 11 (36,7%) (табл. 2).

На основі результатів обстеження визначали обсяг і тривалість терапії, спрямованої на



продовження вагітності. За даними літератури відомо, що тільки 8-9% пацієнток з негативним результатом тесту ActimTMPartus народжують передчасно протягом 7 днів після обстеження. У такому разі досліджуваним вагітним був рекомендований відповідний режим та призначена седативна фітотерапія.

Усі пацієнтки першої групи, вагітні другої та третьої груп з позитивним тестом ActimTMPartus та наявністю структурних змін шийки матки (за даними УЗД) отримували мікронізований прогестерон вагінально по 200-400 мг/доб та токолітичну терапію β-адреноміметиками до досягнення позитивного клінічного ефекту. Жінкам на строках вагітності 26-33 тиж проводили профілактику респіраторного дистрес-синдрому плода дексаметазоном (згідно з наказами МОЗ України).

Під час спостереження за подальшим перебігом гестаційного процесу у пацієнток отримано наступні результати.

У першій групі пологова діяльність (незважаючи на проведення інтенсивної терапії) протягом двох днів розвинулась у п'яти (50%) жінок з виявленими при трансвагінальному УЗД структурними змінами шийки матки і у трьох (30%) – з відсутністю аналогічних змін через 11-14 днів після проведення обстеження. У 12 (60%) пацієнток пологи відбулись після 37 тиж вагітності (табл. 3).

У другій групі тільки в одній (5%) вагітній з негативним тестом ActimTMPartus відбулись пологи на строках вагітності 35 тиж через шість днів після проведення тесту. Ще у двох (10%) жінок з негативним тестом ActimTMPartus на 28-му тижні вагітності через два тижні після його застосування у зв'язку з підвищенням інтенсивності скарг проведені повторна госпіталізація і тест ActimTMPartus, що виявився позитивним. У зв'язку з цим була призначена терапія, спрямована на збереження вагітності; пологи відбулися на строках 37,6 тиж. У той же час, незважаючи на інтенсивну терапію, пологи впродовж доби при позитивному тесті ActimTMPartus розвинулись у одній (10%) вагітній, впродовж трьох днів – у двох (20%), упродовж тижня – у трьох (30%) жінок, однак за цей час встигли провести профілактику респіраторного дистрес-синдрому новонароджених. При негативному тесті ActimTMPartus пологи після 37 тиж вагітності відбулися у 19 (95%) пацієнток, тоді як при позитивному тесті (незважаючи на проведення інтенсивної зберігаючої терапії) – лише у двох (20%).

У третій групі в одній жінки при негативному тесті ActimTMPartus мали місце структурні зміни шийки матки, однак за відсутності токолітичної терапії і призначення прогестерону пологи відбулися після 37 тиж вагітності. Серед пацієнток з негативним тестом ActimTMPartus і відсутністю змін шийки матки передчасні пологи через два тижні після виписки зі стаціонару відбулися у одній (5,6%) жінки на строках вагітності 36 тиж.

З 11 осіб третьої групи, у яких при позитивному тесті ActimTMPartus виявили структурні зміни шийки матки, передчасні пологи протягом семи днів після обстеження відбулись у восьми (72,7%) жінок і в одній (9,1%) – через 12 днів після проведення тесту.

Таким чином, на фоні терапії, яка була спрямована на збереження вагітності, передчасні пологи протягом семи днів після отримання позитивного результату тесту ActimTMPartus відбулись у 14 (66,7%) пацієнток із 21, тоді як при негативному результаті за аналогічний період – тільки в одній (2,56%) з 39 вагітних. Отримані результати свідчать про високу чутливість та специфічність тесту ActimTMPartus. Його застосування дало змогу обрати адекватну лікувальну тактику й уникнути непотрібної медикалізації у 37 (61,7%) вагітних, яким проводився тест, зменшити тривалість госпіталізації у 2,1 разу – з 16,6 до 7,9 доби. Це дає не тільки відчутний економічний ефект, але і покращує якість життя пацієнток.

Висновки

1. Результати вищевказаного дослідження свідчать про високу чутливість та специфічність тесту ActimTMPartus, з допомогою якого з'явилася можливість визначати ризик розвитку пологової діяльності при загрозі передчасних пологів. Це в свою чергу дозволяє рекомендувати проведення тесту до призначення терапії, спрямованої на збереження вагітності після 25 тиж, щоб уникнути лікування «про всяк випадок».

2. Використання тесту ActimTMPartus дало змогу обрати адекватну лікувальну тактику і утриматися від непотрібної медикалізації у 61,7% вагітних, зменшити тривалість госпіталізації у 2,1 разу – з 16,6 до 7,9 доби. Таким чином, можна говорити не лише про відчутний економічний ефект, але й про покращання якості життя пацієнток.

3. Тест ActimTMPartus підвищує діагностичну точність, дає змогу уникнути як гіпердіагностики, так і отримання хибнонегативних результатів обстеження. Простота виконання, швидкість, висока чутливість і специфічність дозволяють рекомендувати його для застосування в умовах амбулаторій сімейного лікаря, жіночих консультацій, родопомічних закладів з метою оптимізації ведення пацієнток із груп ризику невиношування вагітності.

Перспективи подальших досліджень. Враховуючи високу чутливість та специфічність тесту ActimTMPartus, перспективними видаються дослідження і напрацювання практичних рекомендацій для ведення пацієнток групи ризику передчасних пологів після 22 тиж вагітності у період відсутності у них скарг з метою визначення оптимальних термінів і кратності проведення тесту, показань для профілактичної терапії і, як наслідок, реального зниження частоти передчасних пологів.



Таблица 1. Акушерський та гінекологічний анамнез обстежених

Гінекологічна захворюваність та перебіг попередніх вагітностей	Групи вагітних					
	Перша (n = 20)		Друга (n = 30)		Третя (n = 30)	
	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%
Запальні захворювання нижнього відділу генітального тракту	4	20	5	16,7	6	20
Ектопія шийки матки	2	10	3	10	2	6,7
Синдром полікістозних яєчників	1	5	2	6,7	2	6,7
Запальні захворювання органів малого тазу	2	10	2	6,7	3	10
Артифіційний аборт	4	20	5	16,7	4	13,3
Самовільний викидень у I триместрі	3	15	4	13,3	3	10
Самовільний викидень у II триместрі	2	10	3	10	4	13,3
Передчасні пологи	4	20	6	20	7	23,3

Таблица 2. Результати трансвагінального УЗД та тесту Actim™Partus у обстежених пацієнток на різних строках вагітності

Строк гестації, тиж	Actim™Partus (n = 60, друга і третя групи)				Трансвагінальне УЗД (n = 50, перша і третя групи)	
	Позитивний		Негативний		Довжина шийки матки < 20 мм Розширення цервікального каналу > 2 мм	
	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%
25-27	4	6,7	6	10	2	4
28-30	6	10	12	20	4	8
31-33	7	11,7	14	23,2	9	18
34-36	4	6,7	7	11,7	7	14

Таблица 3. Наслідки вагітності у жінок із різним обсягом діагностичних втручань

Наслідки вагітності	Перша група (n = 20) трансвагінальне УЗД		Друга група (n = 30) Actim™Partus		Третя група (n = 30) Actim™Partus + трансвагінальне УЗД		
	Зміни шийки матки (n = 10)	Відсутні зміни (n = 10)	Позитивний (n = 10)	Негативний (n = 20)	Позитивний + зміни шийки матки (n = 11)	Негативний + відсутні зміни шийки матки (n = 18)	Негативний + зміни шийки матки (n = 1)
Тривалість госпіталізації	15,8 ± 1,7	14,4 ± 1,4	17,4 ± 1,5	8,4 ± 1,6	16,5 ± 2,6	7,3 ± 1,2	12,4 ± 0,6
К-ть передчасних пологів	5 (50%)	3 (30%)	8 (80%)	1 (5%)	9 (81,8%)	1 (5,6%)	-
К-ть передчасних пологів протягом семи діб після проведення тесту	3 (30%)	-	6 (60%)	1 (5%)	8 (72,7%)	-	-
Строк гестації при передчасних пологах	30,3 ± 1,8	35,6 ± 0,7	32,5 ± 0,5	34,6 ± 0,4	33,3 ± 0,6	36	-
К-ть пологів в строк	5 (50%)	7 (70%)	2 (20%)	19 (95%)	2 (18,2%)	17 (94,4%)	1 (100%)

ЛАБОРАТОРІЯ В КИШЕНІ™

Pharmasco™

actim™ PROM & PARTUS



actim™ PROM

швидкий тест
для виявлення навколоплідних вод
у вагінальних виділеннях.*

actim™ PARTUS

швидкий тест
для визначення готовності шийки
матки до пологів.**

Якість моніторингу вагітності

- ✓ Прогнозування ризику передчасних пологів
- ✓ Виявлення мікророзривів плодових оболонок
- ✓ Визначення тактики ведення вагітної жінки
- ✓ Покращення показників народжуваності
- ✓ Збереження здоров'я майбутнього покоління



* визначення протеїну-1, що зв'язує інсуліноподібний фактор росту (ПЗІФР-1).

** визначення фосфорильованого протеїну-1, що зв'язує інсуліноподібний фактор росту (ФПЗІФР-1).

www.pharmasco.com

тести
гінекологічної
групи

тести
для визначення
інфекційних
захворювань

тести
для визначення
наркотичних
речовин

тести
для
визначення
кардіомаркерів

тести
для
визначення
онкомаркерів

тести
для
визначення
ЗПСШ

біохімія
сечі

аналітична система
Turbox plus
для визначення
білків



Реєстраційне свідоцтво МОЗ України № 8850/2009 від 11.08.09

ТОВ "ФАРМАСКО"
тел.: (+38 044) 537 08 04
e-mail: contact@pharmasco.com
www.pharmasco.com



Література

1. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности: руководство для практикующих врачей / Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 536 с.
2. Шалина Р.И. Тест Actim PARTUS в диагностике угрозы преждевременных родов / Шалина Р.И., Плеханова Е.Р., Лукашина М.В., Магнитская Н.А. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – Т. 6, № 2. – С. 14-18.
3. Ananth C.V. Trends in preterm birth and perinatal mortality among singletons: United States, 1989 through 2000 / Ananth C.V., Joseph K.S., Oyelese Y., Demissie K., Vintzileos A.M. // Obstet. Gynecol. – 2005. – V.105. – P. 1084-1091.
4. Elizur S.E. et al. Insulin-like growth factor binding protein-1 detection in preterm labour: evaluation of a bedside test / Elizur S.E. et al. // Am. J. Perinatol. – 2005. – V.22. – P. 305-309.
5. Fonseca E.B. Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix / Fonseca E.B., Celik E., Parra M., Singh M., Nicolaides K.H. // N. Engl. J. Med. – 2007. – V.357. – P. 462-469.
6. Goldenberg R.L. Preterm Birth I. Epidemiology and causes of preterm birth / Goldenberg R.L., Culhane J.F., Iams J.D., Romero R. // Lancet. – 2008. – V.371. – P. 75-84.
7. Goldenberg R.L. Biochemical markers for the prediction of preterm birth / Goldenberg R.L., Goepfert A.R., Ramsey P.S. // Am. J. Obstet Gynecol. – 2005. – V. 192. – P. 36-46.
8. Iams J.D. Frequency of uterine contractions and the risk of spontaneous preterm delivery / Iams J.D., Newman R.B., Thom E.A. et al. // N. Engl. J. Med. – 2002. – V. 346. – P. 250-255.
9. Jackson R.A. Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: a meta-analysis / Jackson R.A., Gibson K.A., Wu Y.W., Croughan M.S. // Obstet. Gynecol. – 2004. – V. 103. – P. 551-563.
10. Jakobsson M. Preterm delivery after surgical treatment for cervical intraepithelial neoplasia / Jakobsson M., Gissler M., Sainio S., Paavonen J., Tapper A.M. // Obstet. Gynecol. – 2007. – V. 109. – P. 309-313.
11. Krupa F.G. Predictors of preterm birth / Krupa F.G., Faltin D., Cecatti J.G., Surita F.G., Souza J.P. // Int. J. Gynecol. Obstet. – 2006. – V. 94. – P. 5-11.
12. Leitich H. Cervical length and dilation of the internal os detected by vaginal ultrasonography as markers for preterm delivery: a systematic review / Leitich H., Brumbauer M., Kaider A. et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1999. – V. 181. – P. 1465-1472.
13. March-of-Dimes, Perinatal Statistics, 2006.
14. Romero R. The preterm parturition syndrome / Romero R., Espinoza J., Kusanovic J. et al. // B.J.O.G. – 2006. – V. 113. – P. 17-42.
15. Sfakianaki A.K. Mechanisms of progesterone action in inhibiting prematurity / Sfakianaki A.K., Norwitz E.R. // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. – 2006. – V. 19. – P.763-772.
16. Smith L.K. Socioeconomic inequalities in very preterm birth rates / Smith L.K., Draper E.S., Manktelow B.N., Dorling J.S., Field D.J. // Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal. Ed. – 2007. – V. 92. – P. 11-14.

□



ЗАПИСНАЯ КНИЖКА

**ДУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами
Асоціація хірургів України
Асоціація акушерів-гінекологів України
Українська асоціація лікарів з малоінвазивних ендоскопічних і лазерних технологій
Вельмишановні колеги!**

Запрошуємо вас взяти участь у Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні мініінвазивні технології в хірургії та гінекології», яка відбудеться **24-25 листопада 2011 р.** у Києві.

З'їзд включено до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій 2011 р., затверджених МОЗ та НАМН України.

Основні питання конференції:

- Принципи і стандарти надання хірургічної допомоги, види медичної допомоги та особливості надання її в умовах стаціонару короткострокового перебування.
- Міждисциплінарні проблеми мініінвазивної хірургії та гінекології, спільна тактика хірурга та гінеколога.
- Симультанні ендохірургічні операції в хірургії та гінекології, хірургічна тактика.
- Сучасні можливості хірургічних втручань єдиним лапароскопічним доступом.
- Хірургічне лікування ожиріння.
- Актуальні питання мініінвазивної хірургії гриж живота, вибір оптимального способу та технологічні

особливості ендоскопічної операції при грижах.

- Проктологічні втручання в умовах стаціонару короткострокового перебування.
- Хірургія вен в умовах стаціонару короткострокового перебування.
- Актуальні проблеми анестезіології та інтенсивної терапії в умовах стаціонару короткострокового перебування.
- Сучасна мініінвазивна хірургія міоми матки й ендометріозу.
- Лапароскопічні втручання при невідкладних станах у гінекологічній практиці.
- Сучасна хірургія пролапсу геніталій.

Матеріали конференції слід надсилати до 15 вересня 2011 р. за адресою: вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014, ДУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС або на e-mail: Yakobchuk@poliklinika-1.gov.ua.

Реєстраційний внесок – 400 грн. Довідки за тел.: (044) 254-86-71; 050-543-02-02.

Оргкомітет

Більш детальна інформація на сайті: www.mazg.com.ua



Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги

Наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417*

1. Загальні положення

1.1. Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога здійснюється в амбулаторіях загальної практики/сімейної медицини, в жіночих консультаціях, гінекологічних кабінетах центральних районних лікарень (ЦРЛ), сільських лікарських амбулаторіях, фельдшерсько-акушерських пунктах (ФАП), центрах планування сім'ї, оглядових кабінетах поліклінік.

На I рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу мешканці села отримують на ФАП, в амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини (без лікаря акушера-гінеколога). Амбулаторна робота акушерки на I етапі в основному має профілактичний характер з метою попередження небажаної вагітності, ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань. Вагітні з неускладненим загальним та акушерським анамнезом, а також неускладненим перебігом вагітності можуть знаходитися під динамічним спостереженням лікаря загальної практики – сімейної медицини/акушерки/фельдшера, з обов'язковою консультацією лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації ЦРЛ на строках вагітності в 19-21 і 30 тиж. У разі виникнення акушерських ускладнень, патології плода, загострення екстрагенітальної патології вагітна негайно передається під нагляд лікаря акушера-гінеколога (додаток 1).

На II рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу вагітним і гінекологічним хворим здійснює медичний персонал ЦРЛ, центральної міської лікарні (ЦМЛ), міської лікарні (МЛ) жіночих консультацій, гінекологічних кабінетів ЦРЛ, центрів планування сім'ї, оглядових кабінетів поліклінік. У лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) II рівня спостерігаються пацієнтки без ускладненого перебігу вагітності та з акушерськими ускладненнями, з супутньою тяжкою екстрагенітальною патологією, вродженими вадами розвитку плода. За наявності показань вагітних направляють на III рівень надання медичної допомоги, за необхідності – до денних стаціонарів (додаток 18).

На III рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу здійснюють спеціалісти обласних лікарень. В ЛПЗ III рівня забезпечується поглиблене виконання обсягу медичного обстеження, який не може бути виконаний на попередніх етапах надання медичної допомоги вагітним та гінекологічним хворим. За необхідності проводиться консультування, додаткове обстеження іншими спеціалістами. Після проведеного обстеження складається індивідуальний план спостереження вагітної для медичного персоналу перших двох рівнів. Медичному спостереженню підлягають вагітні, які мають захворювання, вказані в додатку 18.

1.2. Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога включає заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я населення, диспансеризацію вагітних та гінекологічних хворих, профілактику та лікування акушерської і гінекологічної патології, планування сім'ї, санітарно-просвітницьку роботу.

1.3. Штатні посади медичного персоналу ЛПЗ з надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги встановлюються згідно з чинними штатними нормативами.

2. Організація диспансерного нагляду за вагітними

Метою диспансерного нагляду за вагітними є збереження здоров'я жінки та народження здорової дитини.

2.1. Перший візит вагітної (бажано до 12 тиж) є найбільш тривалим за часом і передбачає: збір анамнезу, загальне та акушерське обстеження, заповнення медичної документації (Індивідуальна карта вагітної та породіллі – форма № 111/о та Обмінна карта – форма № 113/о), визначення обсягу і термінів лабораторного обстеження, заповнення вагітної анкети за згодою (додаток 2), інформаційної згоди (додаток 3).

2.2. Обмінна карта видається вагітній з моменту взяття на облік.

2.3. Після першого візиту фахівець, який спостерігає вагітну, обов'язково отримує інформацію від лікаря загальної практики – сімейної медицини/дільничного терапевта про стан здоров'я жінки (додаток 4). У разі спостереження вагітної у лікаря загальної практики – сімейної медицини він заповнює цей додаток сам.

2.4. Вагітні з екстрагенітальними захворюваннями підлягають динамічному спостереженню профільного спеціаліста. Перелік екстрагенітальних захворювань, що потребують динамічного спостереження, визначено у додатку 5. Після отримання висновку профільних спеціалістів комісійно вирішується питання щодо можливості виношування вагітності та визначається план її ведення.

2.5. Жінки групи високого ризику виникнення у плода вродженої/спадкової патології (додаток 6) підлягають направленню на медико-генетичне консультування.

2.6. Вагітні, які не входять до групи високого ризику виникнення у плода вродженої/спадкової патології, повинні бути поінформовані лікарем загальної практики – сімейної медицини/лікарем акушером-гінекологом/фельдшером/акушеркою, які спостерігають за вагітною, про доцільність одночасного проведення ультразвукової діагностики (УЗД) (11-13 тиж, 18-21 тиж вагітності), біохімічного скринінгу вагітних (визначення хоріонічного гонадотропіну [ХГ], плацентарного білка РAPP-A та розрахунку ризику наявності у плода хромосомної та деякої вродженої патології).

* Із повною версією наказу можна ознайомитися на сайті www.moz.gov.ua.



2.7. При виявленні ознак наявності у плода вродженої чи спадкової патології пацієнтка отримує направлення на медико-генетичне консультування для вирішення тактики ведення вагітності та пологів. При підтвердженні виявленої патології проводиться пренатальний консилиум за участю лікаря акушера-гінеколога (додаток 7).

2.8. УЗД плода може проводити фахівець, який має відповідну підготовку, за затвердженою схемою протоколу (додатки 8, 9).

2.9. Під час кожного візиту всі дані фізикального, лабораторного та інструментального обстеження заносяться в Індивідуальну карту вагітної і породіллі та Обмінну карту із зазначенням відповідних призначень, дати наступного відвідування і засвідчуються підписом лікаря та інформованою згодою вагітної за формою «Інформована – згодна/незгодна».

2.10. У разі неускладненої вагітності оптимальна кількість візитів до фахівця за період спостереження становить у середньому сім-дев'ять разів (бажано разом із близькою людиною).

2.11. При виникненні ускладнень перебігу вагітності, якщо жінка спостерігається лікарем загальної практики – сімейної медицини/фельдшером/акушеркою, вона негайно передається під нагляд лікаря акушера-гінеколога (додаток 1). Частота відвідувань визначається лікарем за показаннями. Показання до додаткового візиту повинні бути обґрунтовані в медичній документації.

2.12. У разі виникнення ускладнень вагітності, які потребують стаціонарного лікування (чи лікування у денному стаціонарі), пацієнтка госпіталізується для обстеження і лікування у відділення (палату) патології вагітних пологового будинку (відділення) або спеціалізованого акушерського стаціонару, або у гінекологічне відділення (на строках до 22 тиж), або у денний стаціонар (додаток 18).

За необхідністю лікування екстрагенітальної патології пацієнтка госпіталізується до 22 тижнів вагітності у терапевтичне відділення або у відділення за профілем захворювання, або у відділення екстрагенітальної патології вагітних.

2.13. При оформленні відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами лікар керується Порядком видачі листка непрацездатності та довідки для призначення державної допомоги у зв'язку з вагітністю і пологами (Накази МОЗ України від 13.11.2001 р. № 455 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян» та від 18.03.2002 р. № 93 «Про затвердження форм облікової документації щодо призначення державної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами жінкам, які не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування, та інструкції щодо їх заповнення»). При оформленні відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами жінку оглядають два лікарі (бажано із завідувачем жіночої консультації).

2.14. В амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини/жіночих консультаціях вагітну та членів її родини готують до майбутнього батьківства в Школі відповідального батьківства. Робота проводиться з використанням демонстраційних матеріалів, технічних засобів і предметів догляду за дитиною (додаток 10).

2.15. При неявці вагітної на запланований огляд причини з'ясовується за вказаним контактним телефоном. У разі пропуску двох і більше обов'язкових візитів та/або систематичного невиконання рекомендацій і призначень лікар/

фельдшер/акушерка, які спостерігають за вагітною, повинні інформувати завідувача жіночої консультації та керівника, якому підпорядкований ЛПЗ, з відміткою в медичній документації. У разі виявлення асоціальної поведінки вагітної лікар повинен письмово інформувати працівників соціальної служби (додаток 11).

2.16. При фізіологічному перебігу вагітності, якщо пацієнтка спостерігається лікарем загальної практики – сімейної медицини або фельдшером/акушеркою, її необхідно направити на консультацію до акушера-гінеколога на строках вагітності 19-21 і 30 тиж.

2.17. При нагляді за вагітною в амбулаторних умовах лікареві загальної практики – сімейної медицини/акушеру-гінекологу або фельдшеру/акушерці ФАП необхідно дотримуватися плану ведення вагітних (графіку візитів).

3. Організація амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в сільській місцевості

3.1. Головними напрямками розвитку акушерсько-гінекологічної допомоги в сільській місцевості є створення єдиної системи медичної допомоги населенню шляхом максимального наближення лікарської допомоги до мешканок села, удосконалення не тільки форм, методів профілактичної роботи, динамічного спостереження, а і медико-соціальної допомоги.

3.2. Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога надається у жіночих консультаціях або акушерсько-гінекологічних кабінетах, кабінетах планування сім'ї поліклінік районних лікарень (РЛ), ЦРЛ, амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини та ФАП.

3.3. Консультативну допомогу сільському жіночому населенню забезпечують міські жіночі консультації, центри планування сім'ї, акушерсько-гінекологічні кабінети міських, обласних, республіканських поліклінік, консультативні поліклініки.

3.4. В організації гінекологічної допомоги сільському населенню є ряд особливостей та загальних положень. Так само, як і в містах, для виявлення гінекологічних захворювань у жінок велике значення мають профілактичні огляди. Профілактичним гінекологічним оглядам підлягають дівчата/жінки старше 14 років, які проживають або працюють на промислових і сільськогосподарських підприємствах та інших установах району обслуговування. Кожну жінку доцільно оглядати один раз на рік.

3.5. Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога здійснюється згідно з визначеною етапністю.

3.5.1. На I етапі амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу мешканці села отримують у ФАП, амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини, у сільських лікарських амбулаторіях та дільничних лікарнях (ДЛ) (без лікаря акушера-гінеколога). Амбулаторна робота акушерки на I етапі в основному має профілактичний характер з метою збереження репродуктивного здоров'я, попередження небажаної вагітності, ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань. Практично здорові молоді жінки з неускладненим загальним та акушерським анамнезом, а також неускладненим перебігом вагітності можуть знаходитися під динамічним спостереженням акушерок, лікаря загальної практики – сімейної медицини, відвідуючи лікаря жіночої консультації РЛ, ЦРЛ або виїзної лікарської бригади.

3.5.2. На II етапі амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу вагітним і гінекологічним хворим здійснює



Графік візитів вагітної до лікаря

Перший візит (бажано до 12 тиж вагітності)

Що повинно бути виконано під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Оформлення медичної документації	A	Форми 111/о та 113/о
Заповнення анкети вагітної	A	За згодою (додаток 2)
Збір анамнезу (загального, включаючи психічні захворювання, акушерського, гінекологічного; стан здоров'я батька дитини)	A	
Виявлення факторів ризику гестаційного діабету	B	За їх наявності – проведення двогодинного перорального тесту толерантності до глюкози (ПТТГ) (додаток 13)
Виявлення факторів ризику прееклампсії	C	За наявності факторів ризику (додаток 21) пропонуйте жінці з 16 тиж вагітності до народження дитини приймати 75 мг аспірину
Оцінка показань до направлення на медико-генетичну консультацію	D	Додаток 7
Оцінка умов праці	D	Видається лікарський висновок за встановленою формою при необхідності (додаток 14)
Загальний огляд	A	
Пальпація щитоподібної залози	A	
Аускультация серця	A	
Аускультация легенів	A	
Огляд та пальпація молочних залоз	A	
Пальпація лімфатичних вузлів	D	
Вимірювання артеріального тиску (АТ)	A	
Вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
Вимірювання температури тіла	D	
Визначення росту	B	
Визначення маси тіла	B	
Визначення індексу маси тіла	B	
Гінекологічний огляд (в дзеркалах та бімануальне дослідження)	D	Рутинний огляд не є прогностично точним для визначення строку вагітності, а також не дає можливості передбачити передчасні пологи або тазо-головну диспропорцію
УЗД на строках вагітності від 11 тиж + 1 день до 13 тиж + 6 днів (визначення строку вагітності, вимірювання комірцевого простору та виявлення ультразвукових маркерів уродженої та хромосомної патології)	A	Лікар надає інформацію жінці щодо доцільності одночасного проведення першого УЗД (11 тиж + 1 день – 13 тиж + 6 днів) і подвійного біохімічного тесту (вільний ХГ, РАРР-А) та розрахунку ризику наявності у плода хромосомної і деякої розповсюдженої вродженої патології. Дослідження виконують за згодою жінки (додаток 8)
Призначення лабораторного обстеження:		
• загальний аналіз сечі, включаючи тест на наявність білка	A	
• посів сечі (скринінг на безсимптомну бактеріурію)	A	При виявленні призначається антибіотикотерапія
• група крові та резус-фактор	A	
• наявність резус-антитіл (при Rh-негативній належності крові у вагітної та Rh-позитивній у батька майбутньої дитини)	B	Титри антирезус антитіл визначають тільки при першому візиті та в 28 тиж вагітності за умови неускладненого перебігу вагітності
• загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів	A	
• серологічне обстеження на сифіліс (перше)	B	
• тест на ВІЛ-інфекцію (перший)	A	Якщо результат тесту позитивний, то повторне обстеження не призначається При першому зверненні вагітної на строках до 23 тиж їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ. У разі отримання негативного результату повторне обстеження проводиться не пізніше 32 тиж вагітності У разі першого звернення пацієнтки на строках понад 30 тиж вагітності їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ. Якщо результат негативний, повторне обстеження проводиться експрес-методом у пологах



Що повинно бути виконано під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
• тест на наявність HBsAg	A	
• мазок на цитологічне дослідження	D	
• мазок на флору (за показами)	A	За наявності скарг та клінічних проявів
Надання вагітній розгорнутої інформації щодо: • необхідності прийому фолієвої кислоти (400 мкг) до 12 тиж вагітності	A	Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів/дітей з вродженими дефектами нервової трубки, добова доза фолієвої кислоти становить 800 мкг (додаток 19)
• доцільності ведення щоденника самопочуття до кінця вагітності	A	Додаток 15
• раціонального харчування під час вагітності	A	З особливим наголосом на: • відсутність необхідності рутинного прийому вітаміну D; • тератогенний ефект від прийому вітаміну А дозою понад 10 000 ОД/доб (А) • відсутність необхідності рутинного прийому полівітамінно-мінеральних комплексів (А) (додаток 20).
• гігієни харчування для зниження ризику виникнення харчових інфекцій (лістеріозу, сальмонельозу, токсоплазмозу)		
• здорового способу життя, включаючи припинення: - паління - вживання алкоголю - наркотичних речовин	A	
• оптимальних умов праці під час вагітності	D	
• внутрішньоутробного розвитку плода	D	
• статевого життя протягом вагітності	B	Доцільне використання презерватива
• фізичних вправ, включаючи такі, що зміцнюють м'язи тазового дна	A	
• необхідності відвідування Школи відповідального батьківства протягом вагітності, бажано з партнером	A	
• можливих загрозливих симптомів під час вагітності	A	Додаток 16
Направлення вагітної до дільничного терапевта за випискою з амбулаторної карти	B	Додаток 4
Заповнення вагітною інформованої згоди	B	Додаток 3

Другий візит (не пізніше 2 тиж після 1-го візиту)

Що необхідно виконати під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Оцінка та обговорення результатів обстежень з вагітною	D	
Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові становить < 110 г/л, слід обговорити з жінкою питання необхідності раціонального харчування (вживання м'яса, бобових, зелених овочів, citrusових) та доцільність прийому препаратів заліза	A	
Якщо у вагітної Rh-негативний, а у батька майбутньої дитини Rh-позитивний тип крові, у разі відсутності у неї антитіл, обговорити необхідність введення їй антирезус імуноглобуліну на строках вагітності 28-32 тиж	A	
Обстеження вагітної: • вимірювання АТ	A	
• вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
• вимірювання температури тіла	A	
• лабораторне обстеження – загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка	A	
УЗД на строках вагітності від 18 до 20 тиж + 6 днів (визначення структурних аномалій плода)	A	У випадку, коли результат УЗД є сумнівним або таким, що виявив будь-яку структурну аномалію плода, лікар УЗД негайно направляє пацієнтку до лікаря, який веде її вагітність, для вирішення питання щодо подальшого ведення вагітності та повідомляє лікареві про виявлену патологію по телефону (додаток 15)
Обговорення даних, занесених у щоденник самопочуття вагітної, з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів	D	



Третій візит (19-21 тиж вагітності, після виконання другого УЗД)

Що необхідно виконати під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Надання розгорнутої інформації щодо результатів попереднього УЗД	D	У разі виявлення низької плацентациї, крайового прикріплення плаценти необхідно провести додаткове УЗД на строках у 32 тиж вагітності. При виявленні центрального передлежання плаценти вагітну направляють до акушерського стаціонару
Обстеження вагітної:		
• вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	Додаток 17
• вимірювання АТ	A	
• вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
• вимірювання температури тіла	A	
Направлення на обстеження:		
• тест на ВІЛ-інфекцію (другий в 22-23 тиж вагітності)	A	
• загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка	A	
Обговорення даних, занесених у щоденник самопочуття вагітної, з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів	D	Додаток 15

Четвертий візит (25-26 тиж вагітності)

Що необхідно виконати під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Надання розгорнутої інформації щодо: • всіх отриманих результатів обстежень	D	
• необхідності проведення обстежень перед оформленням відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами	A	
Обстеження вагітної:		
• вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	Додаток 17
• вимірювання АТ	A	
• вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
• вимірювання температури тіла	A	
• огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
• аускультация серцебиття плода	A	
Направлення на обстеження:		
• загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів у 29 тиж вагітності	C	
• серологічне дослідження на сифіліс (друге) у 29 тиж	B	
• наявність резус-антитіл (при Rh-негативній належності крові у вагітної та Rh-позитивній у батька майбутньої дитини)	A	Титри антирезус антитіл визначаються тільки при першій явці та у 28 тижнів за умови неускладненого пербігу вагітності
• загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка	A	
• двогодинний тест толерантності до глюкози всім вагітним	A	Додаток 13
Обговорення даних, занесених у щоденник самопочуття вагітної, з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів	D	Додаток 15
Надання вагітній адрес пологових будинків (відділень) та їх номерів телефонів, куди можна негайно звернутися по медичну допомогу	D	
Призначення антирезус імуноглобуліну	B	У 28-32 тиж вагітності жінкам із резус-негативною належністю крові при Rh-позитивній крові у батька майбутньої дитини і відсутності антитіл у вагітної



П'ятий візит (30 тиж вагітності)

Що необхідно виконати під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Надання розгорнутої інформації щодо всіх отриманих результатів обстежень	D	
Обговорення даних, занесених у щоденник самопочуття вагітної, з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів	D	Додаток 15
Підготовка до пологів та народження дитини, партнерських пологів	A	Додаток 10
Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові становить < 110 г/л, слід обговорити з жінкою питання щодо необхідності прийому препаратів заліза	A	
Обстеження вагітної:	A	
• огляд та пальпація молочних залоз	A	
• вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	Додаток 17
• вимірювання АТ	A	
• вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
• вимірювання температури тіла	A	
• огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
• аускультация серцебиття плода	A	
Лабораторне обстеження – загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка	A	

Шостий візит (34-35 тиж вагітності)

Що необхідно виконати під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Обстеження вагітної:		
• вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	Додаток 17
• вимірювання АТ	A	
• вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
• вимірювання температури тіла	A	
• огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
• аускультация серцебиття плода	A	
Лабораторне обстеження – загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка	A	
Надання розгорнутої інформації щодо всіх отриманих результатів обстежень	D	
Обговорення даних, занесених у щоденник самопочуття вагітної, з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів, та необхідності своєчасного звернення за медичною допомогою. Слід надати адреси пологових будинків (відділень) та номери телефонів, куди може звернутись жінка	D	Додаток 15

Сьомий візит (38 тиж вагітності)

Що необхідно виконати під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Обстеження вагітної:		
• вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	Додаток 17
• вимірювання АТ	A	
• вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
• вимірювання температури тіла	A	
• огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
• аускультация серцебиття плода	A	
Лабораторне обстеження – загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка	A	
Надання розгорнутої інформації щодо:		
• дій жінки у разі початку пологової діяльності, вилиття навколоплідних вод або появи можливих загрозливих симптомів;	D	
• післяпологової контрацепції		
Обговорити дані, занесені в щоденник самопочуття вагітної. Надати адреси пологових будинків (відділень) та номери телефонів, куди повинна звернутись жінка за своєчасною медичною допомогою	D	Додаток 15



Восьмий візит (40 тиж вагітності)

Що необхідно виконати під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Обстеження вагітної: • вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	Додаток 17
• вимірювання АТ	A	
• вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
• вимірювання температури тіла	A	
• огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
• аускультация серцебиття плода	A	
Лабораторне обстеження – загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка	A	
Надання розгорнутої інформації щодо: • можливих дій при переношеній вагітності; • післяпологової контрацепції; • адрес пологових будинків (відділень) та номерів телефонів, куди може звернутись жінка за своєчасною медичною допомогою	D	Переношена вагітність – вагітність, термін якої становить > 294 днів (42 тиж) від першого дня останньої менструації Дослідженнями доведено, що показники материнської захворюваності та смертності при неускладненій вагітності підвищуються після переносування вагітності (> 42 тиж). Ризик народження мертвого плода на 37-му тижні вагітності становить 1:3000, на 42-му – 3:3000, на 43-му тижні – 6:3000 Жінкам із неускладненим перебігом вагітності індукцію пологів потрібно запропонувати після 41-го тижня вагітності (A)
Обговорити дані, занесені в щоденник самопочуття вагітної	D	

Дев'ятий візит (41 тиж вагітності)

Що необхідно виконати під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Обстеження вагітної: • вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	Додаток 17
• вимірювання АТ	A	
• вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
• вимірювання температури тіла	A	
• огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
• аускультация серцебиття плода	A	
Лабораторне обстеження – загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка	A	
Надання розгорнутої інформації щодо: • можливої подальшої тактики ведення вагітності (індукція пологової діяльності або очікувальне ведення, обговорення позитивних та негативних наслідків кожного з варіантів); • післяпологової контрацепції; • адрес пологових будинків (відділень) та номерів телефонів, куди може звернутись жінка за своєчасною медичною допомогою;	A	Якщо вагітна обирає індукцію пологової діяльності, направити її в пологовий стаціонар Якщо жінка обирає очікувальну тактику ведення, запропонувати їй посилений антенатальний моніторинг, починаючи з 42 тиж вагітності: кардіотокографія (КТГ) 2 рази на тиждень, УЗД з визначенням кількості амніотичної рідини (A)
Обговорити дані, занесені в щоденник самопочуття вагітної	D	Додаток 15



акушер-гінеколог РЛ, ЦРЛ, МЛ, ЦМЛ. В ЛПЗ II етапу можуть спостерігатись жінки без ускладненого перебігу вагітності. Пацієнтки із середнім та високими ступенем акушерського та перинатального ризику постійно знаходяться під наглядом акушера-гінеколога РЛ і ЦРЛ, МЛ, ЦМЛ із збереженням за ними нагляду медичного персоналу ЛПЗ I етапу.

3.5.3. На III етапі амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу здійснюють спеціалісти обласних лікарень. В ЛПЗ III етапу забезпечується поглиблене виконання обсягу медичного обстеження, який не може бути виконаний на попередніх етапах надання медичної допомоги вагітним та гінекологічним хворим. За необхідності проводиться консультативне обстеження іншими спеціалістами. Після проведеного обстеження складається індивідуальний план спостереження вагітної для медичного персоналу перших двох етапів. Вагітні з високим ступенем акушерського та перинатального ризику знаходяться під динамічним спостереженням спеціалістів III етапу, які в необхідних випадках вирішують питання щодо доцільності збереження вагітності.

3.6. Сільському населенню комплексну лікарську акушерсько-гінекологічну допомогу також надають виїзні бригади, до складу яких входять акушер-гінеколог, педіатр, терапевт та інші спеціалісти (за потреби).

Виїзні бригади здійснюють свою діяльність у відповідності до затвердженого графіка, що передбачає дату кожного виїзду, його тривалість, місце виїзду, склад бригади. Він затверджується головним лікарем ЛПЗ та доводиться до відомих керівників господарств, які несуть відповідальність за створення умов роботи виїзної бригади (забезпечення транспортом, доставка жінок і дітей до місця роботи спеціалістів).

Графік виїзду бригади медичних працівників також доводять до відомих головних лікарів амбулаторій загальної практики – сімейної медицини, сільських лікарських амбулаторій, головних лікарів сільської ДЛ, завідувачів ФАП.

Фельдшер і акушерка повинні мати список (реєстр) жінок своєї дільниці, які підлягають профілактичним періодичним оглядам. Згідно з графіком, акушерка дільниці інформує населення щодо приїзду виїзної бригади.

3.7. Акушер-гінеколог, який входить до складу виїзної бригади, зобов'язаний:

- здійснити обстеження вагітних і гінекологічних хворих, визначити план нагляду або лікування;
- надати консультативну допомогу вагітним та гінекологічним хворим;
- провести консультування з питань планування сім'ї;
- за необхідності надати медичну допомогу;
- надати організаційно-методичну допомогу з питань якості медичних послуг і профілактичної роботи;
- провести навчання персоналу з актуальних проблем, виявлених у роботі персоналу ФАП або амбулаторії загальної практики – сімейної медицини;
- проводити серед населення інформаційно-просвітницьку роботу (лекції, бесіди, консультування та ін.) з питань збереження репродуктивного здоров'я.

3.8. Свою діяльність лікар виїзної бригади повинен відображувати в документації того закладу, де він працює. Виявлених хворих з гінекологічною патологією за показаннями необхідно взяти на облік із наступними заходами оздоровлення. При повторному виїзді лікар акушер-гінеколог перевіряє виконання акушеркою ФАП призначень та рекомендацій.

4. Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної гінекологічної допомоги

4.1. Організація амбулаторної гінекологічної допомоги передбачає проведення заходів з питань збереження репродуктивного здоров'я, профілактики виникнення гінекологічних захворювань, раннього їх виявлення та надання лікувальної та реабілітаційної допомоги.

4.2. Гінекологічні захворювання виявляють під час звернення жінок до жіночої консультації або гінекологічних кабінетів багатопрофільної поліклініки, до лікаря загальної практики – сімейної медицини, гінеколога дитячого та підліткового віку, акушерки ФАП, а також під час проведення профілактичних оглядів у ЛПЗ.

4.3. Профілактичними оглядами в оглядових кабінетах забезпечуються дівчата з 14 років та всі жінки (за їх поінформованою згодою), які звернулися вперше в поточному році в ЛПЗ. Діагноз захворювання встановлює акушерка, лікар загальної практики – сімейної медицини, лікар акушер-гінеколог або гінеколог дитячого та підліткового віку на підставі скарг, анамнезу, даних гінекологічного огляду та подальшого обстеження.

4.4. Проведення профілактичних оглядів у дівчат з 18 років (за показаннями з 14 років оглядаються у присутності батьків гінекологом дитячого та підліткового віку) покладається на акушерку, лікаря загальної практики – сімейної медицини, педіатра, акушера-гінеколога, гінеколога дитячого та підліткового віку (в умовах ЛПЗ). Профілактичні огляди спрямовані на збереження репродуктивного здоров'я, профілактику небажаної вагітності, запальних захворювань статевих шляхів і підліткової вагітності, інфікування вірусом папіломи людини, діагностику порушення фізичного та статевого розвитку (затримка або випередження), порушення становлення менструального циклу.

При обстеженні проводиться оцінка фізичного та статевого розвитку, огляд та пальпація молочних залоз та огляд зовнішніх статевих органів. При порушенні менструальної функції, підозрі на гінекологічну патологію виконують ультрасонографічне дослідження органів малого таза (УЗД), ректо-абдомінальне дослідження внутрішніх статевих органів, аналіз виділень з піхви; за необхідності – гормональне дослідження, проведення діагностичних проб тощо. У сексуально активних підлітків також проводиться: огляд шийки матки у гінекологічних дзеркалах, обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), онкоцитологія та кольпоскопія. Під час візиту проводиться консультування з питань планування сім'ї та профілактики ІПСШ.

4.5. Профілактичні огляди дівчат/жінок з 18 років (за показаннями з 14 років оглядаються у присутності батьків гінекологом дитячого та підліткового віку) проводяться акушеркою ФАП, фельдшером або акушеркою оглядового кабінету багатопрофільних поліклінік, лікарем загальної практики – сімейної медицини, акушер-гінекологом жіночої консультації або центру планування сім'ї та спрямовані на раннє виявлення онкологічної патології у жінок, профілактику ІПСШ та ВІЛ/СНІД, консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності, збереження репродуктивного здоров'я. При проведенні профілактичних оглядів жінок здійснюють огляд та пальпацію молочних залоз, огляд шийки матки в дзеркалах, забір вагінальних мазків для онкоцитологічного (при відсутності патології) 1 раз



на 3 роки) і бактеріоскопічного дослідження (при показах), пробу Шиллера, бімануальне обстеження, пальцеве ректальне обстеження. Ультразвукове сканування призначають за показаннями.

4.6. На кожну жінку, яка вперше звернулася у зв'язку зі скаргами або за направленням інших спеціалістів, а також для профілактичного огляду, заповнюють Медичну карту амбулаторного хворого (форма 025/о) з детальним описом анамнезу, скарг, результатів аналізів і даних гінекологічного обстеження.

4.7. Після першого огляду на другій сторінці амбулаторної карти хворого в Листку запису заключних уточнених діагнозів проставляють дату огляду, заключний (уточнений) діагноз записують у день його встановлення. При виявленні у однієї жінки двох і більше гінекологічних захворювань статистичний талон заповнюють на кожне остаточно встановлене захворювання.

4.8. На кожну жінку, яка підлягає диспансерному нагляду, заповнюється Контрольна карта диспансерного спостереження (форма 30), де вказують діагноз захворювання, з приводу якого вона взята на облік, частоту оглядів, методи обстеження та лікування.

4.9. Вузькоспеціалізована лікувально-профілактична допомога — це вид медичної допомоги, що надається на III рівні фахівцями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити кваліфіковане консультування, діагностику та лікування у складних діагностичних та клінічних випадках.

Вузькоспеціалізована лікувально-профілактична допомога потребує застосування сучасної лікувально-діагностичної апаратури, інструментарію та обладнання.

4.10. Вузькоспеціалізована допомога може надаватися за наступними напрямками:

- гормональні порушення у репродуктивній системі (порушення менструального циклу, невиношування, безпліддя, дисгормональна патологія молочної залози, патологія клімаксу);
- патологія шийки матки;
- онкогінекологія;
- гінекологічна патологія у дівчат та підлітків.

Не потрібно проводити скринінг на патогенний стафілокок в усіх вагітних (А).

Орієнтовна посадова інструкція акушерки ФАП

1. ФАП є амбулаторно-поліклінічним закладом первинної ланки з наданням долікарняної медико-санітарної допомоги сільському населенню і відіграє важливу роль у лікувально-профілактичному обслуговуванні, проведенні комплексу профілактичних і оздоровчих заходів, а також санітарно-просвітницькій та протиепідемічній роботі.

2. На посаду акушерки ФАП призначається молодший спеціаліст з медичною освітою, який закінчив вищий медичний або середній спеціальний заклад і отримав кваліфікацію акушерки, фельдшера-акушерки або фельдшера.

3. Акушерка безпосередньо підпорядкована завідувачу ФАП. Методичне керівництво роботою здійснює лікар ЛПЗ, відповідальний за надання акушерсько-гінекологічної допомоги населенню на території діяльності ФАП.

4. Функції акушерки ФАП.

4.1. Забезпечення надання медичної допомоги вагітним і гінекологічним хворим за призначенням лікаря акушера-гінеколога.

4.2. Санітарно-просвітницька робота з питань охорони материнства і дитинства, планування сім'ї та відповідального батьківства.

4.3. Ведення амбулаторного прийому на ФАП.

4.4. Здійснення патронажу вагітних, породілей та новонароджених на дому.

4.5. Надання екстреної акушерської та гінекологічної допомоги з подальшим направленням жінок до відповідних ЛПЗ, супроводжуючи їх за необхідності.

4.6. Надання першої невідкладної допомоги при гострих захворюваннях і нещасних випадках (поранення, кровотечі, отруєння та ін.) з подальшим викликом лікаря, організація госпіталізації пацієнтки у відповідний найближчий ЛПЗ незалежно від відомчої підпорядкованості лікувально-профілактичної допомоги вагітним і гінекологічним хворим (швидкий тест на вагітність, визначення білка та ацетону у сечі).

4.7. Здійснення фізіотерапевтичних процедур у разі спеціального навчання, стажування, супроводжуючи хвору в необхідних випадках.

4.8. Своєчасне направлення вагітних до стаціонару відповідних ЛПЗ.

4.9. Проведення профілактичних оглядів жінок відповідно до встановлених термінів.

4.10. Виконання лікарських призначень.

4.11. Підготовка робочого місця для прийому вагітних і гінекологічних хворих лікарем на ФАП.

4.12. Проведення найпростіших лабораторних досліджень, пов'язаних з наданням екстреної допомоги.

4.15. Ведення документації у встановленому порядку за своїм напрямком роботи.

5. Акушерка ФАП зобов'язана:

5.1. Керуватись у своїй роботі цим положенням, наказами, інструкціями, методичними та іншими вказівками органів охорони здоров'я, а також розпорядженнями.

5.2. Видавати довідки й інші документи медичного характеру згідно з чинними нормативними актами МОЗ України.

6. Акушерка ФАП має право:

6.1. Спостерігати за станом здоров'я і розвитком дітей першого року життя у разі відсутності в штаті ФАП посади патронажної медичної сестри.

6.2. Проводити у межах компетенції і професійних прав консультування з питань планування сім'ї, обстеження, встановлювати попередній діагноз, строк вагітності, виконувати медичні маніпуляції та здійснювати профілактичну роботу.

6.3. Подавати завідувачу ФАП пропозиції щодо вдосконалення організації акушерсько-гінекологічної допомоги.

6.4. Підвищувати свій професійний рівень.

Орієнтовна посадова інструкція лікаря загальної практики — сімейної медицини з надання акушерсько-гінекологічної допомоги

Основні обов'язки сімейного лікаря:

- організація роботи на робочому місці;
- зосереджена на пацієнтові допомога;
- володіння спеціальними навичками;
- всебічний, комплексний підхід;
- холистичний підхід.

Медична опіка над вагітною

Профілактична та інформаційно-просвітницька робота

1. Організація та проведення Школи відповідального батьківства. Консультування та проведення навчання майбутніх



батьків з питань вигодовування, догляду за залишком пуповини та шкірою немовляти, безпеки дитини, характеру сну та випорожнення, нормального фізичного та психічного розвитку дитини, графіка щеплень та ін.

2. Розробка індивідуальних рекомендацій та проведення консультування батьків з питань: порушення харчування і вигодовування; порушення поведінки дитини; взаємостосунків між батьками і дитиною та ін.

3. Координація вирішення психосоціальних проблем, що виникають у вагітних та в їхніх родинах.

4. Навчання жінок раціональному режиму дня, харчування.

5. Консультування та підготовка вагітних та членів їх родин до появи новонародженої дитини.

6. Консультування з питань підготовки до пологів.

7. Консультування пацієнтки щодо ознак початку пологів.

8. Індивідуальні та групові консультування з профілактики ІПСШ/ВІЛ, планування сім'ї, методів контрацепції, в т.ч. післяпологової контрацепції, профілактики вроджених вад розвитку (насамперед за допомогою фолієвої кислоти), репродуктивних ризиків, ендемічних хвороб; імунопрофілактики.

Діагностика вагітності, спостереження та організація маршруту вагітної

- Діагностика та спостереження за вагітними з фізіологічним перебігом вагітності згідно з чинним клінічним протоколом; своєчасне взяття вагітних на облік (до 12 тиж)
- Взаємодія з II рівнем надання медичної допомоги (своєчасне направлення вагітної до акушера-гінеколога та на інструментальне [УЗД] і параклінічне обстеження
- Розробка індивідуального плану дій вагітної (і дорослих членів родини, що мешкають з нею) при ознаках початку пологової діяльності
- Планове направлення до пологового будинку
- Виявлення та направлення вагітних груп ризику на вищий рівень надання медичної допомоги: діагностика відхилень від фізіологічного перебігу вагітності; направлення на II рівень; зворотний зв'язок з II рівнем (обмін інформацією); контроль за виконанням вагітною рекомендацій спеціалістів вищого рівня
- Надання допомоги вагітним при невідкладних станах згідно з клінічними протоколами і настановами; дистанційне консультування зі спеціалістами II і III рівнів і отримання від них вичерпної інформації щодо клінічної ситуації; організація транспортування на вищий рівень (при потребі), ретельне документування наданої допомоги; негайне скерування до спеціаліста при прогностично важких ускладненнях вагітності
- Динамічне спостереження за породіллями: отримання від фахівців II і III рівнів вичерпної інформації щодо стану породіллі і новонародженого; виконання призначень фахівців II і III рівнів та контроль за дотриманням їх рекомендацій породіллями; організація патронажу згідно з чинними клінічними протоколами та настановами; консультування з питань гігієни післяпологового періоду та з питань підтримки грудного вигодовування
- Профілактика, рання діагностика і надання допомоги при післяпологових ускладненнях легкого перебігу (психологічний статус, лактостаз, тріщини сосків, затримка інволюції матки) та направлення породіль за

необхідності на вищий рівень лікування; організація психосоціальної підтримки інших членів сім'ї

Практичні та комунікативні навички

- комунікативні навички: проведення консультувань, бесід, лекцій, тренінгів;
- оцінка стану вагітної, показників життєво важливих функцій, визначення ступеня невідкладності випадку;
- огляд у дзеркалах;
- здійснення бімануального гінекологічного обстеження;
- забір матеріалу для цитологічного та бактеріоскопічного дослідження;
- пальцеве ректальне обстеження;
- огляд і пальпація молочних залоз;
- проведення і оцінка експрес-тесту на вагітність;
- вимірювання висоти стояння дна матки, обводу живота;
- визначення строку вагітності і дати пологів за датами останньої менструації та першого руху плода;
- визначення положення плода в матці;
- оцінка стану плода (аускультация серцебиття, ведення гравідограми);
- визначення ступеня зрілості шийки матки;
- оцінка ступеня ризику у вагітних;
- оцінка параклінічних методів досліджень вагітної.

Орієнтовне положення про жіночу консультацію

1. Жіноча консультація є амбулаторно-поліклінічним закладом і створюється для надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги населенню.

2. Жіноча консультація може бути структурним підрозділом пологового будинку, територіального ЛПЗ або самостійним ЛПЗ.

3. Перелік приміщень, що пропонується для жіночої консультації:

- кабінет завідувача жіночої консультації;
- кабінет старшої акушерки;
- кабінети лікарів акушерів-гінекологів;
- кабінети спеціалізованих прийомів: планування сім'ї, невиношування вагітності, гінекологічної ендокринології, мамологічний кабінет, кабінет патології шийки матки, гінекології дитячого та підліткового віку, діагностики та лікування безпліддя, функціональної та пренатальної діагностики;
- кабінети інших спеціалістів: терапевта, стоматолога (зубного лікаря), психотерапевта (медичного психолога), юристконсульта та ін.;
- фізіотерапевтичний кабінет;
- кабінет лікувальної фізкультури;
- кабінет підготовки вагітних до пологів;
- мала операційна;
- операційна;
- кімната тимчасового перебування після операції;
- процедурний кабінет;
- лабораторія;
- стерилізаційна;
- денний стаціонар;
- реєстратура.

4. Планування діяльності, фінансування, укомплектування штатом, оснащення жіночих консультацій медичною апаратурою, інструментарієм, господарським інвентарем та обладнанням проводиться відповідно до діючих нормативів в установленому порядку.



5. Керівництво роботою жіночої консультації здійснюється її завідувачем.

6. Персонал жіночої консультації в своїй роботі керується діючим законодавством, положенням про жіночу консультацію, наказами, інструкціями та іншими чинними нормативними актами органів охорони здоров'я, посадовими інструкціями.

7. Розрахункова площа приміщень жіночої консультації повинна відповідати нормативним вимогам, що пред'являються до лікувальних закладів («Державні будівельні норми України. Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я. ДБН В.2.2-10-2001»).

8. Основні завдання жіночої консультації.

8.1. Організація і проведення комплексу профілактичних заходів щодо збереження репродуктивного здоров'я населення, включаючи планування сім'ї та профілактику ІПСШ.

8.2. Проведення лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження ускладнень вагітності, післяпологового періоду, гінекологічних захворювань на основі сучасних досягнень науки і практики.

8.3. Раннє виявлення вагітних жінок (до 12 тиж вагітності) та їх диспансерний нагляд. Проведення клінічного, функціонального, ультразвукового та лабораторного обстеження вагітної із застосуванням сучасних засобів для визначення ступеня та групи перинатального ризику з метою профілактики акушерських та перинатальних ускладнень.

8.4. Своєчасне виявлення захворювань у вагітних та направлення їх на госпіталізацію у відділення патології вагітності пологового будинку або в інші лікувально-профілактичні установи за профілем захворювання.

8.5. Направлення вагітних жінок, які потребують лікування в стаціонарі денного перебування.

8.6. Забезпечення наступності з пологовими будинками, станцією швидкої медичної допомоги, поліклінікою та дитячою поліклінікою, спеціалізованими ЛПЗ (центри планування сім'ї, дермато-венерологічні лікарні, протитуберкульозний диспансер та ін.).

8.7. Упровадження в практику сучасних засобів діагностики та лікування ускладнень вагітності, захворювань породіль, гінекологічних захворювань.

8.8. Забезпечення необхідним обсягом функціонального та лабораторного обстеження вагітних.

8.9. Організація підготовки вагітних до пологів і залучення сім'ї до навчання у Школі відповідального батьківства.

8.10. Організація і проведення профілактичних гінекологічних оглядів жінок із використанням сучасних методів обстеження (кольпоскопія, цитологія та ін.) з метою раннього виявлення та лікування гінекологічних захворювань.

8.11. Організація та проведення консультування подружньої пари з питань планування сім'ї.

8.12. Диспансеризація гінекологічних хворих згідно з Нормативами надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю «акушерство та гінекологія» в умовах амбулаторно-поліклінічних лікувальних закладів.

8.13. Забезпечення правового захисту жінок згідно з чинним законодавством, а у разі необхідності – за участю юрист-консульта.

8.14. Своєчасне надання відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами згідно з чинним законодавством, лікарняного листа у випадках тимчасової непрацездатності жінки, на-

правлення на лікарсько-консультативну комісію (ЛКК) та МСЕК згідно з установленим порядком.

8.15. Організація медико-генетичного консультування подружжя, молоді, що збирається укласти шлюб, та родин, в яких є ризик народження (або які мають) дітей з уродженими вадами чи спадковими захворюваннями.

8.16. Забезпечення складання статистичних звітів за встановленими зразками, на основі яких проводити систематичний аналіз своєї діяльності.

8.17. Фахівцями жіночої консультації здійснюється методичне керівництво оглядовими кабінетами в багатопрофільних поліклініках за територіальним принципом.

Орієнтовне положення про жіночий оглядовий кабінет ЛПЗ

1. Жіночий оглядовий кабінет створюється у складі сільської амбулаторії/сільської лікарні, у поліклініках чи у поліклінічних відділеннях ЦМЛ, ЦРЛ, ДЛ.

2. На посаду акушерки жіночого оглядового кабінету може призначатися молодший спеціаліст з медичною освітою, який отримав кваліфікацію акушерки та має стаж роботи не менше 5 років.

3. Керує та контролює діяльність жіночого оглядового кабінету завідувач поліклініки, головний лікар амбулаторії/сільської лікарні, ДЛ, а також контролює рівень фахової підготовки.

4. Методичне керівництво роботою кабінету здійснює завідувач територіальної жіночої консультації, а методичне керівництво з питань онкології здійснює районний (міський) онколог.

5. Функціональні обов'язки акушерки оглядового кабінету.

5.1. Проводити профілактичні огляди жінок (за їх поінформованою згодою), які вперше протягом року звернулися до ЛПЗ.

5.2. Опитування про наявність порушення функцій статевої та шлунково-кишкової сфери.

5.3. Огляд шкіри, ротової порожнини та видимих слизових оболонок, огляд і пальпація молочних залоз, щитовидної залози, периферичних лімфовузлів, огляд зовнішніх статевих органів, огляд у дзеркалах піхви та шийки матки, бімануальне обстеження внутрішніх статевих органів, пальцеве обстеження прямої кишки жінкам від 30 років, а за наявності скарг – у будь-якому віці.

5.4. Взяття цитологічних мазків у всіх жінок з дотриманням методики взяття мазків, фіксації їх і направлення до цитологічної лабораторії; зворотній зв'язок з лабораторією.

5.5. Контроль за результатами цитологічних досліджень.

5.7. Направлення осіб, а при необхідності їх активний виклик, з виявленою патологією до відповідних спеціалістів, а також зворотний зв'язок з ними.

5.8. Навчання жінок самообстеженню молочних залоз.

5.9. Ведення паспорта дільниці (регіону обслуговування) з обліком та реєстрацією виконаних профілактичних оглядів і результатами цитологічних досліджень.

5.10. Надання повідомлень територіальним жіночим консультаціям про жінок, у яких виявлено передпухлинну та онкологічну патологію жіночих статевих органів та молочної залози.

5.11. Проведення санітарно-просвітницької та роз'яснювальної роботи серед жінок з питань профілактики захворювань.

6. Оснащення жіночого кабінету проводиться відповідно до Наказу МОЗ України від 04.11.2010 р. № 951 «Про



затвердження Примірних табелів оснащення обладнанням, медичною технікою та виробами медичного призначення (акушерсько-гінекологічна допомога)».

7. Жіночий оглядовий кабінет розміщується у світлій кімнаті з розрахунковою площею згідно з нормативними вимогами, що пред'являються до лікувальних закладів («Державні будівельні норми України. Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я. ДБН В.2.2-10-2001»).

Орієнтовне положення про кабінет патології шийки матки жіночої консультації

1. Кабінет патології шийки матки є спеціалізованим кабінетом у жіночій консультації, яка створюється у структурі пологового будинку, територіального ЛПЗ або самостійним лікувальним закладом.

2. На посаду лікаря кабінету патології шийки матки призначається головним лікарем (пологового будинку, ЛПЗ або жіночої консультації) лікар акушер-гінеколог, який пройшов тематичне вдосконалення з питань патології шийки матки та постійно підвищує свою кваліфікацію.

3. Лікар акушер-гінеколог кабінету патології шийки матки в своїй роботі безпосередньо підпорядковується завідувачу жіночої консультації та головному лікарю.

4. У своїй діяльності лікар кабінету патології шийки матки керується цим положенням, законодавчими, нормативними документами органів охорони здоров'я, посадовою інструкцією.

5. Лікареві кабінету патології шийки матки безпосередньо підпорядковуються акушерка жіночої консультації та молодший медичний персонал.

6. Функціональні обов'язки лікаря акушера-гінеколога кабінету патології шийки матки.

6.1. Здійснювати прийом і лікування жінок з патологією шийки матки за направленням акушерки оглядового кабінету, лікарів акушерів-гінекологів.

6.2. Проводити контроль за диспансерним спостереженням за жінками з патологією шийки матки на дільницях.

6.3. Налогодити взаємодію з онкогінекологом щодо своєчасного надання медичної допомоги хворим на злоякісні новоутворення шийки матки.

6.4. Забезпечувати повне і систематичне обстеження жінок з патологією шийки матки.

6.5. Проводити контроль за своєчасністю проведення цитологічного скринінгу та достовірністю охоплення цитологічним скринінгом жінок на дільницях.

6.6. Проводити санітарно-просвітницьку роботу з питань профілактики патології шийки матки.

6.7. Проводити аналіз по виявленню і лікуванню патології шийки матки.

7. Кабінет патології шийки матки розміщується у світлій кімнаті з розрахунковою площею згідно з нормативними вимогами, що пред'являються до лікувальних закладів («Державні будівельні норми України. Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я. ДБН В.2.2-10-2001»).

8. Оснащення кабінету патології шийки матки проводиться відповідно до Наказу МОЗ України від 04.11.2010 р. № 951 «Про затвердження Примірних табелів оснащення обладнанням, медичною технікою та виробами медичного призначення (акушерсько-гінекологічна допомога)».

Орієнтовне положення про мамологічний кабінет ЛПЗ

1. Мамологічний кабінет організовується у складі полі-

клінік (поліклінічних відділень) міських, центральних, районних лікарень, жіночих консультацій з метою ранньої діагностики передраку та раку грудної залози і диспансерного нагляду за хворими цієї категорії.

2. На посаду лікаря мамологічного кабінету призначається фахівець, який має повну вищу освіту (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «медицина», спеціальністю «лікувальна справа» за фахом «акушер-гінеколог» чи «хірург», які пройшли курси тематичного удосконалення з мамології та гінекологічної ендокринології. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо) – у встановленому порядку.

3. Лікар мамологічного кабінету підпорядковується головному лікарю поліклініки, лікарні, структурним підрозділом якої є кабінет, головному лікарю жіночої консультації. Організаційно-методичне керівництво його роботою здійснює територіальний онкологічний диспансер.

4. За стан мамологічної допомоги населенню району відповідає головний лікар закладу, на базі якого функціонує мамологічний кабінет.

5. При організації мамологічного кабінету поліклініки (поліклінічного відділення лікарні) на завідувача цього відділення покладається функція районного мамолога.

6. Відкриття і закриття мамологічного кабінету здійснюється у встановленому законодавством України порядку.

7. Мамологічний кабінет працює за планом, узгодженим з онкологічним диспансером і затвердженим керівником лікувального закладу, в складі якого організовано кабінет.

8. Основними завданнями лікаря мамологічного кабінету є:

- проведення прийому хворих, які звертаються в поліклініку з приводу захворювань грудних залоз;
- надання консультативної допомоги жінкам з патологією грудної залози;
- проведення лікування пацієнок з передраковими та іншими захворюваннями грудної залози;
- організація госпіталізації у 10-денний термін в онкологічні диспансери (інститути) хворих з підозрою чи наявністю злоякісного новоутворення для дообстеження і подальшого лікування (злоякісні новоутворення грудних залоз, преінвазивні форми раку грудних залоз, злоякісні та доброякісні захворювання м'яких тканин з локалізацією в грудній залозі, вузлові форми фіброаденоматозу грудних залоз, фіброаденоми, кісти, проліферативні види мастопатій);
- здійснення скринінгу патології грудних залоз;
- диспансерний нагляд за хворими з доброякісними вузловими новоутвореннями грудної залози повинен здійснювати акушер-гінеколог, хірург; зі злоякісними пухлинами – онколог; за жінками, які належать до групи ризику, – дільничний терапевт, лікар загальної практики – сімейний лікар;
- здійснення консультацій і патронажу на дому мамологічних хворих, які потребують цього, за виключенням хворих з IV клінічною групою, які обслуговуються лікарями-терапевтами дільничними;
- проведення аналізу причин відмов і прийняття невідкладних заходів щодо госпіталізації для спеціального чи симптоматичного лікування хворих на злоякісні новоутворення;
- здійснення обліку всіх пацієнтів з доброякісними та



злюкисними новоутвореннями, які проживають на території діяльності кабінету, і контролю за своєчасним направленням повідомлень про кожний випадок злоякісного новоутворення до онкологічних диспансерів;

- заповнення в контрольних картах (форма № 030-6/0) термінів проведення диспансерних оглядів мамологічних онкологічних хворих, даних про їх лікування, життєвий статус та ін.

9. Лікар мамологічного кабінету бере участь в організації протираккових заходів в районі своєї діяльності, до яких входять:

- профілактичні огляди населення медичними працівниками ЛПЗ, у т.ч. в оглядових кабінетах;
- диспансеризація та лікування осіб з передпухлинними захворюваннями грудних залоз;
- санітарно-просвітницька робота серед населення;
- організація скринінгу населення з метою виявлення раку грудної залози.

10. Лікар мамологічного кабінету проводить систематичний аналіз діагностичних помилок, допущених лікарями лікувальних закладів, несе особисту відповідальність за якість і повноту розбору за давніх випадків злоякісних новоутворень на протираккових комісіях. Протоколи розбору за давніх випадків раку грудної залози подаються в онкологічні диспансери не рідше одного разу на 2 міс.

11. Мамологічний кабінет повинен мати окреме приміщення для прийому хворих, зберігання медичної документації та санітарно-просвітницької роботи.

12. Перелік обладнання мамологічних кабінетів для проведення лікувально-діагностичної роботи та скринінгу:

- комп'ютер персональний (для скринінгової програми);
- плівковий мамограф з проявною машиною;
- цифрова ультразвукова діагностична система для мамологічних досліджень;
- набір для трепан-біопсії.

13. Штати медичного персоналу мамологічного кабінету встановлюються залежно від обсягу роботи згідно з нормативними документами МОЗ України (наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33).

Орієнтовна посадова інструкція завідувача жіночої консультації

1. На посаду завідувача жіночої консультації призначається кваліфікований фахівець, який пройшов спеціалізацію, має сертифікат лікаря-спеціаліста за спеціальністю «акушерство і гінекологія», досвід лікувальної та організаційної роботи за фахом не менше 5 років та не нижче II кваліфікаційної категорії.

2. Завідувач жіночої консультації призначається та звільняється головним лікарем ЛПЗ, у складі якого знаходиться жіноча консультація (у разі коли жіноча консультація є самостійним закладом – управлінням охорони здоров'я, якому вона підпорядковується).

3. Завідувач жіночої консультації безпосередньо підпорядковується головному лікарю ЛПЗ (заступнику з медичної частини).

4. Завідувач жіночої консультації у своїй роботі керується чинними нормативними актами, положенням про жіночу консультацію, посадовою інструкцією.

5. Основними завданнями завідувача жіночої консультації є організація надання кваліфікованої акушерсько-гінекологічної допомоги населенню.

6. Завідувач жіночої консультації забезпечує:

6.1. Умови діяльності медичного персоналу жіночої консультації.

6.2. Проведення лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на запобігання небажаній вагітності, ускладнень вагітності, післяпологового періоду, гінекологічних захворювань.

6.3. Упровадження в практику роботи сучасних методів профілактики, діагностики та лікування ускладнень вагітності та гінекологічних захворювань, сучасних форм та методів амбулаторно-акушерської допомоги.

6.4. Розширення обсягу та вдосконалення диспансерного методу обслуговування вагітних, породіль та пацієнок з гінекологічними захворюваннями.

6.5. Надання консультативної допомоги.

6.6. Взаємозв'язок із ЛПЗ вищого рівня в обстеженні та лікуванні вагітних та жінок з гінекологічними захворюваннями (пологовими будинками, станцією швидкої невідкладної допомоги, поліклінікою та дитячою поліклінікою, а також з іншими лікувально-профілактичними установами [центрами планування сім'ї, протитуберкульозним, шкірно-венеричним, онкологічним диспансерами]).

6.7. Забезпечення акушерсько-гінекологічною допомогою жінок, які працюють на промислових підприємствах, у господарствах, розташованих в районі діяльності жіночої консультації, визначення медичних показань тим, хто потребує переведення на іншу роботу.

6.8. Виявлення та направлення пацієнок з гінекологічними захворюваннями на санаторно-курортне лікування.

6.9. Участь у розробці та здійсненні заходів щодо організації охорони праці та здоров'я жінок спільно з власником або уповноваженим органом підприємств.

6.10. Упровадження методів планування сім'ї.

6.11. Організацію та проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення.

6.12. Ведення облікової медичної документації за формами, затвердженими МОЗ України.

6.13. Контроль за якістю лікувально-профілактичної роботи, трудової дисципліни медичного персоналу жіночої консультації.

6.14. Організацію та проведення заходів, спрямованих на підвищення кваліфікації медичного персоналу, а також виховання в нього почуття професійного обов'язку та відповідальності.

6.15. Раціональне використання ресурсів (існуючої медичної техніки, обладнання, коштів).

6.16. Аналіз своєчасності видачі листків непрацездатності з вагітності та пологів, тимчасової непрацездатності, направлення в установленому порядку осіб із втратою працездатності на ЛКК і МСЕК.

6.17. Забезпечення зберігання, обліку й видачі лікарняних листків.

6.18. Забезпечення надійного санітарно-гігієнічного режиму.

7. Завідувач жіночої консультації зобов'язаний:

7.1. Своєчасно доводити до відома медичного персоналу накази, розпорядження, інструктивно-методичні вказівки вищих організацій, посадових осіб та забезпечувати їх виконання.

7.2. Складати графік роботи лікарів, середнього і молодшого медичного персоналу, а також розклад роботи всіх кабінетів жіночої консультації.



7.3. Надавати консультативну допомогу акушерам-гінекологам консультації, а також іншим фахівцям ЛПЗ.

7.4. Аналізувати основні показники діяльності жіночої консультації та упроваджувати заходи з поліпшення її роботи.

7.5. Розробляти плани роботи жіночої консультації.

7.6. Проводити оперативні наради, конференції із залученням наукових фахівців та розробок, розборів тяжких випадків захворювань та перинатальної смертності новонароджених;

8. Завідувач жіночої консультації має право:

8.1. Брати участь у роботі з підбору кадрів жіночої консультації.

8.2. Вносити пропозиції або вирішувати питання щодо заохочення найкращих працівників або накладення дисциплінарних стягнень за умови порушення правил внутрішнього трудового розпорядку.

8.3. Перевіряти ведення лікарями облікової медичної документації, лікувальний та діагностичний процес у жіночій консультації.

8.4. Підвищувати професійну кваліфікацію.

8.5. Бути присутнім на амбулаторному прийомі акушерів-гінекологів з наступним проведенням аналізу їх роботи.

9. Завідувач жіночої консультації керується в своїй роботі законодавством України, нормативними актами МОЗ України, органів охорони здоров'я, рішеннями медичних нарад, методичними рекомендаціями тощо.

10. Відповідальний за техніку безпеки.

11. Відповідальний за протипожежну безпеку.

Орієнтовна посадова інструкція лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації

1. На посаду лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації призначається спеціаліст з вищою медичною освітою, який має первинну спеціалізацію та сертифікат лікаря-спеціаліста за спеціальністю «акушерство та гінекологія».

2. На посаду лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації призначається головним лікарем згідно з чинним законодавством.

3. Лікар акушера-гінеколога у своїй роботі безпосередньо підпорядковується завідувачу жіночої консультації та головному лікарю.

4. У своїй діяльності лікар акушера-гінеколога керується цим положенням, законодавчими, нормативними документами органів охорони здоров'я, посадовою інструкцією.

5. Лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації безпосередньо підпорядковуються акушерка жіночої консультації та молодший медичний персонал.

6. Оцінка діяльності акушера-гінеколога проводиться на основі аналізу проведення профілактичних, діагностичних та лікувальних заходів, показників жіночого здоров'я, а також здійснення оздоровчих методів жінкам з групи диспансерного нагляду.

7. Лікар акушера-гінеколога зобов'язаний:

7.1. Здійснювати прийом жінок у жіночій консультації.

7.2. Відвідувати хворих і вагітних на дому за викликом.

7.3. Виконувати активний акушерський патронаж вдома.

7.4. Проводити активну санітарно-просвітницьку діяльність щодо здорового способу життя, безпечного материнства, планування сім'ї тощо.

7.5. Вести профілактичну роботу з виявлення ускладнень вагітності, а також факторів ризику, що загрожують фізіологічному виношуванню вагітності.

7.6. Здійснювати динамічне спостереження за станом здоров'я вагітних жінок, забезпечувати взяття на диспансерний нагляд вагітних на ранніх строках вагітності (до 12 тиж).

7.7. Забезпечувати повне та систематичне обстеження вагітних із застосуванням клінічних, функціональних, лабораторних та ультразвукових методів дослідження з метою раннього виявлення материнської та перинатальної патології, вибору акушерської тактики в залежності від факторів акушерського та перинатального ризику та розробки плану ведення вагітності та пологів, забезпечення безпечного материнства.

7.8. Виявляти своєчасно вагітних, які потребують лікування в акушерських та спеціалізованих стаціонарах, в денних стаціонарах жіночих консультацій, та направляти їх на лікування у відповідні заклади охорони здоров'я.

7.9. Підтримувати постійний зв'язок з пологовыми будинками, лікарями-спеціалістами поліклініки (терапевтами, педіатрами та лікарями інших спеціальностей), спеціалізованими медичними закладами (дермато-венерологічними, протитуберкульозними лікарнями та іншими).

7.10. Проводити заняття з вагітними до пологів у Школі відповідального батьківства.

7.11. Проводити профілактичні гінекологічні огляди жінок з використанням сучасних методів обстеження (кольпоскопія, цитологія та ін.) з метою раннього виявлення та лікування гінекологічних захворювань.

7.12. Здійснювати огляд молочних залоз, навчати жінок методам самообстеження молочних залоз.

7.13. Проводити консультування жінок з питань планування сім'ї.

7.14. Проводити диспансеризацію гінекологічних хворих згідно з Нормативами надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю «акушерство і гінекологія» в умовах амбулаторно-поліклінічних лікувальних закладів.

7.15. Сприяти правовому захисту жінок згідно з чинним законодавством, у разі необхідності – за участю юристконсульта.

7.16. Забезпечувати надання акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам, які працюють на підприємствах та в установах району обслуговування.

7.17. Своєчасно надавати відпустку у зв'язку з вагітністю та пологами згідно з чинним законодавством, видавати лікарняні листи у випадках тимчасової непрацездатності та направлення на ЛКК та МСЕК згідно з встановленим порядком.

7.18. Своєчасно направляти на медико-генетичне консультування подружжя, молодь, що збирається до шлюбу, родини з ризиком народження та тих, що мають дітей з уродженими вадами чи спадковими захворюваннями.

7.19. Вести роботу з навчання середнього та молодшого медичного персоналу.

7.20. Виконувати та контролювати техніку безпеки та пожежну безпеку.

8. Лікар акушера-гінеколога має право:

8.1. Брати участь у нарадах, на яких розглядаються питання, що відносяться до роботи лікаря.

8.3. Вносити пропозиції щодо поліпшення якості роботи.

8.4. Подавати завідувачу жіночої консультації пропозиції про накладення стягнень або заохочення на осіб, підлеглих лікарю.



8.5. Лікар має право, за погодженням з адміністрацією, відмовитись від ведення пацієнта, якщо останній не виконує лікарських призначень або правил внутрішнього розпорядку ЛПЗ.

Орієнтовна посадова інструкція старшої акушерки жіночої консультації

1. Посаду старшої акушерки жіночої консультації може обіймати молодший спеціаліст з медичною освітою, який отримав кваліфікацію акушерки, має досвід практичної й організаційної роботи і стаж роботи акушеркою не менше 5 років.

2. Старша акушерка жіночої консультації приймається на роботу та звільнюється керівником ЛПЗ, до складу якого входить жіноча консультація, або завідувачем жіночої консультації.

3. Старша акушерка жіночої консультації знаходиться в підпорядкуванні завідувача жіночої консультації.

4. У своїй роботі старша акушерка жіночої консультації керується положенням про жіночу консультацію, діючим законодавством, наказами, іншими нормативними актами органів охорони здоров'я, правилами внутрішнього трудового розпорядку, посадовою інструкцією.

5. У безпосередньому підпорядкуванні старшої акушерки жіночої консультації знаходиться середній і молодший медичний персонал консультації.

6. Основним завданням старшої акушерки жіночої консультації є правильна організація праці середнього і молодшого медичного персоналу та забезпечення своєчасного виконання ними лікарських призначень вагітним і гінекологічним хворим.

7. Відповідно до основних завдань, старша акушерка жіночої консультації забезпечує:

7.1. Ознайомлення середнього і молодшого медичного персоналу з їх обов'язками.

7.2. Контроль за своєчасним і кваліфікованим виконанням акушерками лікувальних і діагностичних призначень лікарів у жіночій консультації та вдома; ведення ними облікової медичної документації відповідно до форм, затверджених МОЗ України; дотриманням середнім і молодшим медичним персоналом встановлених правил внутрішнього трудового розпорядку.

7.3. Проведення заходів щодо раціональної організації праці середнього і молодшого персоналу.

7.4. Раціональний розподіл та використання кадрів середнього і молодшого медичного персоналу жіночої консультації.

7.5. Своєчасність заміщення акушерок і молодшого персоналу, які не вийшли на роботу.

7.6. Належний санітарно-гігієнічний стан жіночої консультації.

7.7. Поповнення, правильне збереження і витрати медикаментів, перев'язувального матеріалу, інструментарію та предметів господарського призначення для потреб жіночої консультації.

7.8. Правильне збереження та облік отруйних, наркотичних і сильнодіючих лікарських засобів.

7.9. Своєчасний обмін медичної документації між жіночою консультацією та пологовим будинком (відділенням).

7.10. Складання графіків роботи середнього і молодшого медичного персоналу жіночої консультації.

7.11. Розробку і проведення заходів щодо підвищення кваліфікації середнього, молодшого медичного персоналу та виховання у них сумлінного ставлення до праці та високої культури обслуговування населення.

ліфікації середнього, молодшого медичного персоналу та виховання у них сумлінного ставлення до праці та високої культури обслуговування населення.

8. Старша акушерка жіночої консультації має право:

8.1. Систематично підвищувати свою професійну кваліфікацію.

8.2. Давати вказівки підпорядкованим їй середнім і молодшим медичним працівникам щодо дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку.

8.3. Вносити пропозиції про заохочення цих працівників або накладення на них дисциплінарних стягнень за окремі упущення в роботі або порушення правил внутрішнього трудового розпорядку.

Орієнтовна посадова інструкція акушерки жіночої консультації

1. Посаду акушерки жіночої консультації може обіймати молодший спеціаліст з медичною освітою, який отримав кваліфікацію акушерки.

2. Акушерка приймається на роботу та звільнюється керівником ЛПЗ.

3. Акушерка знаходиться в підпорядкуванні лікаря акушера-гінеколога, завідувача жіночої консультації та старшої акушерки.

4. У своїй роботі акушерка керується діючим законодавством, положенням про жіночу консультацію, наказами, іншими нормативними актами органів охорони здоров'я, правилами внутрішнього трудового розпорядку, посадовою інструкцією.

5. Основним завданням акушерки є проведення лікувально-профілактичної та санітарно-просвітньої роботи з акушерства та гінекології під керівництвом лікаря.

6. У відповідності до основних завдань акушерка здійснює:

6.1. Підготовку амбулаторного прийому, який проводить лікар.

6.2. Ознайомлення жінок з правилами внутрішнього розпорядку та режимом роботи жіночої консультації.

6.3. Допомогу лікарю під час проведення діагностичних, лікувальних та оперативних маніпуляцій.

6.4. Проведення разом з лікарем профілактичних гінекологічних оглядів.

6.5. Санітарно-просвітницьку роботу з акушерства та гінекології, в т.ч. випуск санітарних бюлетенів, зокрема з питань планування сім'ї.

6.6. Контроль за роботою молодшого медичного персоналу.

6.8. Контроль за відвідуванням вагітних та хворих, які підлягають диспансерному обліку.

7. Акушерка жіночої консультації зобов'язана:

7.1. Виконувати правила асептики та антисептики, правильно стерилізувати, обробляти та зберігати перев'язувальний матеріал та інструменти медичного призначення.

7.2. Вести медичну облікову документацію.

7.3. Виконувати у разі необхідності обов'язки операційної сестри.

7.4. Надавати першу медичну допомогу при невідкладних станах із подальшим викликом лікаря.

7.5. Звітувати завідувачу відділення, у разі його відсутності – черговому лікарю про всі ускладнення або хвороби у вагітних чи гінекологічних хворих.

7.6. Виконувати акушерський патронаж.

7.7. Проводити санітарно-просвітницьку роботу серед вагітних, членів їх родин про особливості гігієни



вагітних, раціональне харчування, необхідність регулярного відвідування лікаря.

7.8. При виявленні відхилень від нормального стану направити на прийом до акушера-гінеколога.

7.9. Про результати патронажу акушерка повинна звітувати лікарю та записувати їх у патронажний журнал.

8. Акушерка жіночої консультації має право:

8.1. Вносити пропозиції завідувачу відділенням з раціонального розподілу роботи.

8.2. Систематично підвищувати свою професійну кваліфікацію.

8.3. Давати вказівки підпорядкованим їй молодшим медичним працівникам щодо дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку.

8.4. Вносити пропозиції про заохочення цих працівників або накладення на них дисциплінарних стягнень за окремі недоліки в роботі або порушення правил внутрішнього трудового розпорядку.

Індикатори якості амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги

1	Наявність сучасного медичного обладнання для надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги	> 90%	К-сть наявного передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання/к-сть передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання X 100	Табель оснащення, затверджений наказом МОЗ України від 04.11.2010 р. № 951
2	Наявність ЛПМД* з надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги	> 95%	Наявність у закладі ЛПМД з надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги на електронних та/або паперових носіях/к-сть затверджених наказами МОЗ України УКПМД** x100	Накази МОЗ України, якими затверджено УКПМДМ
3	Забезпечення навчання медичного персоналу медико-організаційним технологіям УКПМДМ та ЛПМД	95,0-98,0%	К-сть медичних працівників, які задіяні у виконанні ЛПМД та пройшли навчання з медико-організаційних технологій наявних УКПМДМ та ЛПМД/загальну к-сть медичних працівників, які задіяні у виконанні ЛПМД (фізичних осіб) x 100	Журнал навчання медичного персоналу
4	Своєчасність взяття на облік вагітних, %	90,0-95,0%	К-сть жінок, які поставлено на облік до 12 тиж вагітності/загальну к-сть жінок, що були на обліку по вагітності і пологах x 100	Індивідуальна карта вагітної і породіллі, 111/о, ф. 21
5	Охоплення вагітних УЗД	98,0- 99,0 %	К-сть вагітних, що пройшли УЗД дворазово на строках вагітності до 21 тиж/загальну к-сть жінок, що були на обліку по вагітності і пологах x 100	Індивідуальна карта вагітної і породіллі, 111/о, ф. 21
6	Охоплення вагітних обстеженням на ВІЛ/СНІД	90,0-95,0%	К-сть вагітних, що пройшли обстеження на ВІЛ/СНІД дворазово на строках вагітності до 23 тиж/загальну к-сть жінок, що були на обліку по вагітності і пологах x 100	Індивідуальна карта вагітної і породіллі, 111/о, ф. 21
7	Охоплення вагітних обстеженням на HBsAg	99,0-99,5%	К-сть вагітних, що пройшли обстеження на HBsAg/загальну к-сть жінок, що були на обліку по вагітності і пологах x 100	Індивідуальна карта вагітної і породіллі, ф. 111/о, ф. 21
8	Частота антенатальної загибелі плода	< 5,4 на 1000 вагітних	К-сть вагітних, у яких відбулася антенатальна загибель плода на строках вагітності 22 тиж і більше/загальну к-сть жінок, що були на обліку по вагітності і пологах x 1000	Індивідуальна карта вагітної і породіллі, ф.111/о, дані стат. управління
9	Охоплення жінок скринінгом на рак шийки матки	> 70,0-75,0%	К-сть жінок віком 18 років і старше, яким протягом останніх 3 років проведено скринінг на рак шийки матки/загальну к-сть жінок віком 18 років і старше x 100	Медична карта амбулаторного хворого, медичний паспорт дільниці, ф. 20
10	Виявлення онкозахворювань в I-II стадії: • рак молочної залози; • рак шийки матки; • рак тіла матки; • рак яєчників	80,0-90,0% 75,0-90,0% 75,0-85,0% 40,0-55,0%	К-сть виявлених жінок з окремими онкозахворюваннями в I-II стадії/загальну к-сть вперше зареєстрованих пацієнток з окремими онкозахворюваннями x 100	Ф. 35 зд.
11	Летальність до одного року: • рак молочної залози; • рак шийки матки; • рак тіла матки; • рак яєчників	< 8,0% < 12,0% < 8,0% < 20,0%	К-сть померлих жінок упродовж одного року після виявлення онкозахворювання/к-сть жінок з вперше виявленим онкозахворюванням у попередньому році x 100	Ф. 35 зд.

*ЛПМД – локальний протокол медичної допомоги

**УКПМД – уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

Продовження у наступному номері журналу



Пологовий біль та його вплив на організм роділлі, перебіг пологів і стан плода

Р.О. Ткаченко, д.мед.н., професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології НМАПО ім. П.Л. Шупика



Проблема знеболення пологів є надзвичайно важливою, оскільки від її вирішення значною мірою залежить можливість зниження ускладнень у матері, плода та новонародженого. Питання анестезіологічного забезпечення в акушерстві виходить за межі зняття больових відчуттів. Адекватне знеболення пологів дозволяє запобігти розвитку аномалій пологової діяльності, коригує гемодинамічні показники роділлі, матково-плацентарний кровообіг, що визначає не лише кінцевий результат пологів для матері, а й також стан плода і новонародженого.

Відомо, що пологи – це єдиний фізіологічний процес, що супроводжується значними больовими відчуттями. За сучасними поняттями, біль є інтегративною функцією організму, спрямованою на захист від пошкоджуючого чинника. Біль під час пологів – це суб'єктивне відчуття, що зумовлене розкриттям шийки матки, розтягуванням нижнього маткового сегмента, ішемією міометрія, тиском плода на тазове дно і м'язи промежини, розтягуванням вульварного кільця і шкіри промежини [21, 22]. Крім того, пологовий біль посилюється страхом роділлі перед невідомістю майбутніх пологів. Родовий біль відноситься до найсильніших больових відчуттів. Лише каузалгія (біль при травмі нервових стовбурів) і біль після ампутації перевищують його.

За даними R. Melzack (1984) [1], близько 38,7% жінок, що народжують вперше, відчувають мінімальний або помірний біль, 37,9% – характеризують його як сильний і 23,4% – як нестерпний та дуже сильний, що викликає цілу низку порушень у психоемоційному та соматичному статусі роділлі. Під час опитування 320 пацієнток стосовно інтенсивності болю нами були отримані подібні результати (рис. 1): помірний біль відчувала 21 (6,5%) роділля, сильний – 105 (32,8%), дуже сильний – 102 (31,9%) та нестерпний – 92 (28,8%) пацієнтки [2].

Больові відчуття виникають у роділлі в той момент, коли внутрішньоматковий тиск перевищує 25-30 мм рт. ст. [3]. Більшість больових імпульсів

генерується ноцицепторами, розташованими в шийці матки, яка в процесі пологів разом з нижнім сегментом значно розтягується і стоншується. При цьому в ноцицепторах виникають складні біохімічні зміни, пов'язані зі синтезом цілої низки алгогенних речовин. Накопичення цих речовин у зоні ураження або подразнення є складовою механізмів, що лежать в основі трансдукції і сенситизації. Деякі з цих алгогенних речовин ідентифіковані, наприклад калій, іони водню, серотонін, гістамін, брадикінін, ацетилхолін, простагландини, лейкотрієни, а також субстанція Р [4]. Джерела походження цих речовин різні, зокрема пошкоджені клітини та ноцицептори. При пошкодженні тканин вивільняється значна кількість внутрішньоклітинних речовин (у т.ч. аденозиндифосфат) і збуджуючих амінокислот (глутамат, аспарат). Відомо, що застосування ін'єкцій цих речовин викликає у людини больові відчуття.

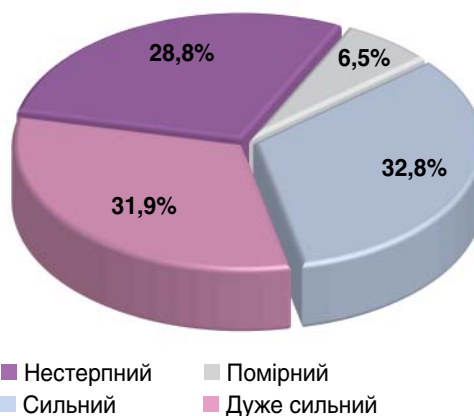


Рис. 1. Структура больового синдрому під час пологів

Брадикінін є пептидом, що містить дев'ять амінокислот. Він утворюється на місці пошкодження завдяки дії ферментів. Фактор XII проникає у пошкоджені тканини і конвертується в них в активну форму. Згодом, впливаючи на прекалікреїн, він переводить його в калікреїн, а останній конвертує білок-попередник киніноген у брадикінін. Брадикінін у концентраціях, еквівалентних тим, що



знаходяться у пошкоджених тканинах, зумовлює відчуття болю у людини. Місцем його зв'язування є сенсорні волокна і задній ріг спинного мозку. Разом із тим брадикінін посилює судинну проникність, підвищує хемотаксис лейкоцитів і сенсibiliзує ноцицептори [5]. Речовини інших класів, що з'являються в ділянці пошкоджених тканин, представлені простаїнами (продукти метаболізму арахідонової кислоти під дією циклооксигенази, зокрема тромбоксани, простагландини і простагландини), а також ейкозаноїдами (продукти метаболізму арахідонової кислоти під дією ферменту ліпооксигенази, зокрема лейкотрієни). Після пошкодження клітини під дією активованого ферменту фосфоліпази A_2 з клітинних мембран вивільняється арахідонова кислота. Активація самої фосфоліпази A_2 здійснюється багатьма речовинами, зокрема норадреналіном, допаміном, іонами кальцію. Під дією циклооксигенази з арахідонової кислоти утворюються простагландини [6]. Вони посилюють трансдукцію, сенсibiliзуючи ноцицептори до впливу інших аллогенних речовин.

Ноцицептивна імпульсація під час пологів йде через вісцеральні еферентні провідники, що включають симпатичні нерви, і закінчується спінальними провідниками T_{10} ; T_{11} ; T_{12} і L_1 сегментів спинного мозку. Анатомічним субстратом проведення больових імпульсів є підчеревний нерв і задні гілки субдуральних нервів. Імпульси проводяться по волокнах типу А і С від матки, шийки матки і підчеревного сплетіння, що було підтверджено в експериментах на тваринах [7]. У поперековій ділянці вони з'єднуються із симпатичним стовбуром, звідки переходять у задні корінці спинномозкових нервів і потрапляють у сіру речовину спинного мозку. Там, в нейронах задніх рогів (нейронах першого порядку), відбувається первинний синтез і обробка аферентної імпульсації. Трансмісія першого рівня – це проведення імпульсу від джерела виникнення болю до нейронів першого порядку, на який діють місцеві анестетики, що вводяться епідурально або субарахноїдально.

Під впливом ноцицептивної імпульсації у задніх рогах спинного мозку відбувається складний процес сенсорного сприйняття, що називається модуляцією болю, та активація нейропептидів (нейротрансмітерів), таких як субстанція Р, вазоактивний кишковий пептид, соматостатин, збуджуючі амінокислоти (аспартат і глутамат) і кальцитонін ген-зв'язаний пептид (calcitonin gene-related peptide, CGRP) [8]. В основному ці нейротрансмітери виявляються у волокнах типу С (нейротрансмітери мієлінових волокон А-типу дотепер недостатньо вивчені). Після цього по спіноталамічному та неоспіноталамічному тракту (вторинні нейрони) ноцицептивна імпульсація прямує до довгастого і проміжного мозку і закінчується синапсами в задньому таламічному ядрі. Цей процес називають трансмісією другого рівня, на який впливають опіоїди. Супраспіналь-

на група ядер, середній мозок і ретикулярна формація також беруть участь у сприйнятті та переробці больової інформації. Вегетативні реакції, що виникають у відповідь на біль (підвищення артеріального тиску [АТ], тахікардія, тахіпноє, підвищення тону симпатичної нервової системи та ін.), розвиваються у супраспінальних ядрах (таламусі та гіпоталамусі). Остаточна обробка больової імпульсації проходить у соматосенсорних зонах кори головного мозку – трансмісія третього рівня. Ключову роль у формуванні ноцицептивної відповіді виконує речовина середнього мозку, яка отримує імпульсацію з лобної частини кори головного мозку, лімбічної системи, таламуса і гіпоталамуса. За даних обставин основними нейромедіаторами є енкефалін, динорфін і серотонін, що гальмують проходження ноцицептивної імпульсації. Далі по нисхідних гальмівних аксонах імпульсація йде прямо у спинний мозок, де активуються гальмівні нейротрансмітери: енкефалін, норадреналін, серотонін, 5-гідрокситриптамін і γ -аміномасляна кислота, що пояснює анагетичний ефект епідурального чи інтратекального введення α -2-агоністів (клофеліну) або опіоїдів, а також трициклічних антидепресантів (блокада трансмісії II та III рівнів) [9, 10].

У другому періоді пологів больова імпульсація виникає в результаті розтягування стінок піхви, промежини та тиску на них, посилення тиску на кісткові структури таза частиною плода, що передлежить. При цьому ноцицептивний імпульс передається по соматичних волокнах типу А і С, по пудендальному нерву в крижові сегменти S_{2-4} . Через ці анатомічні особливості проведення болю виникають певні проблеми зі знеболенням другого періоду пологів шляхом проведення стандартної епідуральної анагезії. Біль у другому періоді пологів досягає свого максимуму в момент вставлення голівки плода під час народження. Перейми все ще беруть участь у формуванні болю, однак переважає гострий локалізований соматичний біль. Слід зазначити, що у сприйнятті болю роділлею мають значення не тільки сила і частота скорочень матки та швидкість розкриття її шийки, але й інтенсивність пологового болю. Також на це впливають емоціональний стан вагітної та її психосоматичний статус [11] і навіть період доби (вночі сприйняття болю під час пологів значно вище, ніж удень) [12].

Активну роль у регуляції ноцицептивної аферентної та еферентної модуляції відіграє нейроендокринна організація. Фундаментальні дослідження з нейроендокринології зумовили відкриття нового класу речовин, що беруть участь в адаптаційному процесі, – ендогенних опіоїдних пептидів. Система ендогенних пептидів включає ендорфіни, енкефаліни і динорфіни. Ендорфіни локалізуються в ділянці ядер гіпоталамуса, в наднирниках, у тканинах нервових і ендокринних залоз. Високий вміст β -ендорфінів виявлено у лютеїнових клітинах,



жовтому тілі яєчника, а також у матці [13]. Доведено, що рівень β -ендорфіну підвищується у плазмі крові під час овуляції [14]. Введення ендogenous опіоїдних пептидів викликає зниження концентрації лютеїнізуючого і фолікулостимулюючого гормонів, підвищує рівень пролактину. Опіоїдні пептиди впливають на патогенез передменструального синдрому і на такі його прояви, як нейропсихічні порушення, підвищення АТ, затримка рідини. Установлено, що ендogenous опіоїди є регуляторами больової чутливості в організмі і мають велике значення для захисту нервової системи матері та плода від стресових ситуацій у процесі пологів [15].

Підвищення концентрації β -ендорфіну в крові, що спостерігається при стресі, розцінюють як результат збільшення його секреції гіпофізом. Метаболічна активність цього гормону не доведена. Разом із тим було виявлено, що між інтенсивністю болю під час пологів і концентрацією β -ендорфіну в плазмі крові роділь існує сильний позитивний кореляційний взаємозв'язок. Масова концентрація β -ендорфіну в плазмі крові наприкінці нормальної вагітності становить 10-40 пг/мл, у той же час перед початком пологів – зростає майже удвічі ($110,8 \pm 30,3$ пг/мл). У цьому ж дослідженні виявлено, що вміст β -ендорфіну в цереброспінальному лікворі протягом вагітності та під час пологів практично не відрізнявся – $57,5 \pm 8,4$ і $48,5 \pm 8,3$ пг/мл відповідно. Найвища концентрація β -ендорфіну, яка мала місце за 1 год до пологів ($106,2 \pm 40,6$ пг/мл), знижувалась на початку пологів до $57,0 \pm 7,3$ пг/мл і потім, у міру зростання інтенсивності пологової діяльності, знову підвищувалась до $118,2 \pm 68,4$ пг/мл. Нормалізація її рівня ($33,7 \pm 16,5$ пг/мл) відбувалась на 5-й день після пологів [16].

У порівняльному дослідженні ефектів акушерської аналгезії на материнські концентрації β -ендорфіну в трьох групах роділь виявлено, що у пацієнток при відсутності аналгезії (або при застосуванні петидину) спостерігалось подальше значне підвищення рівня β -ендорфіну. Під час епідуральної аналгезії концентрація цього пептиду була стабільною аж до закінчення пологів [17]. Такі дані схиляють до думки, що сугестивна аналгезія та аналгезія пологів за допомогою системного застосування слабких анагетиків будуть ефективними лише в тих жінок, нервова система яких здатна на миттєве збільшення продукції ендogenous опіоїдів у декілька разів [18]. Якщо враховувати дані про виснаження резервів гіпофізарно-наднирникової системи ще задовго до пологів при тяжкому перебігу вагітності (пре-еклампсія, тривале перебування у лікарні, хронічний психоемоційний стрес та ін.), слід вважати, що ефективність застосування цих методів аналгезії у таких роділь буде сумнівною. Саме тому останніми роками все більше уваги приділяється застосуванню регіонарної аналгезії пологів, щоб запобігти ускладненням, що виникають внаслідок пологового болю.

Результати експериментальних досліджень свідчать про те, що у процесі пологів пептидергічна система мозку плода посилено секретує речовини з вазоконстрикторною дією: окситоцин, ангіотензини, субстанцію Р і брадикінін. Разом із тим спостерігається підвищений рівень опіоїдних пептидів. Подібна закономірність, можливо, біологічно обгрунтована і вказує на виникнення адаптаційної реакції організму плода у відповідь на стресорну ситуацію, якою є пологи [19]. Також спостерігається підвищення рівня β -ендорфіну при дистресі плода, що зумовлено його підвищеною секрецією у плаценті. При гіпоксії плода і у новонароджених з низькою оцінкою за шкалою Апгар концентрація β -ендорфінів залишається підвищеною.

На основі біохімічних досліджень було доведено, що опіоїдні пептиди гальмують викид норадреналіну з пресинаптичних нейронів, які іннервують гладку мускулатуру, а також блокують скорочення гладких м'язів, у т.ч. матки [20]. Тому залишається нез'ясованим питання стосовно впливу екзогенних опіоїдів на скоротливу діяльність матки.

Ендogenous опіоїди також беруть участь у модуляції секреції катехоламінів, впливаючи на хромафінну тканину. Стресорна відповідь на пологовий біль характеризується підвищенням секреції гормонів гіпофіза та активацією симпатичного відділу нервової системи. Зміни у секреції гормонів гіпофіза зумовлюють вторинний ефект на секрецію гормонів цільових ендокринних і ефекторних органів (адренкортикотропний гормон [АКТГ], кортизол, вазопресин, катехоламіни).

Гіпоталамічна активація симпатичного відділу вегетативної нервової системи призводить до збільшення секреції катехоламінів у мозковій речовині наднирників. Норадреналін насамперед є нейромедіатором, але деякий його надлишок, що вивільняється в терміналях аксонів, потрапляє у кровообіг [21].

Більшість дослідників виділяли підвищений вміст катехоламінів у сечі та крові навіть під час нормальних пологів. При патологічних пологах (слабкість пологової діяльності, крововтрата та ін.) спостерігалось зниження рівня катехоламінів у м'язах матки. На фоні пологового стресу концентрація катехоламінів значно зростає. Так, рівень адреналіну підвищується майже на 300-600%, норадреналіну – на 200-400%, а кортизолу у плазмі крові – на 200-300% у порівнянні з показниками, характерними для вагітних до початку пологів [22]. Це також підтвердилось і в нашому дослідженні. Під час пологів на висоті больового синдрому відмічено достовірне підвищення вмісту: кортизолу на 261%, адреналіну на 230% та норадреналіну на 229% у порівнянні з невагітними жінками [23] (рис. 2).

Підвищений вміст катехоламінів у крові може викликати аномалії пологової діяльності, спазм судин матки та плаценти, знижує матково-плацентарний кровоток майже на 50% і погіршує оксигенацію плода [23].

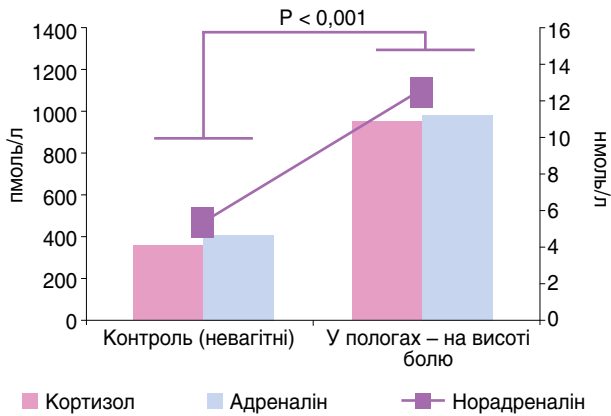


Рис. 2. Зміни гормонального гомеостазу під час пологів на висоті болю

У реакції стресу, необхідній для існування організму, із самого початку закладені елементи декомпенсації, які в залежності від ступеня їхньої вираженості рано чи пізно можуть призвести до виснаження, зриву адаптації та розвитку патологічних станів.

Практично будь-які пологи супроводжуються продукцією АКТГ, антидіуретичного гормону, катехоламінів, що пов'язано зі стресом. Збільшується серцевий викид, навантаження на лівий шлуночок, підвищуються АТ і центральний венозний тиск, споживання організмом кисню; виникає артеріолоспазм. Біль та емоційна напруга під час пологів сприяють збільшенню ударного об'єму серця більше ніж на 45% у порівнянні з рівнем до пологів [25]. Додатковий стрес та виникнення ефекту «аутотрансфузії» під час скорочень матки призводять до підвищення центрального венозного тиску та хвилинного об'єму серця на 10-25%. Все це зумовлює закономірне підвищення АТ під час переймів на 20-30 мм рт. ст. [26].

Певні зміни відбуваються і з боку системи дихання. Так, під час першого та другого періодів пологів унаслідок болючих переймів відмічається зростання хвилинного об'єму дихання більш ніж на 300% у порівнянні з невагітними (за рахунок гіпервентиляції), що зумовлює гіпокапнію ($p_a[CO_2] < 20$ мм рт. ст.) і алкалемію ($pH > 7,55$). Під час потуг спостерігається гіповентиляція, результатом якої є тимчасова гіпоксемія [49]. Таким чином, у роділлі виникає тенденція до надмірної гіпервентиляції, що приховує в собі три потенційні небезпеки:

- розвиток кисневого дефіциту у матері внаслідок вазоконстрикції, викликаного гіпокапнією;
- погіршення віддачі кисню в тканинах матері і крові плода через зсув кривої дисоціації гемоглобіну вліво;
- зниження рівня матково-плацентарного кровотоку [27].

Підвищений вміст катехоламінів та емоційна напруга під час пологів прискорюють обмін речо-

вин та підвищують споживання кисню більш ніж на 20%. Це спричиняє порушення тканинного метаболізму і підвищення ліполітичної активності, що супроводжуються накопиченням вільних жирних кислот та підвищенням рівня лактату, які разом із надмірним виведенням HCO_3^- -аніону (для компенсації дихального алкалозу) призводять до розвитку метаболічного ацидозу як у матері, так і в плода [28].

Під впливом болю певні зміни відбуваються і в шлунково-кишковій системі. На цьому фоні стимулюється викид гастрину, що підвищує секрецію соляної кислоти у слизовій оболонці шлунка. Окрім того, спостерігається пригнічення руховості шлунково-кишкового та сечовивідного тракту.

Ряд дослідників зазначає, що болючі переїми спричиняють низку ускладнень у пологах і в післяпологовому періоді. Так, Р.Е. Парса та R.L. Shew (1993) [29] показали, що під час пологів у аферентних терміналях нижнього маткового сегмента і шийці матки накопичуються субстанції, які можуть як стимулювати (глутамат, вазоактивний кишковий пептид, субстанція P), так і пригнічувати (CGRP, оксид азоту) скоротливу діяльність міометрія, що також підтвердили у своїй праці М.М. Hsu et al. (2001) [30]. Тому значний біль під час пологів може призвести до пригнічення або інверсії скоротливої діяльності матки.

Висока концентрація катехоламінів на фоні пологового болю та емоційної напруги може сприяти як активації, так і пригніченню скоротливої діяльності матки. Норадреналін підвищує активність матки, а адреналін (завдяки своєму β -адренергічному впливу) і кортизол викликають токоліз і порушення нормального розкриття шийки матки [31].

Всі ці стресорні реакції можуть бути успішно кориговані або зовсім усунені при адекватному знеболенні [32], що також було підтверджено нашими дослідженнями [33]. Ефективна регіонарна аналгезія майже на 50% знижує концентрацію катехоламінів у крові матері [34]. Однак варто усвідомити, що при проведенні регіонарної блокади пригнічується рефлекс Фергюсона, і це призводить до зниження рівня окситоцину в плазмі крові роділлі і можливої пролонгації пологів, особливо другого періоду [35].

Таким чином, на виникнення болю під час пологів та патогенетичні механізми його дії на організм матері та плода впливає дуже багато факторів. Це потребує індивідуалізованого підходу до застосування різних методів знеболювання з урахуванням усіх чинників його формування.

*Список літератури у кількості 35 джерел представлений на сайті журналу:
www.mazg.ua*



Экстренная контрацепция — зачем нужен этот метод?

Л.Д. Захурдаева, кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода НМАПО им. П.Л. Шупика

Отношение к экстренной контрацепции (ЭК) в обществе весьма противоречиво. Зачастую это обусловлено тем, что в специализированной литературе можно встретить много различной информации о ней. Кроме того, специалисты также неоднозначно оценивают этот метод предохранения от беременности. В данной статье освещены материалы, опубликованные в универсальном руководстве по планированию семьи, которое было разработано в 2008 г. при участии отдела охраны репродуктивного здоровья и научных исследований ВОЗ, Агентства международного развития США (United States Agency for International Development) и Института здравоохранения им. Джонса Хопкинса Блумберга, а также учтены медицинские критерии использования методов контрацепции ВОЗ. Эти рекомендации по ЭК составлены на примере препаратов с левоноргестрелом, поскольку они являются наиболее изученными.

Термин «экстренная контрацепция» наиболее точно отражает идею этого метода и свидетельствует о том, что он должен применяться безотлагательно и в экстренных случаях.

В состав таблеток неотложной контрацепции (ТНК) могут входить: прогестин (левоноргестрел), антигестаген (мифепристон) либо комбинация прогестина и эстрогенов (т.е. комбинированные оральные контрацептивы — КОК). Поскольку левоноргестрел и мифепристон имеют стероидную структуру, не вполне корректно разграничение метода ЭК на гормональный и негормональный. ТНК с левоноргестрелом являются еще одним способом предупреждения аборта. Женщина может иметь таблетки для ЭК под рукой и при возникновении непредвиденных ситуаций немедленно принять препарат. К таким ситуациям относят незащищенный половой акт, неудачное или неправильное использование основного метода контрацепции, изнасилование. Препараты для ЭК могут применяться без проведения каких-либо предварительных анализов или обследований. Установленные риски для здоровья при применении препаратов ЭК отсутствуют.

Применение методов ЭК показано в случаях, когда:

- не были использованы другие способы контрацепции;

- контрацептив оказался непригодным к применению или метод контрацепции был использован неправильно, а именно:

- произошел разрыв презерватива, его соскальзывание или неправильное использование;
- последовательный пропуск приема трех или более таблеток КОК;
- прием таблетки, содержащей только прогестаген (мини-пили), с опозданием более чем на 3 ч;
- инъекция контрацептивного препарата, содержащего только прогестаген (депомедроксипрогестерона ацетата или норэтистерона энантата), введена с опозданием более чем на 2 нед;
- ежемесячная инъекция комбинированного эстроген-гестагенного препарата проведена с опозданием более чем на 7 дней;
- позднее наклеивание или раннее удаление кожного пластыря;
- смещение, позднее введение или раннее удаление вагинального кольца;
- смещение, поломка, разрыв или раннее удаление диафрагмы или шеечного колпачка;
- экспульсия внутриматочной системы;
- неудачное применение метода прерванного полового акта (в том случае, если произошла эякуляция в вагину или на наружные половые органы женщины);
- нерастворение спермицидной таблетки или пленки перед половым актом;
- неправильный расчет периода воздержания или половой акт в день цикла, благоприятный для зачатия;
- имело место сексуальное насилие, во время которого женщина не была защищена эффективным методом контрацепции.

Существуют дополнительные комментарии к использованию препаратов неотложной контрацепции с левоноргестрелом у женщин с отягощенным анамнезом (тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, стенокардия, мигрень, тяжелые заболевания печени). В этом случае влияние ТНК более безопасно, нежели применение КОК, поскольку ТНК используется однократно. Однако это не значит, что этим методом такие пациентки могут пользоваться постоянно. Следует акцентировать внимание на том, что применение этого



метода возможно только в экстренных случаях! Вместе с тем при изнасиловании ограничений в использовании метода нет.

По мнению экспертов ВОЗ, многие женщины в мире не осведомлены о существовании достаточно эффективных методов ЭК и поэтому своевременно не обращаются за помощью к врачу. Отсутствие информации о методах ЭК является одной из главных причин высокой частоты возникновения нежелательных беременностей, а в дальнейшем – искусственных аборт. Поэтому особенно важной и актуальной является доступность для пациенток корректной информации, основанной на данных доказательной медицины.

Следует помнить, что ТНК не защищают от инфекций, которые передаются половым путем, и не могут быть использованы для постоянного приема. Влияние на организм препаратов для ЭК на основе левоноргестрела (независимо от дозы) и мифепристона практически одинаково (за исключением регулярности цикла и влияния на плод) (Моисеева-Постоловская Т.Д., 2011). Дозы препаратов сравнивать неправомерно, поскольку имея одинаковую стероидную структуру, они различаются по механизму действия. В литературе (Lancet, 2002) отмечались достоверные различия по следующим показателям:

- влияние на менструальный цикл (на фоне применения левоноргестрела – отмечались ранние менструации, а на фоне мифепристона – задержка в наступлении очередного менструального кровотечения);
- влияние на плод (только в инструкции для препаратов с левоноргестрелом подтверждена безопасность для плода при использовании данного метода).

Очень часто в интернете обсуждается возможность повторного использования ТНК с левоноргестрелом. Разъяснение ВОЗ: повторное использование ТНК указывает на то, что женщина нуждается в консультировании по методам плановой контрацепции. Частое применение таких препаратов является опасным для тех пациенток, состояние которых относится к категории 2, 3, 4 для назначения КОК. По данным ВОЗ, не отмечается повышения риска для женщин, относящихся к категории 1 по использованию метода гормональной контрацепции. Тем не менее это не означает, что им этот метод контрацепции можно применять постоянно. Не существует четких указаний на то, сколько раз в год можно прибегать к использованию данного метода, однако необходимо помнить о том, что если пациентка вынуждена часто применять средства для ЭК, это может свидетельствовать о том, что она не получила правильной консультации по методам плановой контрацепции.

В Украине (по данным Фармстандарта за 2011 г.) ежегодно уменьшается количество потребителей ЭК, и это положительная тенденция, поскольку одновременно повышаются показатели исполь-

зования других методов контрацепции. Это происходит за счет улучшения информированности населения, проведения грамотного консультирования и образовательных программ.

Препараты ЭК обеспечивают надежное предохранение от беременности только в тех случаях, когда они принимаются после незащищенного полового акта в течение периода времени, указанного в инструкции по медицинскому применению препарата. Чем раньше женщина начинает принимать препарат для ЭК после незащищенного полового акта, тем выше эффективность применения метода.

Учитывая особенности механизмов действия, ТНК не нарушают течение беременности. При попадании препаратов ЭК в организм до овуляции они препятствуют выходу яйцеклетки из яичника либо отсрочивают овуляцию на 5-7 дней. Однако женщина может забеременеть непосредственно после приема препарата ЭК. Противозачаточный эффект от приема ТНК не распространяется на половые акты, имевшие место даже на следующий день после приема таблеток для ЭК. Для предупреждения незапланированной беременности женщине рекомендуется безотлагательно начать применение другого метода контрацепции. Во время консультации врач индивидуально подбирает КОК (Линдинет, Новинет, Регулон, Мидиана). Препарат для плановой контрацепции можно начать принимать на следующий день после приема препарата ЭК. При этом нет необходимости дожидаться начала очередного менструального цикла.

При использовании ТНК может отмечаться изменение характера менструальных кровотечений (в частности нерегулярные кровотечения, которые прекращаются самостоятельно, преждевременное или запоздалое начало менструации), а также боль внизу живота, головная боль, болезненность молочных желез, головокружение, тошнота, рвота. В сравнении с КОК прием средств ЭК прогестинового ряда (Постинор, Эскапел) значительно реже сопровождается тошнотой и рвотой. Это безопасный и эффективный метод ЭК, который может использовать практически любая женщина. Нерегулярные кровотечения, вызываемые приемом средств ЭК, как правило, прекращаются самостоятельно и не являются признаком какого-либо заболевания или беременности. Если после приема препарата для ЭК очередное менструальное кровотечение задерживается более чем на неделю, то следует исключить беременность.

Существуют факты, которые однозначно свидетельствуют о том, что прием средств ЭК с левоноргестрелом (это не относится к мифепристону) не вызывает нарушений внутриутробного развития плода и не представляет для него никакой опасности в случае, если женщина забеременеет в период приема препаратов или случайно примет таблетку во время уже наступившей беременности. В инструкции по медицинскому применению



препарата мифепристон в дозе 10 мг отсутствует раздел относительно его влияния на плод. Если беременность продолжает развиваться после применения мифепристона в дозе 200 мг с целью проведения медикаментозного аборта, возможно формирование врожденных аномалий.

Сейчас не имеется каких-либо достоверных доказательств того, что прием ТНК с левоноргестрелом приводит к повышению риска развития внематочной беременности. В ходе исследований не было выявлено каких-либо различий в частоте случаев развития внематочной беременности у женщин, принимавших препараты ЭК на основе левоноргестрела, в сравнении с показателем распространенности этой патологии в общей популяции (Cleland K. et al., 2010).

В ходе исследования в группе женщин, заблаговременно получивших запас средств ЭК, было установлено следующее:

- женщины, имевшие препараты для ЭК под рукой, после незащищенного полового акта принимали таблетки раньше, чем те, которым приходилось приобретать их постфактум;
- вероятность применения препарата для ЭК была выше среди женщин, запасшихся ими заблаговременно в сравнении с теми, кто был вынужден приобретать их после незащищенного полового акта;
- женщины продолжали применять другие методы контрацепции, которыми они пользовались до получения заблаговременного запаса средств ЭК.

Исследованиями с участием девушек в возрасте от 13 до 16 лет доказано, что препараты для ЭК, содержащие левоноргестрел, являются безопасными для применения у пациенток этой возрастной группы.

В Украине наиболее востребованными препаратами для ЭК являются Постинор (1 таблетка содержит 0,75 мг левоноргестрела; необходимо принять 2 таблетки) и Эскапел (достаточно принять 1 таблетку, содержащую 1,5 мг левоноргестрела). Средства, аналогичные по составу Постинору и Эскапелу, применяются во всем мире и выпускаются под торговыми названиями Plan B, Levonelle, NorLevo и т.д. Во многих странах эти препараты являются безрецептурными, и список этих стран увеличивается.

По данным Департамента репродуктивного здоровья и исследований ВОЗ (Department of Reproductive Health and Research WHO), количество активного гормона в одном курсе таблеток левоноргестрела 1,5 мг для ЭК составляет менее половины его дозы, рассчитанной на 1 менструальный цикл применения наиболее распространенных таблеток для плановой контрацепции (хотя в последнем случае доза левоноргестрела рассчитана на более длительный период приема). Неправомерно сравнивать гормональную нагрузку при однократном приеме препаратов, со-

держащих левоноргестрел, с целью ЭК и КОК, применяемых регулярно с целью плановой контрацепции. Важно отметить, что также некорректно сопоставлять дозы левоноргестрела (гормона) и мифепристона (антигормона). Имея стероидное строение, они обладают принципиально разными механизмами действия и относятся к разным группам АТС-классификации.

Левоноргестрел (Эскапел и Постинор) уже более 30 лет широко применяют с целью ЭК, а его безопасность у женщин репродуктивного возраста сегодня достаточно изучена. Он хорошо переносится, выводится из организма в течение нескольких дней и не оказывает токсического влияния (Grimes D.A. et al., 2001; Kook K. et al., 2002; Sambol N.C., 2006). Применение левоноргестрела для ЭК не представляет риска передозировки (Grimes D.A. et al., 2001). **Повторное применение Эскапела не представляет изученных рисков для здоровья (WHO, International Consortium for Emergency Contraception, 2010).** От женщин, принимавших левоноргестрел в дозе 1,5 мг более 1 раза в течение одного менструального цикла, не поступало сообщений о серьезных побочных эффектах (Halpern V. et al., 2010). В состав препаратов для ЭК, содержащих левоноргестрел, в отличие от КОК, входит только это действующее вещество. Именно поэтому для Эскапела не характерны побочные эффекты, свойственные лекарственным средствам для контрацепции, в состав которых входят прогестаген и эстрогены. Эскапел может применяться в случаях, когда прием КОК противопоказан. В инструкции по медицинскому применению препарата в противопоказаниях отмечена только индивидуальная чувствительность к действующему веществу. Эскапел не оказывает тератогенного действия на плод и в отличие от других средств ЭК (например на основе мифепристона) может применяться в период грудного вскармливания (не нужно делать большой перерыв в кормлении).

Препараты на основе левоноргестрела и мифепристона могут оказывать определенное влияние на менструальный цикл. Как свидетельствуют результаты исследования с участием более 4 тыс. женщин, при применении левоноргестрела и мифепристона более чем у 50% испытуемых менструация наступила в пределах 2 сут относительно ожидаемого срока (Hertzen H. et al., 2002). Если исключить тех, у кого менструация началась в течение первых 7 дней, показатель кровотечений составлял 16% для двух групп левоноргестрела (двукратно в дозе 0,75 мг и однократно в дозе 1,5 мг) и 9,4% для мифепристона. При этом у женщин, применявших мифепристон, частота задержки менструации более чем на 7 сут была достоверно выше, чем при приеме левоноргестрела. Задержка менструации может вызывать тревогу у пациентки и неуверенность в том, удалось ли предотвратить нежелательную беременность



(Cheng L. et al., 2004). Ранние менструации на фоне приема препаратов, содержащих левоноргестрел, не являются признаком какого-либо заболевания или беременности, а возникают из-за особенностей механизма действия левоноргестрела и прекращаются самостоятельно.

Почему появился Эскапел? Прежде всего, для повышения эффективности метода ЭК. Согласно рекомендациям ВОЗ, дозировка левоноргестрела 1,5 мг может применяться с целью ЭК однократно и повышает эффективность метода. Женщине не нужно постоянно помнить о необходимости повторного приема препарата, и она избавлена от ненужных волнений. По данным ВОЗ, повышенные дозы левоноргестрела до 1,5 мг не приводит к увеличению количества побочных эффектов в сравнении с его дозой 0,75 мг (ВОЗ, 2005).

Таким образом, для препарата Эскапел характерны следующие преимущества:

- препарат первого выбора для ЭК;
- эффективность и безопасность доказаны результатами исследований ВОЗ;

- можно принимать в любой день менструального цикла;
- однократный прием делает препарат удобным в применении;
- препарат не является abortивным средством и не оказывает тератогенного действия (имеется возможность сохранить беременность после приема Эскапела);
- разрешен к применению в период кормления грудью;
- после однократного приема препарата следующая менструация, как правило, наступает в ожидаемое время.

Необходимо помнить, что таблетки для ЭК безопасны при правильном применении в экстренных случаях и являются альтернативой аборту, однако не могут заменить методы плановой контрацепции. Опасений по поводу влияния на менструальный цикл препаратов для ЭК, содержащих левоноргестрел, существенно меньше в сравнении с возможными последствиями для репродуктивной системы от прерывания беременности различными методами.



ЗАПИСНАЯ КНИЖКА

Національна академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»

Вельмишановні колеги!

Маємо честь запросити до участі в роботі Міжнародної науково-практичної конференції «Гармонія гормонів – основа здоров'я жінки», що відбудеться **27-28 жовтня 2011 р. у Києві**, лікарів акушерів-гінекологів, гінекологів дитячого та підліткового віку, сімейних лікарів, ендокринологів, урологів, андрологів, сексологів.

У наукових сесіях конференції братимуть участь провідні фахівці академічних, навчальних, науково-дослідних закладів України та Росії.

Основні напрямки програми конференції:

- Ендокринологія репродукції
- Стрес та репродуктивна система жінки
- Запальні захворювання репродуктивної системи
- Проблеми болю в гінекології
- Аномальні маткові кровотечі
- Гормонозалежні пухлини органів репродуктивної системи у жінок різних вікових груп
- Сучасні підходи до контрацепції
- Ендоментріоз та якість життя. Сучасний погляд на діагностику, лікування та профілактику
- Дисгормональні захворювання молочних залоз
- Гіперпролактинемія в гінекологічній практиці
- Діагностика та лікування невиношування вагітності
- Жирова тканина як ендокринний орган
- Проблема репродуктивного здоров'я у жінок з хронічною соматичною патологією

- Аномалії розвитку статевих органів – питання ранньої діагностики та тактика ведення
- Гіперандрогенні стани у жінок
- Вірус папіломи людини і патологія репродуктивної системи у жінок
- Сексуальність та сексуальна дисфункція у жінок
- Кісткова тканина та статеві стероїдні гормони
- Психосоматичні розлади у жінок
- Передменструальні порушення
- Поєднана ендокринна патологія у жінок
- Консервативні та оперативні підходи до лікування урогінекологічної патології у жінок
- Ендоскопічні методи діагностики та лікування гінекологічних пацієнток
- Медицина плода
- Медична реабілітація та санаторно-курортне лікування в збереженні репродуктивного здоров'я жінок
- Акушерські ризики, особливості ведення пацієнток з ендокринною патологією
- Стандартизація та номенклатура в гінекологічній клініці

Конференція внесена до Реєстру з'їздів, симпозіумів, науково-практичних конференцій і семінарів на 2011 р., затверджений МОЗ і НАМН України.

Оргкомітет

Більш детальна інформація на сайті: www.mazg.com.ua



Дополнительные возможности гормональной контрацепции

И.Ю. Полищук, клиника «Виоломед», г. Винница

В настоящее время общепризнанно, что наиболее эффективным методом предохранения от незапланированной беременности является гормональная контрацепция (ГК). На данный момент хорошо изучены профилактические эффекты от приема комбинированных оральных контрацептивов (КОК) – профилактика рака эндометрия, рака яичников, миом матки, профилактика анемий, колоректального рака и т.д. Основным механизмом действия КОК является блокирование овуляции за счет подавления синтеза фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов. В связи с тем, что средства ГК способны влиять на гипоталамо-гипофизарную и половую системы женщины, они широко применяются для лечения различной гинекологической патологии. Все КОК обладают центральным механизмом действия. Гормональные монофазные КОК содержат 20 или 30 мкг этинилэстрадиола (ЭЭ) и прогестины. КОК друг от друга отличаются видом прогестинового компонента. От вида прогестина зависят различия в периферических механизмах действия и возможные лечебные эффекты от приема КОК. Под периферическим действием подразумевают подавление пролиферации эндометрия и взаимодействие с различными рецепторами (табл.).

Биологические эффекты гестагенов определяют их взаимодействием с рецепторами прогестерона

(гестагенный эффект), а также андрогенными (остаточный андрогенный или, наоборот, антиандрогенный эффект), глюкокортикоидными, минералокортикоидными, иногда эстрогенными и другими рецепторами. В целом, все синтетические гестагены более активны и менее селективны (избирательны) в сравнении с природным прогестероном. При этом рецепторный профиль синтетических гестагенов различен (сродство к тем или иным рецепторам, сила связывания, характер взаимодействия – активация или блокада рецептора и др.). Следует особо подчеркнуть, что рецепторные характеристики гестагена, полученные *in vitro*, не полностью коррелируют с реальной биологической активностью гестагена *in vivo*. Нет прямой связи между результатами исследований, касающихся связывания с гестагенными рецепторами *in vitro* и данными, полученными *in vivo* по дозам, подавляющим овуляцию. Поэтому результаты, полученные *in vitro*, не могут быть основанием для описания клинических свойств и преимуществ контрацептива, содержащего данный гестаген, как это иногда происходит (Асещкая И.Л., Белоусов Ю.Б., 2010). Это наблюдается на примере андрогенной активности прогестинов третьего поколения и антигонадотропной активности диеногеста. Хотя сами по себе дезогестрел и гестоден имеют небольшую остаточную андрогенную активность, их комбинация с ЭЭ в составе КОК *in vivo* характеризуется

Таблица. Биологическая активность гестагенов

Гестагены	Виды биологической активности				
	Прогестагенная	Антигонадотропная	Андрогенная**	Антиандрогенная	Антиминералокортикоидная
Левоноргестрел	+	+	+	–	–
Гестоден	+	+	(+)	–	+
Дезогестрел	+	+	(+)	–	–
Дроспиренон	+	+	–	+	+
Диеногест*	+	?	–	–	–
Хлормадинона ацетат	+	+	–	+	–
Ципротерона ацетат	+	+	–	++	–

*Диеногест не подавляет частоту пульсации ЛГ и уровень ФСГ. Однако комбинация диеногеста с 30 мкг ЭЭ в значительной степени подавляла секрецию гонадотропинов (Острейкова Л.И., Прилепская В.Н, 2009)

** Прогестагены третьего поколения (гестоден, дезогестрел), обладая большим сродством к прогестероновым рецепторам и очень низким сродством к андрогенным рецепторам в сравнении с левоноргестрелом и норэтистероном (третье поколение прогестагенов), не вызывают андрогенных эффектов в дозах, достаточных для подавления овуляции (Пасман Н.М., 2004).



выраженным антиандрогенным действием. Это связано с тем, что КОК подавляют выработку ЛГ, стимулирующего синтез андрогенов в яичниках, а ЭЭ стимулирует синтез в печени транспортного белка крови – глобулина, связывающего половые стероиды (ГСПС). Это приводит к уменьшению свободной фракции андрогенов в крови. По разным данным, КОК, содержащие 20-30 мкг ЭЭ, вызывают повышение содержания ГСПС в крови примерно в 1,5-3 раза. Значимых различий повышения уровня ГСПС при приеме КОК с разными гестагенами не выявлено (Mango D.F., Ricci S., Manna P., 1995)

Приведенные факты свидетельствуют о том, что оценка андрогенных свойств гестагенов самих по себе не может дать правильной информации об андрогенных или антиандрогенных свойствах комбинированного препарата, содержащего гестаген и эстроген (Асещкая И.Л., Белоусов Ю.Б., 2010).

В основе выбора препарата для контрацепции у женщин с гинекологической патологией также лежат фармакологические особенности прогестинов (Жук С.И., Захурдаева Л.Д., 2010).

Тем пациенткам, в анамнезе у которых имеются указания на миому матки, нарушения овуляторно-менструального цикла, гиперпластические процессы эндометрия (после перенесенного хирургического лечения патологии), в период реабилитации можно назначать препарат Регулон, который содержит 30 мкг ЭЭ и 150 мкг дезогестрела (Тихомиров А.Л. 2009; Юзько А.М., 2010).

Дезогестрел в составе Регулона обладает центральными и периферическими эффектами:

- необходима минимальная доза для подавления пиковых концентраций гормонов;
- требуется минимальная доза для подавления пролиферации;
- имеет высокое сродство к прогестероновым рецепторам;
- взаимодействует с двумя видами прогестероновых рецепторов А и В.

У женщин с дисгормональными заболеваниями молочных желез с целью контрацепции можно рекомендовать Линдинет 20 (Сергиенко М.Ю., 2010). Это связано с тем, что гестоден обладает выраженными антиэстрогенными свойствами. При сравнительном исследовании способности различных гестагенов (норэтистерон, норэтинодрел, норгестрел, левоноргестрел, дезогестрел, гестоден) изменять активность α - и β -эстрогенных рецепторов в культуре клеток COS-7 обнаружено, что норэтистерон, норэтинодрел и дезогестрел стимулируют α -эстрогенные рецепторы, а норгестрел, левоноргестрел, норэтинодрел и норэтистерон – активность β -эстрогенных рецепторов [Rabe T., Bohlmann M.K., Rehberger-Schneider S., Prifti S., 2000]. Единственный гестаген, который не влияет на активность эстрогенных рецепторов в этих клетках, – гестоден. Учитывая тот факт, что стимуляция эстрогенных рецепторов рассматривается как фактор риска рака молочной железы, эти данные свидетельствуют о наибольшей безопасности гесто-

дена в плане способности влиять на пролиферацию клеток-мишеней в сравнении с другими изученными гестагенами. Подтверждением могут служить данные о способности гестодена дозозависимым образом ингибировать рост клеток рака молочной железы человека [Colletta A.A., Wakefield L.M., Howell F.V., 1991].

В литературе сейчас широко обсуждается антиминералокортикоидный эффект прогестинов. Впервые таковой был описан у гестодена. Подобно прогестерону, гестоден ингибирует индукцию альдостероном транскрипции в клетках COS-1, содержащих минералокортикоидные рецепторы человека (Fuhrmann U., Slater E.P., Fritzemeier K.H., 1995). Наличие у гестодена антиминералокортикоидного действия можно охарактеризовать как неосновное, «мягкое». Это объясняет возможность назначения препарата Линдинет 20 с целью контрацепции у женщин, конституциональный тип которых формировался преимущественно под влиянием эстрогенов (Захурдаева Л.Д., 2011).

Для решения некоторых клинических задач (например в случае, когда наблюдаются выраженные симптомы, связанные с задержкой жидкости в результате избыточного влияния эстрогенов) фармакологи синтезировали прогестин – дроспиренон. Главное отличие дроспиренона от других прогестинов заключается в том, что он обладает антиминералокортикоидным эффектом в большей степени, чем гестоден (рис.). Антиминералокортикоидный эффект сочетается с антиандрогенным эффектом, что расширяет возможности применения дроспиренона.

Дроспиренон является аналогом спиронолактона. Уникальные свойства дроспиренона таковы:

- обладает умеренным диуретическим эффектом без изменений электролитного баланса;
- препятствует задержке жидкости, обусловленной действием эстрогенов;
- способен нейтрализовать вызываемую эстрогеном стимуляцию выработки альдостерона (Пасман Н.М., 2004) (схема);
- обладает антиандрогенным действием.

Клиническая фармакодинамика дроспиренона была изучена *in vitro* и *in vivo* в эксперименте, а также у здоровых женщин репродуктивного возраста (Futtman U., Krattenmacher R., Slater E.P., 1996). Доказано, что дроспиренон по способности связываться с рецепторами к различным гормонам очень напоминает прогестерон. Как и прогестерон, дроспиренон не обладает андрогенной, эстрогенной и антиглюкокортикоидной активностью (Krattenmacher R., 2000). Экспериментальные исследования показали, что *in vivo* гестагенная активность дроспиренона была сходна с активностью норэтистерона ацетата, по антиминералокортикоидной активности (измеренной по отношению экскреции Na^+/K^+) дроспиренон превышает спиронолактон в 8 раз, а антиандрогенная активность у дроспиренона выражена в 5-10 раз выше, чем у прогестерона, но ниже, чем у ципротерона ацетата. Антиминералокортикоидные свойства дроспиренона, выявленные в доклинических исследованиях, позднее были подтверждены результатами клинических исследований

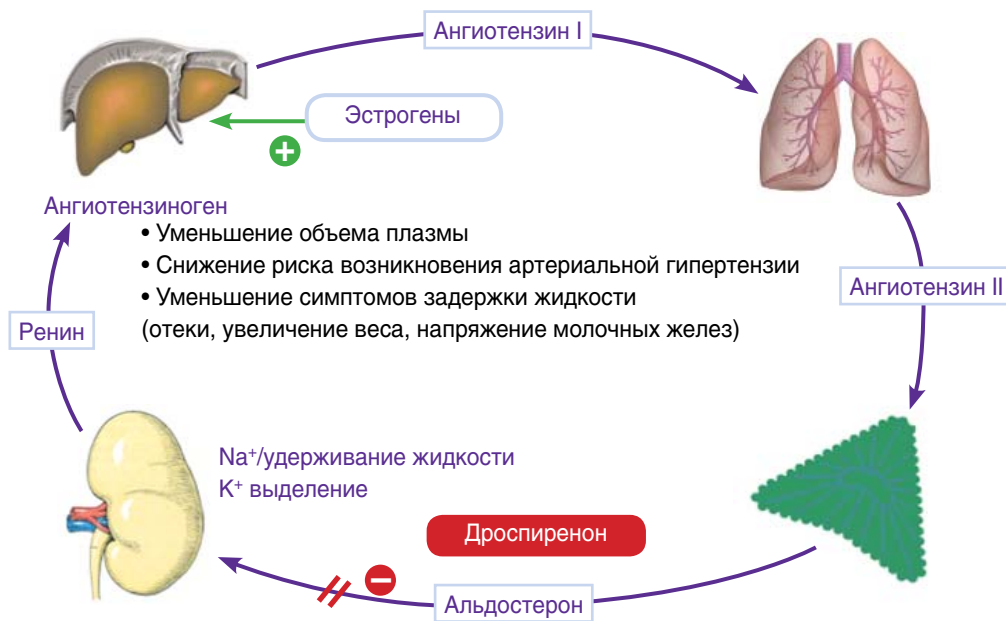
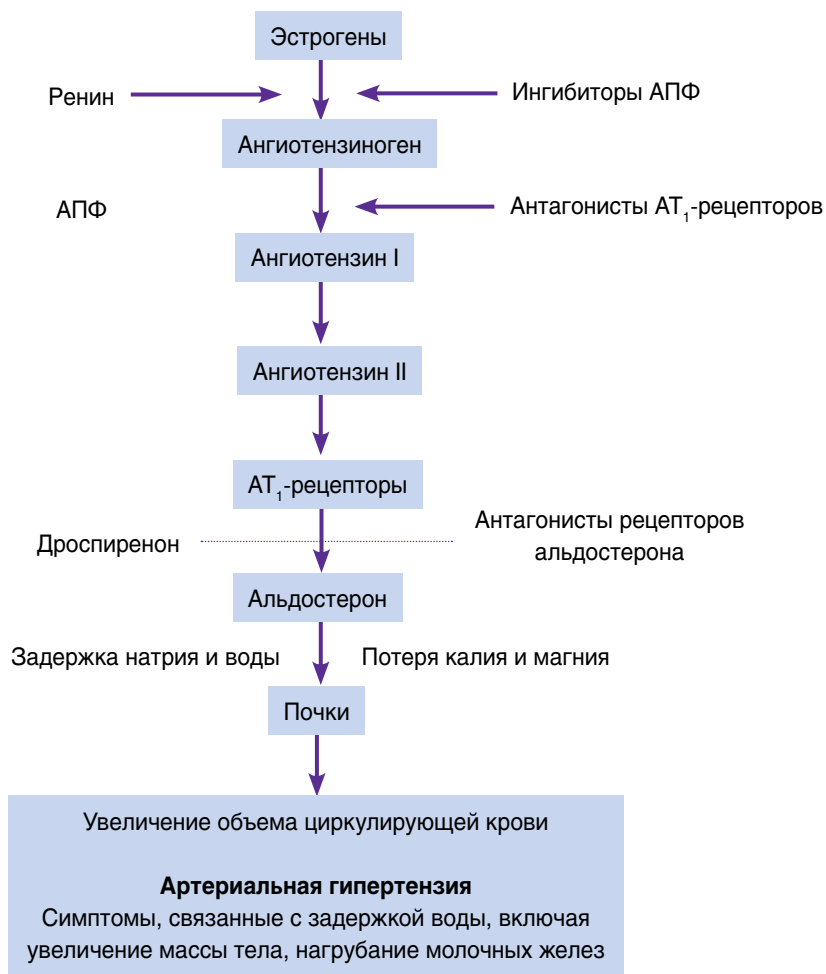


Рисунок. Антиминералокортикоидный эффект

Схема. Действие дроспиренона на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС)



с участием здоровых женщинах. Так, в группе здоровых женщин, принимавших дроспиренон, в сравнении с пациентками, получавшими плацебо, отмече-

но увеличение кумулятивной экскреции натрия на 84 ммоль одновременно с повышением уровня альдостерона в плазме и экскреции альдостерона с мочой.



Это свидетельствовало о том, что организм за счет РААС пытался активно компенсировать антиминералокортикоидные свойства дроспиренона. Прямые антиминералокортикоидные свойства дроспиренона все же преобладали над минералокортикоидным действием альдостерона, в результате чего наблюдалась общая потеря натрия и воды (Oelkers W., Berger V., Bolik A. et al., 1999). И, наоборот, между пациентками группы дроспиренона и группы плацебо не было различий по экскреции с мочой калия и по уровню калия в сыворотке крови. Исследования, проведенные Oelkers и соавт. (Oelkers W., Berger V., Bolik A. et al., 1999) по подбору доз, показали, что дроспиренон достоверно повышает активность ренина в плазме крови, причем этот эффект не зависит от дозы препарата. Вместе с тем у женщин, которые в течение одного менструального цикла (21 день) принимали 0,5-3 мг дроспиренона в сутки, отмечен дозозависимый эффект повышения концентрации альдостерона в плазме крови. Установлено, что циклическое применение (21 день приема с последующим 7-дневным перерывом) комбинации 30 мкг ЭЭ и 2 или 3 мг дроспиренона сопровождается отчетливыми антиминералокортикоидными эффектами. При этом препарат, содержащий 3 мг дроспиренона, оказывал более выраженное влияние на активность ренина и концентрацию альдостерона в плазме крови во время первого цикла приема. К третьему циклу приема различие в этих двух комбинациях исчезало. Не отмечено клинически значимого влияния на концентрацию калия в сыворотке крови. В дальнейшем было доказано (Oelkers W., Berger V., Bolik A. et al., 1999), что доза 3 мг дроспиренона адекватна 25 мг спиронолактона. Крайне важно, что влияние альдостерона на активность ренина в плазме крови носит обратимый характер, и эти параметры быстро возвращаются к исходным уровням в период, свободный от приема препарата.

Дроспиренон быстро и полностью абсорбируется после приема внутрь – его максимальная концентрация в сыворотке достигается через 1,5-2 ч. На фармакокинетический профиль дроспиренона не влияет вызванное ЭЭ повышение концентраций в сыворотке крови уровней ГСПС и кортикостероид-связывающего глобулина. Вместе с тем лекарственные средства, изменяющие кишечную-печеночную циркуляцию или активность ферментов цитохрома P₄₅₀, способны взаимодействовать с оральными контрацептивами (Пасман Н.М., 2004).

Антиминералокортикоидный и антиандрогенный эффект дроспиренона проявляется в клинических ситуациях, когда может быть рекомендован прием КОК с дроспиреноном. Прежде всего речь идет о задержке жидкости в результате избытка эстрогенов и о гиперандрогенных состояниях (предменструальный синдром (отечная форма, дисфорические проявления), акне и себорея (среднетяжелой и тяжелой степени), синдром поликистозных яичников. Кроме того, прием этих препаратов показан в период после адаптации на фоне приема любого КОК – при сохранении симптомов, связанных с задержкой жидкости.

Необходимо отметить, что термины «комбинированные оральные контрацептивы» и «стабильность веса» порой неправильно воспринимаются женщинами. Согласно данным доказательной медицины, все КОК практически не влияют на вес (т.е. при их приеме не происходит увеличение массы тела), а также на жировой и углеводный обмен. Например, для тех пациенток, которые опасаются набрать вес на фоне приема КОК, может быть рекомендован прием препарата Линдинет 20. Линдинет 20 содержит самое минимальное количество эстрогенов и гестодена, который является метаболически нейтральным (Сергиенко М.Ю., 2009; Захурдаева Л.Д., 2010). КОК с дроспиреноном способствуют стабильности массы тела за счет выведения избытка жидкости, обусловленной эстрогенами. Антиминералокортикоидный эффект дроспиренона дает возможность стабилизации веса или даже постепенного его уменьшения. Этот благоприятный эффект более выражен в первые 12 мес использования (самый критичный период в плане отказа от приема КОК). **Поэтому в выборе КОК с дроспиреноном клинически значимым является не вес пациентки, а наличие у нее симптомов, связанных с задержкой жидкости в результате избытка эстрогенов.** Задержка жидкости и ожирение – это разные понятия.

В этом году дроспиренон стал доступнее для большего количества женщин, которые не имеют противопоказаний к использованию КОК. На фармацевтическом рынке Украины появился новый КОК с дроспиреноном – Мидиана. Мидиана содержит 30 мкг ЭЭ и 3 мг дроспиренона. Более подробная информация о препарате содержится в инструкции по его применению. Применение Мидианы позволяет достичь у пациенток не только контрацептивного, но и косметического эффекта за счет антиандрогенного действия, а также хорошего контроля менструального цикла и массы тела. **Использование препарата Мидиана можно рекомендовать женщинам при таких состояниях, как:**

- задержка жидкости в период после адаптации при приеме других КОК;
- задержка жидкости, связанная с избытком эстрогенов;
- гиперандрогения среднетяжелой и тяжелой степени;
- предменструальный синдром и такие его проявления, как дисфорические нарушения;
- симптомы, обусловленные задержкой жидкости в результате избытка эстрогенов (нагрубание молочных желез, увеличение веса и др.).

Противопоказания к применению препарата Мидиана аналогичны таковым при использовании других КОК.

Таким образом, ГК является не только высокоэффективным средством предохранения от незапланированной беременности, но и обладает целым рядом лечебных и защитных свойств, что расширяет возможности ее применения в клинической практике.

□

МАГНЕ-В₆

Магнійвмісний препарат
№ 1 в Україні¹

Згідно з наявними даними, дефіцит Mg⁺⁺ мають:

- 63% жінок із синдромом передменструального напруження²;
- 40% жінок, які використовують гормональні контрацептиви²;
- 80% вагітних жінок³.

МАГНЕ-В₆
нормалізує вміст магнію в організмі²
та усуває симптоми його дефіциту:

- нервозність;
- дратівливість;
- тривожність;
- мінущу слабкість;
- невелике порушення сну.



3–4 таблетки, поділені
на 2–3 прийоми в день⁴
(під час їжі, запиваючи склянкою води)



6–8 таблеток, поділений
на 2–3 прийоми в день⁴
(під час їжі, запиваючи великою
кількістю води)



3–4 ампули, поділені
на 2–3 прийоми в день⁴
(під час їжі, розчинивши в ½ склянки води)

¹ Моріон, МАТ, березень 2011.

² Громова О. А. «Магній і піридоксин»: основи знань. Обучаючі програми ЮНЕСКО, Москва, 2006. – С.176.

³ Мелліна І. М., Павловська Т. Л. та ін. Досвід використання Магне-В₆ в акушерській практиці. // Акушерство та гінекологія. – 2002, № 2. – С.119–123.

⁴ Інструкції до медичного застосування препаратів Магне-В₆, Магне-В₆ преміум.



Роль біологічно активної фракції пролактину в розвитку стрес-індукованої гіперпролактинемії

А.В. Бойчук, д.мед.н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології факультету післядипломної освіти Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачовського
Н.В. Петренко; А.Ю. Франчук, професор

На сьогоднішній день стрес є неминучим супутником нашого життя, яке є чергуванням стресових ситуацій різного ступеня прояву. Про стрес багато говорять і пишуть, але чи насправді ми розуміємо що це таке, яким він буває, що його спричиняє і найголовніше які його наслідки [2].

Стрес – це складна нейрогуморальна реакція, що викликає розвиток гемодинамічних та метаболічних змін в організмі людини у відповідь на вплив будь-якого тривожного чинника. Спектр стресових реакцій дуже широкий – від повної відсутності відповіді до порушення якості життя внаслідок виникнення хвороби. Це залежить від факторів навколишнього середовища, психосоціальних, соціально-економічних та ін. [4].

Під час стресу відбувається активація симпатичної нервової системи та системи гіпоталамус-гіпофіз-наднирники, що призводить до виділення адренкортикотропного гормону (АКТГ), кортизолу, серотоніну. Одночасно спостерігається пригнічення секреції дофаміну, що в свою чергу викликає підвищення секреції пролактину.

Гіперпролактинемія, в т.ч. і короткочасна чи стрес-індукована, веде до змін у репродуктивній системі. На рівні яєчників висока концентрація пролактину зумовлює лютеолітичну дію, недостатність жовтого тіла. Пролактин, конкурентно зв'язуючись з рецепторами гонадотропних гормонів, гальмує їх вплив на стероїдогенез, знижує чутливість яєчників до екзогенних і ендогенних гонадотропнів. Гіперпролактинемія спричиняє гальмування секреції гонадотропнів гіпофізом та зниження чутливості гіпоталамуса до естрогенів, інгібування виділення рилізінг-гормона (фактора) лютеїнізуючого гормону (ЛГ-РГ) [1, 3].

Клінічними проявами гіперпролактинемії є оваріальна дисфункція, порушення менструального циклу (МЦ), ановуляторний синдром, патологічні проліферативні процеси в органах-мішенях (матці, яєчниках, молочних залозах), галакторея, мастодинія, мастопатія [5].

Для лікування гіперпролактинемії традиційно використовуються синтетичні препарати з дофамінергічною дією: бромокриптин, достінекс, норпролак.

Метою роботи було вивчення ефективності рослинного препарату з дофамінергічною дією Мастодінону щодо усунення проявів стрес-індукованої гіперпролактинемії.

Матеріали і методи дослідження

Нами було обстежено 47 хворих, які протягом певного періоду часу піддавалися впливу стресу (студентки після здачі сесії та молоді жінки, діяльність яких пов'язана із засвоєнням та переробкою великого обсягу інформації) (основна група) та 18 практично здорових невагітних жінок (контрольна група). Середній вік обстежених – $22,2 \pm 1,4$ року.

Рівень стресу оцінювали за шкалою маніфестації тривоги Тейлора (1953). Характер менструальної функції вивчали за регулярністю настання менструацій, тривалістю циклу, кількістю та тривалістю крововтрати, наявністю альгодисменореї та передменструального синдрому (ПМС).

Функціональну активність репродуктивної системи оцінювали за рівнями лютеїнізуючого (ЛГ) та фолікулостимулюючого гормонів (ФСГ), загального пролактину, естрадіолу (E_2), прогестерону, які визначали імуноферментним методом на аналізаторі STAT Fax 3003 Plus (США) з використанням тест-систем Human GmbH, Wiefbaden, (Німеччина) відповідно до інструкцій. Рівень біологічно активної фракції (БАФ) пролактину вимірювали в надосадовій рідині після осадження його макромолекули поліетиленгліколем (Cattaneo F., Kappeler D., Miller B., 2001). За норму БАФ пролактину приймали його вміст у кількості 40-60% по відношенню до загального гормону. У випадку, коли цей показник становив більше 60% вважали, що рівень макропролактину є незначним, і тому властивості плазми зумовлені саме впливом БАФ пролактину.

Ефективність функціонування репродуктивної системи оцінювали за співвідношенням гіпофізарних гормонів (коефіцієнт ЛГ/ФСГ), овуляторністю МЦ (графіки базальної температури) та відносним вмістом статевих стероїдів. Останній визначали за допомогою тестів функціональної діагностики (цервікального індексу [ЦІ] – інтегрального показника, що включає оцінку симптомів папороті, зіниці та натягу слизу) та кольпоцитограми (каріопікнотичного індексу [КПІ] та індексу дозрівання [ІД]) на 7-й, 14-й та 21-й день МЦ.

Результати та їх обговорення

Слід відмітити, що особливих (специфічних) скарг з боку статевих органів хворі не висловлювали. Всіх жінок основної групи турбували неспецифічні симптоми,



такі як млявість, неможливість сконцентрувати увагу, пригнічений настрій, небажання працювати, відчуття перевтоми без значних фізичних навантажень, дратівливість, зниження апетиту, порушення нічного сну та відсутність покращання стану після сну, які вони пов'язували з перевтомою.

Хворі основної групи піддавались впливу стресу високого або середнього рівня (20-35 балів за шкалою маніфестації тривоги Тейлора), тоді як пацієнтки контрольної групи – низького (1-5 балів).

У жінок основної групи середній рівень загального пролактину був дещо підвищеним – $20,4 \pm 1,2$ МО/л ($p > 0,05$), що 1,9 разу вище ($p < 0,001$), ніж у жінок контрольної групи ($10,8 \pm 0,7$ МО/л). Концентрація БАФ пролактину становила $18,6 \pm 1,1$ МО/л і була в 3 рази вищою ($p < 0,001$) в порівнянні з показниками контрольної групи – $6,1 \pm 0,5$ МО/л. Відносний вміст БАФ пролактину в основній групі дорівнював $79,7 \pm 6,8\%$, що в 1,4 разу перевищує ($p < 0,01$) його рівень у пацієнток контрольної групи. Тобто, у жінок з високим рівнем стресу має місце гіперпролактинемія, зумовлена підвищеним рівнем пролактину і його БАФ. Як показали результати дослідження, у хворих основної групи в порівнянні з контрольною групою спостерігалось зниження рівнів гіпофізарних гормонів ЛГ ($6,2 \pm 0,6$ МО/л; $p < 0,05$) та ФСГ ($5,8 \pm 0,5$ МО/л; $p < 0,05$) і відповідно оваріальних – E_2 ($85,2 \pm 0,9$ нг/л; $p < 0,01$) і прогестерону ($8,0 \pm 0,5$ мкг/л; $p < 0,01$). Це свідчило про пригнічення гіпофізарної та оваріальної функцій у пацієнток зі стрес-індукованою гіперпролактинемією. Порушення гормонального балансу підтверджувалися зниженням коефіцієнта ЛГ/ФСГ ($0,92 \pm 0,1$).

Аналіз менограми показав, що у 12 (45,5%) жінок була опсоменорея, у двох (4%) – аменорея, у 11 (23,4%) – гіпоменорея, олігоменорея (тривалість менструальної крововтрати – $2,0 \pm 0,2$ дні). Порушення овуляції відмічались в усіх хворих: ановуляторні цикли – у 20 (42,5%) пацієнток, неповноцінність другої фази циклу – у 27 (57,5%). Тобто у пацієнток, які мають середній чи сильний рівень тривожності, розвивається гіпоменструальний синдром. У обстежених на 7-й та 14-й дні МЦ спостерігалось зниження показників ЦІ, КПІ та ІД, а також утримання їх високих рівнів на 21-й день циклу. Такі зміни свідчили про низький рівень естрогенів в першій фазі МЦ та персистенцію відносної гіперестрогенії в другій фазі внаслідок відсутності овуляції та відповідно секреції прогестерону жовтим тілом.

За даними наших досліджень, у хворих виявлялися інші дисгормональні порушення: альгодисменорея – у 35 (74,5%) осіб; емоційно-психічні, нейровегетативні, вегето-судинні та ендокринно-обмінні прояви ПМС – у 40 (85,1%); галакторея I ступеня – у 17 (36,2%) пацієнток, II ступеня – у 15 (31,9%), III ступеня – у 15 (31,9%); фолікулярні кісти – у трьох (6,4%); зменшення товщини (в першій фазі до $5,2 \pm 0,6$ мм, в другій – $10,5 \pm 0,6$ мм) та збільшення лінійних розмірів яєчників за рахунок дрібнофолікулярних утворів по периферії – у 94 (51,9%) пацієнток за даними М-ехо.

Основним органом-мішенню пролактину є молочні залози. При гіперпролактинемії у 70% жіночого

Мастодинон®



При мастопатии, мастодинии и ПМС

- Восстанавливает гормональный баланс
- Устраняет боль и напряжение в молочных железах
- Не содержит гормонов

Состав и форма выпуска. Комбинированный гомеопатический препарат растительного происхождения. Капли для приема внутрь по 50 и 100 мл во флаконе. Таблетки по 60 шт. в упаковке. 100 грамм капель содержат: Agnus castus D1 (Витекс священный или прутняк) 20 г, Caulophyllum thalictroides D4 (Стеблелист василистниковидный) 10 г, Cyclamen D4 (Цикламен европейский) 10 г, Ignatia D6 (Чилибуха Игнация) 10 г, Iris D2 (Ирис разноцветный) 20 г, Lilium tigrinum D3 (Лилия тигровая) 10 г. Содержание этанола: 47,0 - 53,0 % (в объемном отношении). 1 таблетка содержит: Agnus castus D1 (Витекс священный или прутняк) 162,0 мг, Caulophyllum thalictroides D4 (Стеблелист василистниковидный) 81,0 мг, Cyclamen D4 (Цикламен европейский) 81,0 мг, Ignatia D6 (Чилибуха Игнация) 81,0 мг, Iris D2 (Ирис разноцветный) 162,0 мг, Lilium tigrinum D3 (Лилия тигровая) 81,0 мг. **Фармакологическое действие.** Основным активным компонентом Мастодинона является прутняк. Допаминергические эффекты препарата вызывают снижение продукции пролактина, то есть устраняют основную причину предменструального синдрома - гиперпролактинемии. В отличие от эстрагенов и других гормонов, пролактин оказывает прямое стимулирующее действие на пролиферативные процессы в молочных железах, усиливая образование соединительной ткани и вызывая дилатацию молочных протоков. Снижение содержания пролактина приводит к обратному развитию патологических процессов в молочных железах и купирует болевой синдром, нормализуется недостаточность желтого тела. Ритмичная выработка и нормализация соотношения гонадотропных гормонов приводит к нормализации второй фазы менструального цикла. **Показания.** Фиброзно-кистозная мастопатия; мастодиния; предменструальный синдром (мастодиния, психическая лабильность, запоры, отёки, головная боль/мигрень); нарушения менструального цикла и/или бесплодие, вызванные недостаточностью желтого тела. **Побочные действия.** В очень редких случаях возможны боли в желудке, тошнота, небольшое увеличение веса, зудящие экзантемы, угри и головные боли. В единичных случаях может возникать временное психомоторное возбуждение. В этих случаях необходимо отменить прием препарата и обратиться к врачу. **Режим дозирования.** Препарат принимают по 30 капель или по 1-й таблетке 2 раза в день (утром и вечером). Таблетки следует принимать с небольшим количеством жидкости. Мастодинон® должен приниматься не менее 3 месяцев, в том числе во время менструации. Улучшение обычно наступает через 6 недель. Если после прекращения приема жалобы возобновляются, то необходимо проконсультироваться с врачом и продолжить лечение. **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к компонентам препарата. P.c. UA/6239/01/01 от 16.04.2007; UA/6239/02/01 от 15.08.08.



ООО "БИОНОРИКА"
Украина, г. Киев, ул. Минина 9,
тел.: (044) 521-86-00; факс: (044) 521-86-01
e-mail: office@bionorica.com.ua



населення виявляється мастодинія, болючість та нагубання молочних залоз, які зумовлені венозним застоєм і набряком стромы, нагубанням клітин, здавленням нервових закінчень, посиленою проліферацією клітин. Серед хворих основної групи мастодинію діагностували у 24 (51,2%) жінок, мастопатію – у 18 (38,3%).

Аналізуючи отримані результати дослідження слід відмітити, що у жінок, які тривалий час знаходяться під впливом стресу, що проявляється високим чи середнім рівнем тривожності, має місце гіперпролактинемія. Вона зумовлена зростанням рівня БАФ пролактину при незначно підвищеному рівні загального пролактину і характеризується порушенням менструальної функції за типом гіпоменструального та ановуляторного синдромів, ПМС, галактореєю, мастодинією, мастопатією.

Для лікування гіперпролактинемії використовуються препарати, які мають дофамінергічну дію: бромокриптин, достінекс, норпролак. Однак їх застосування супроводжується розвитком ряду побічних ефектів (нудота, блювання, закрепи, набрякання слизової оболонки носа, зниження артеріального тиску, аритмії, збудження центральної нервової системи, поблідіння пальців рук і ніг при переохолодженні).

Враховуючи можливість розвитку побічних ефектів від застосування традиційних фармакологічних засобів, а також невисокий рівень стрес-індукованої гіперпролактинемії, на особливу увагу заслуговує можливість застосування фітопрепаратів з дофамінергічною дією. З давніх-давен у медицині використовується *Agnus castus* – прутняк звичайний (перець монахів), який, зв'язуючись з дофаміновими рецепторами гіпоталамуса, знижує секрецію пролактину. Для лікування хворих ми використовували препарат Мастодинон. Це негормональний рослинний лікарський засіб з доведеною клінічною ефективністю, основною діючою речовиною якого є *Agnus castus*. Він застосовується для лікування проявів гіперпролактинемії та усунення естроген-гестагенного дисбалансу.

Під впливом запропонованої терапії через 3 міс хворі відмітили зменшення проявів альгодисменореї, мастодинії, ПМС. Також виявлено зниження рівня тривожності до показників, які відповідали середньому рівню з тенденцією до низького (8-18 балів), за рахунок нормалізації секреції нейромедіаторів та пов'язаних з ними нейроендокринних процесів. Покращився загальний стан пацієнток у результаті зменшення проявів канцерофобії, збільшення впевненості в собі, що значно підвищило якість життя жінок. Вищевказані скарги турбували тільки трьох (6,3%) пацієнток. При аналізі менограми спостерігалось зниження інтенсивності проявів гіпоменструального синдрому: тривалість МЦ становила $28,4 \pm 1,1$ дня, менструальної крововтрати – $3,1 \pm 0,2$ дня, нормалізувався об'єм менструальної крововтрати. Застосування Мастодинону мало позитивний вплив на усунення галактореї. Так, після 3-місячного курсу лікування галакторея зникла у 17 (36,2%) хворих; галакторея I ступеня зберігалася у десяти (21,3%), II ступеня – у восьми (17,0%), III ступеня – у 12 (25,5%) пацієнток.

Аналіз гормонального фону після проведеної терапії показав, що середній рівень пролактину знизився до $15,5 \pm 1,0$ МО/л, концентрація БАФ пролактину – до $8,5 \pm 0,7$ МО/л, а відносний вміст БАФ – до $54,7 \pm 4,5\%$, що відповідало показникам норми та контрольної групи. Також відмічено вірогідне підвищення рівня гіпофізарних та оваріальних гормонів (ЛГ – до $9,3 \pm 0,6$ МО/л, ФСГ – до $7,7 \pm 0,7$ МО/л, E_2 – $179,2 \pm 9,9$ нг/л, прогестерону – $20,5 \pm 1,8$ мкг/л). Підвищення коефіцієнта ЛГ/ФСГ до $1,2 \pm 0,2$ свідчило про нормальне функціонування репродуктивної системи. Нормалізація гормонального профілю проявилася відновленням овуляторності МЦ у 30 (63,8%) жінок. У решти виявлено неповноцінність лютеїнової фази циклу.

Проведеним нами дослідженням було виявлено високу ефективність застосування Мастодинону щодо зниження рівня стрес-індукованого пролактину, що сприяло відновленню циклічної секреції гонадотропних гормонів гіпофізом та стероїдних – яєчниками. Клінічно це проявлялося нормалізацією менструальної та овуляторної функції, зниженням інтенсивності клінічних проявів гіперпролактинемії (галактореї, мастодинії, альгодисменореї). Це дає нам можливість рекомендувати використання Мастодинону для лікування стрес-індукованої гіперпролактинемії. Жінки, у яких застосування даного препарату виявилось не ефективним, повинні бути направлені на більш глибоке обстеження для виключення пухлинного генезу гіперпролактинемії.

Висновки

У хворих, які тривалий час піддаються впливу стресу, має місце гіперпролактинемія, зумовлена підвищеним рівнем БАФ пролактину.

Застосування Мастодинону показало високу клінічну ефективність даного препарату щодо зниження рівня пролактину і відповідно його клінічних проявів (мастодинії, масталгії, альгодисменореї).

Література

1. Сергиенко М.Ю. Проблема подростковой мастопатии и комбинированные оральные контрацептивы / Сергиенко М.Ю., Ласачко С.А. // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2006. – Т. 11, № 2. – С. 153-156.
2. Смоланка І.І. Фіброзно-кістозна мастопатія / Смоланка І.І., Ляшенко А.О. // Жіночий лікар. – 2007. – №1. – С. 16-18
3. Татарчук Т.Ф. Тиреоидный гомеостаз и репродуктивное здоровье женщины. Клиническая лекция / Татарчук Т.Ф., Давыдова Ю.В., Косянчук Н.Ю. // Международный эндокринологический журнал – 2007. – №3 (9). – С. 66-70
4. Татарчук Т.Ф. Мастодиния в структуре предменструальных нарушений / Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П., Ефименко О.А. и др. // Здоровье женщины. – 2006. – 1 (25). – С. 116-118.
5. Яремко Г.Є. Ультразвуковий моніторинг стану молочних залоз та фетоплацентарного комплексу у вагітних із фіброзно-кістозною хворобою молочних залоз / Яремко Г.Є., Жабченко І.А., Бондаренко О.М., Похитун М.В. // Здоровье женщины. – 2009. – №3. – С. 94-96.





Необходимость реабилитации репродуктивной функции после хирургических вмешательств в гинекологии

Т.Д. Моисеева-Постоловская, к.мед.н., кафедра акушерства и гинекологии
Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова
Винницкий областной центр планирования семьи

В последние годы отмечается значительный прорыв в подходах к терапии различных состояний в гинекологии. Произошло усовершенствование консервативного и оперативного методов лечения пациентов, которые дополняют друг друга. К сожалению, не все заболевания женской репродуктивной системы можно диагностировать и лечить с помощью консервативных методов, и в некоторых случаях приходится прибегать к хирургическому лечению. Что же объединяет такие инвазивные процедуры, как медицинский аборт, диагностическое выскабливание полости матки и внутриматочную хирургию, операции на матке, трубах и яичниках? Это возможные негативные последствия для репродуктивной системы (бесплодие, невынашивание беременности, воспалительные заболевания гениталий, эндокринные нарушения, нарушение течения беременности и родов). Целью выполнения органосохраняющих операций является сохранение репродуктивного здоровья. Иными словами, они обеспечивают возможность реализации детородной функции в будущем или по меньшей мере способствуют этому. Именно поэтому после выполнения оперативного вмешательства очень актуально проведение реабилитации и восстановительной терапии.

Известно, что как основное заболевание, так и хирургическое лечение зачастую являются причиной нейроэндокринных нарушений. Отдаленными последствиями операций могут быть функциональные нарушения в гипоталамо-гипофизарной системе: нарушения менструального цикла (МЦ), гиперпролактинемия, вторично поликистозные яичники. Так, анализ данных о нейроэндокринных расстройствах, которые проявились после перенесенной односторонней аднексэктомии, проведенный с учетом латерализации оперативного вмешательства на яичниках, показал, что через 4-5 лет после левосторонней аднексэктомии нейроэндокринные расстройства отмечались у 33,3% оперированных женщин, после правосторонней – у 47,8% пациенток.

В то же время положительное влияние проводимой реабилитации позволило снизить частоту возникновения нарушений МЦ с 60,8 до 44,4%, а частоту бесплодия – с 26,1 до 21,6% (Радзинский В.Е., 2006). После оперативных вмешательств могут отмечаться следующие состояния: ациклические прорывные кровотечения в течение первой недели после операции на матке, трубах или яичниках; синдром гиперстимуляции яичников; асцит, ассоциированный с гиперстимуляцией яичников. После операции у небольшого количества пациенток постепенно происходит нормализация гомеостаза: восстанавливаются гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковые связи и гонадотропная функция гипофиза, овуляторные циклы в яичниках. И все же травма любого отдела репродуктивной системы приводит к избыточной стимуляции репродуктивной функции (рис. 1). Влияние внутриматочных вмешательств на эндометрий проявляется неполной эпителизацией и воспалительными изменениями внутренней поверхности матки, что свидетельствует о резком замедлении восстановительных процессов эндометрия.

У большинства женщин до операции может наблюдаться неблагоприятный преморбидный фон, характеризующийся функциональной лабильностью гипоталамических и надгипоталамических структур. Все это является основными звеньями патогенеза, которые формируют клиническую картину основного заболевания. Если своевременно не провести реабилитационно-профилактические мероприятия, восстановление нормальных механизмов регуляции репродуктивной системы может так и не произойти. Это в свою очередь может способствовать рецидиву заболевания либо повлечь за собой возникновение новой патологии, например нейроэндокринно-обменного синдрома. Поэтому при доброкачественных процессах основными принципами реабилитационных мероприятий являются: восстановление гипоталамо-гипофизарно-яичниковых связей и полноценного двухфазного МЦ, иммуномодулирование, поддержание

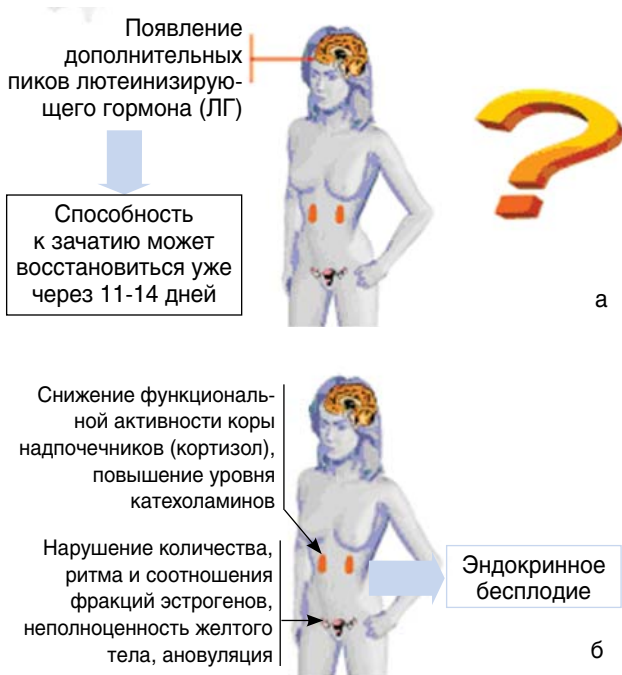


Рис. 1. Влияние операционной травмы на эндокринные функции

нормального биоценоза влагалища, использование рациональной контрацепции.

Учитывая тот факт, что в патогенезе возникновения ряда доброкачественных гинекологических заболеваний определенную роль играет перевозбуждение гипоталамической области, патогенетически обоснованным является применение препаратов, которые устраняют влияние этого фактора. Наиболее эффективным средством профилактики этих заболеваний является использование комбинированных оральных контрацептивов (КОК) (Тихомиров А.Л., 2005). У женщин репродуктивного возраста, заинтересованных в сохранении детородной функции, гормональная контрацепция является обязательным компонентом восстановительной терапии после хирургического лечения. Кроме того, применение

КОК оказывает не только лечебное воздействие, но и позволяет решить вопросы предупреждения нежелательной беременности.

Лечебный эффект от применения комбинированных контрацептивов обусловлен ингибированием синтеза гонадотропин-рилизинг фактора, при котором происходит подавление циклической секреции фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и ЛГ. Использование таких препаратов приводит к регрессии пролиферативных изменений в первой фазе МЦ и к неполноценной секреторной трансформации во второй фазе. Таким образом, после проведения оперативного вмешательства можно рекомендовать прием КОК по нескольким причинам.

Во-первых, происходит нормализация в гипоталамо-гипофизарной системе и подавление дополнительных пиков ЛГ за счет установления монофазного ритма, что имеет важное значение в профилактике гипоталамо-гипофизарной дисфункции, которая впоследствии может явиться благоприятным фоном для развития нарушений МЦ и возникновения дисгормональных заболеваний молочных желез – мастопатий.

Во-вторых, прием этих препаратов способствует восстановлению эндометрия.

В-третьих, во многих случаях прием комбинированных контрацептивов позволяет предотвратить возникновение ранних послеоперационных осложнений – кровотечений и воспалительных заболеваний.

В-четвертых, применение этих препаратов обеспечивает надежную контрацепцию в дальнейшем. Аборт в данной ситуации нежелателен, поскольку давно доказано его отрицательное воздействие на репродуктивную систему (рис. 2).

Для надежной контрацепции нет необходимости в использовании высоких доз стероидных компонентов, а метаболические и другие неблагоприятные влияния на функциональное состояние различных органов и систем женского организма

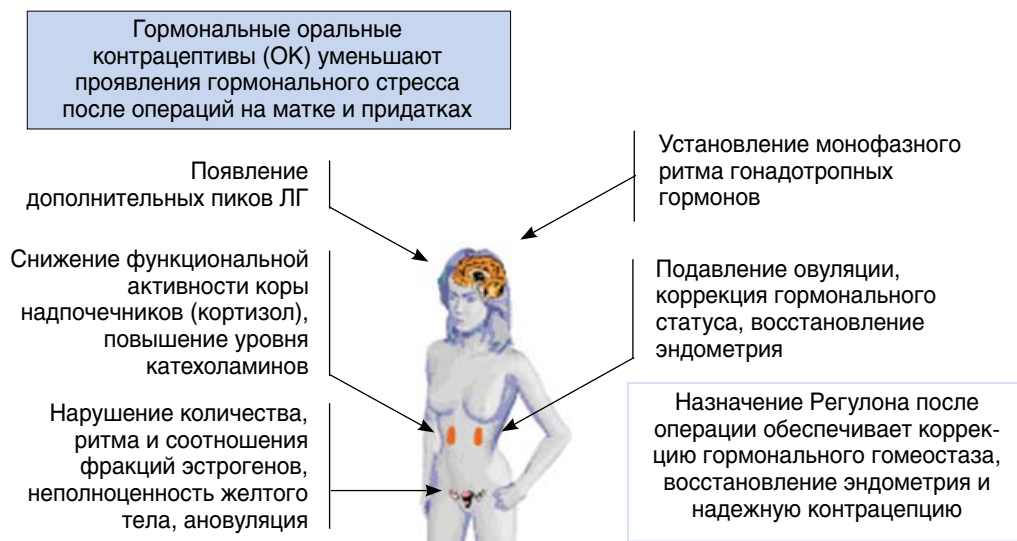


Рис. 2. Влияние КОК на организм женщины в послеоперационном периоде



значительно уменьшаются при снижении дозы гормонов в ОК. В настоящее время дозы эстрогенного компонента в контрацептивах снижены в 3-5 раз, а гестагенного – в 5-20 раз в сравнении с монофазными контрацептивами первого поколения. Согласно рекомендациям ВОЗ, доза эстрогенного компонента в КОК не должна превышать 35 мкг этинилэстрадиола. Однако даже снижение его дозы до 20 мкг не оказывает существенного влияния на качество подавления овуляции (снижение уровней ЛГ, прогестерона и эстрадиола). Наибольшее распространение получили комбинированные препараты. Они являются наиболее популярным методом контрацепции во всех странах мира (Тихомиров А.Л., 2008). На сегодняшний день особое место в исследованиях эффектов от применения КОК занимает изучение гестагенного компонента.

Эффективность прогестагенов определяется такими параметрами: способностью блокировать овуляцию и связывать рецепторы прогестерона, способностью вызывать гистологические изменения в тканях матки и отсрочивать наступление менструации. Прогестагены наряду с гестагенным влиянием обладают и другими биологическими эффектами. На сегодняшний день среди гестагенов, входящих в состав КОК, особое место занимают прогестагены третьего поколения. Последние имеют различные характеристики, но эти отличия не столь существенны. Основное различие – это расположение отдельных восстановительных боковых цепочек основной молекулы стероида. Как и левоноргестрел, прогестагены третьего поколения входят в группу производных 19-нортестостерона под названием «гонаны», и их активность определяется сродством к рецепторам прогестерона, а также антиовуляторной и антипролиферативной активностью. Так, к прогестинам третьего поколения относится дезогестрел (рис. 3).

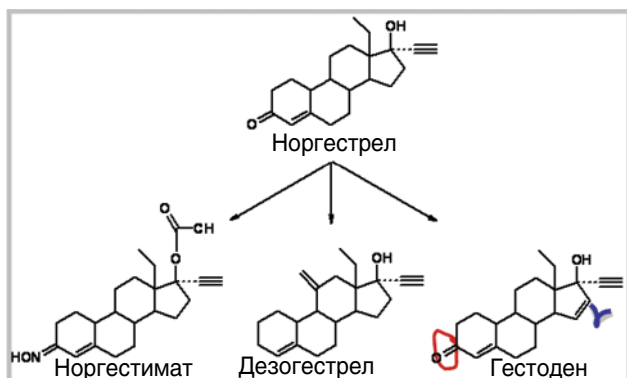


Рис. 3. Производные норгестрела (гонаны)

Производное 19-нортестостерона (дезогестрел) значительно активнее прогестерона (Прилепская В.Н., Острейкова Л.И., 2004). Доказана необходимость назначения гестагенсодержащих препаратов в качестве прегравидарной подготовки эндометрия, поскольку они эффективнее прогестерона (Bedel M.A, Beier H. at all, 1994). Дезогестрел

обладает центральным действием, т.е. он способен подавлять синтез ФСГ и ЛГ (это косвенно определяется дозой, необходимой для подавления овуляции, [миллиграммов в сутки]) и периферическим действием (доза, необходимая для подавления трансформации эндометрия и степень сродства к рецепторам прогестерона) (таб.).

Дезогестрел – это активный прогестин, поскольку минимальная его доза, необходимая для подавления овуляции, составляет 0,06 мг/сут, а для подавления трансформации эндометрия – 2 мг/цикл. Также он обладает высоким сродством к прогестероновым рецепторам (130%). Дезогестрел имеет дополнительное преимущество за счет периода полувыведения до 30 ч. Кроме того, он имеет выраженный аффинитет к рецепторам прогестерона и способен ингибировать рецепторы прогестерона типов А и В, находящиеся в матке (Тихомиров А.Л., 2008). Это его свойство особенно актуально при проведении органосохраняющих операций в связи с миомой матки. Способность дезогестрела блокировать рецепторы прогестерона, по всей вероятности, объясняет его профилактический эффект, поскольку именно прогестерон является основным гормоном, который стимулирует рост миомы матки (Тихомиров А.Л., 2007). Согласно Медицинским критериям

Таблица. Характеристики гестагенов третьего поколения

Прогестагенная активность современных гестагенов

Прогестаген	Доза трансформации эндометрия, мг/цикл	Доза блокады овуляции, мг/сут
3-кетодезогестрел Дезогестрел	2	0,06
Норгестимат	7	0,2
Левоноргестрел	4	0,06
Диеногест	6	1,0
Ципротерона ацетат	20	1,0
Дроспиренон	50	2

Минимальные дозы блокады овуляции и трансформации эндометрия

Степень сродства к прогестероновым рецепторам

Прогестаген	Степень сродства к рецепторам прогестерона, %
Медроксипрогестерона ацетат	115
Левоноргестрел	120
3-кетодезогестрел	130
Гестоден	85
Диеногест	5

Т.Д. Моисеева–Постоловская, И.Н. Атаманчук (2008)



приемлемости использования методов контрацепции (Medical eligibility criteria for contraceptive use, ВОЗ, 2009), применение КОК при миомах матки не противопоказано. При миомах матки прежде всего опасно наступление нежелательной беременности и проведение аборта, поскольку это может ухудшить течение заболевания. В некоторых случаях, например когда размер узлов не превышает 1,5-2 см, отмечается стабилизация их роста благодаря профилактическому воздействию на эндометрий КОК, содержащих дезогестрел (Тихомиров Л., 2007). Дезогестрел входит в состав препаратов Новинет и Регулон. Препарат Новинет содержит 20 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела, Регулон – 30 и 150 мкг соответственно. Комбинированная терапия с Регулоном также эффективна и после проведения хирургического лечения простой неатипической гиперплазии эндометрия, сочетанной с бесплодием. Отмечалось снижение частоты рецидивов гиперплазии эндометрия через год после лечения в 4,17 раза, уменьшение нарушений МЦ после лечения – в 5,5 раза, увеличение количества беременностей – в 1,71 раза (Носенко Е.Н. 2010). Применение Регулона сразу после аборта снижает число воспалительных осложнений, способствует уменьшению кровянистых выделений и регуляции МЦ (Серов В.Н., 2007). При проведении клинико-экономического анализа выявлено, что затраты, связанные с приобретением Регулона, компенсируются меньшим количеством ранних осложнений и уменьшением продолжительности госпитализации пациенток, а также сокращением времени нетрудоспособности (Серов В.Н., 2007; Радзинский В.Е., 2009).

Таким образом, за счет фармакологических характеристик дезогестрела препарат Регулон может применяться для проведения реабилитации после выполнения операций на органах малого таза (при отсутствии противопоказаний к приему КОК). Конкретно речь идет о восстановлении после таких вмешательств, как аборт и операции на яичниках (доброкачественный процесс). Также Регулон можно рекомендовать к использованию в составе комплексной терапии при лечении миомы матки небольших размеров, а также в периоде реабилитации после хирургического лечения простой неатипической гиперплазии эндометрия.

При назначении КОК необходимо учитывать противопоказания (см. инструкцию к препаратам) и пользоваться рекомендациями ВОЗ.

Регулон подходит практически всем здоровым женщинам, желающим предохраняться от нежелательной беременности настолько долго, насколько это необходимо. Для достижения лечебного эффекта после перенесенного оперативного вмешательства необходим прием гормональных препаратов в циклическом или пролонгированном режиме. Длительность приема определяется возрастом больной, выраженностью клинических симптомов, заинтересованностью в деторождении и составляет, как правило, не менее 6-9 мес.

К современным профилактическим и реабилитационным мероприятиям также относят своевременную коррекцию нарушений микроценоза влагалища до и после проведения оперативных вмешательств в акушерстве и гинекологии. Полимикробный характер инфекционных заболеваний нижнего отдела женских половых органов требует использования местных препаратов широкого спектра действия.

Клион-Д 100 – вагинальные таблетки, в состав которых входят метронидазол и миконазола нитрат. Содержание 100 мг метронидазола в препарате обеспечивает его преимущественно местное действие (в крови определяется всего 0,2 мкг/мл метронидазола). Этим Клион-Д 100 отличается от других препаратов для местного применения, в которых содержится большее количество метронидазола (в крови концентрация выше в несколько сот раз – 1,6-7,2 мг/мл). Особенностью Клиона-Д 100 является его безопасность, поскольку он имеет минимальное системное воздействие (особенно на печень). Также не отмечено накопление действующего вещества в организме и суммирование токсического эффекта при использовании Клиона-Д 100 одновременно с пероральными формами метронидазола. Препарат назначают 1 раз в день. Особая форма выпуска позволяет хранить его не в холодильнике, что удобно для пациенток. Клион-Д 100 можно применять как для лечения, так и для профилактики вагинальных инфекций.

Использование препарата Клион-Д 100 показано при лечении вагинозов различной этиологии (бактериального, трихомонадного, кандидозного). Также препарат применяют для профилактики инфекционно-воспалительных осложнений перед оперативным лечением, абортom, установкой внутриматочных контрацептивов, а также перед проведением диагностического выскабливания и внутриматочных исследований.

Фармакологическое действие метронидазола: обладает бактерицидной активностью в отношении большинства анаэробных микроорганизмов, простейших (подавляет развитие трихомонад, амёб, лямблий). Не активен в отношении аэробных микроорганизмов, за исключением *Helikobacter pylori* и *Gardnerella vaginalis*.

Фармакологическое действие миконазола: ингибирует биосинтез эргостерола и изменяет липидный состав мембраны, вызывая гибель клетки гриба. Активен в отношении возбудителя разноцветного лишая *Malassezia furfur*, возбудителей некоторых дерматомикозов (*Candida spp.*, *Trichophyton spp.*, *Epidermophyton floccosum*, *Microsporum spp.*). Проявляет активность в отношении *Aspergillus spp.*, *Dimorphous fungi*, *Cryptococcus neoformans*, *Pityrosporum*, *Torulopsis glabrata*, *Pseudallescheria boydii*, а также в отношении некоторых грамположительных микроорганизмов, включая стафилококки и стрептококки. Противопоказания к применению: I триместр беременности, повышенная чувствительность к производным имидазола. Побочные эффекты: изредка раздражение



Назначение КОК: критерии ВОЗ

- **Категория 1** – состояние, при котором нет ограничений для использования метода контрацепции.
- **Категория 2** – состояние, при котором метод в принципе может быть использован, однако следует подумать о применении другого. В некоторых случаях может потребоваться внимательное наблюдение консультанта. Обычно польза от применения метода превышает теоретический или доказанный риск.
- **Категория 3** – состояние, при котором метод обычно не рекомендуется, так как теоретический или доказанный риск часто превышает пользу. Однако может быть рассмотрен как метод выбора и использован лишь тогда, когда другие методы недоступны или неприемлемы. Требуется внимательное наблюдение консультанта.
- **Категория 4** – состояние, при котором метод не должен применяться, поскольку создает недопустимый риск для здоровья.

слизистой оболочки влагалища, чувство дискомфорта в месте применения (чувство жжения, зуд и боль), реакции повышенной чувствительности. Способ применения и дозы: 1 смоченную водой вагинальную таблетку ежедневно вводят глубоко во влагалище в течение 10 дней (полная информация о препарате содержится в инструкции по медицинскому применению).

Вывод

Реабилитация пациенток после проведения оперативного лечения гинекологических заболеваний, в основе которой лежат восстановление двухфазного МЦ, лечение хронических персистирующих воспалительных заболеваний, иммунокоррекция, восстановление эубиоза генитального тракта и применение рациональной контрацепции, позволяет сохранить и улучшить репродуктивное здоровье и качество жизни пациенток.

□



Регулон
30 мг этинилэстрадиола, 150 мг дезогестрала
Будьте уверенны!

- ☉ **Хороший профиль безопасности**
- ☉ **Дополнительные лечебные эффекты**
- ☉ **Профилактика осложнений после аборта**
- ☉ **Максимальная эффективность**
- ☉ **Нормализация менструального цикла**
- ☉ **Хорошая переносимость**



Р. с.: № UA/7293/01/01 от 13.11.2007 до 13.11.2012



□



Заболевания щитовидной железы и репродуктивная функция женщины

В.И. Панькив, д.мед.н., профессор, заведующий отделом профилактики эндокринных заболеваний Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины; **Е.О. Литвак**, к.мед.н., отдел малоинвазивной хирургии ГУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» ГУД

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) являются наиболее частой эндокринной патологией и в последние десятилетия активно прогрессируют. При этом их отличает практически десятикратно повышенная распространенность среди женщин, манифестация в молодом, репродуктивном возрасте и развитие у пациенток тяжелых осложнений при отсутствии квалифицированной медицинской помощи. Проблемы ЩЖ и состояния репродуктивной системы женщин взаимосвязаны и важны как с теоретических, так и с практических позиций общей клинической и гинекологической эндокринологии. Важнейшей функцией тиреоидных гормонов является обеспечение развития большинства органов и систем на протяжении всего эмбриогенеза, начиная с первых недель беременности. В связи с этим любая патология ЩЖ (даже незначительная), которая развивается под влиянием йодного дефицита легкой степени, несет риск нарушений развития нервной и других систем плода. Ухудшение экологической и радиологической обстановки приводит к росту заболеваний ЩЖ. Дисфункция железы у женщин развивается чаще, чем у мужчин. Это оказывает влияние на состояние здоровья детей, так как установлено, что даже субклинические (скрытые) формы тиреоидной патологии у матери могут неблагоприятно отразиться на состоянии плода и новорожденного. Нарушения функции ЩЖ влияют на менструальный цикл (МЦ) женщины, ее способность к зачатию и вынашиванию беременности.

По результатам скрининговой оценки функции ЩЖ, проведенной у 498 женщин, обратившихся по поводу бесплодия в Украинский научно-практический центр эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей, гипотиреоз в исходе аутоиммунного тиреоидита был выявлен у 9,4% пациенток (у 0,7% – манифестный, у 8,7% – субклинический). Таким образом, для практического здравоохранения актуальность проблемы патологии ЩЖ у беременных и планирующих беременность не вызывает сомнений.

Физиология ЩЖ

ЩЖ состоит из двух долей, соединенных перешейком. Она располагается перед трахеей, охватывая спереди и с боков ее верхние кольца. Основной функцией ЩЖ является обеспечение организма тиреоидными

гормонами – тироксином (T_4) и трийодтиронином (T_3), неотъемлемым структурным компонентом которых является йод. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, минимальная физиологическая потребность взрослого человека в йоде составляет 150 мкг/сут, для беременных и кормящих женщин она увеличивается до 250 мкг/сут.

Железа ежедневно производит около 100 мкг T_4 и лишь небольшое количество T_3 , который преимущественно образуется экстратиреоидально из T_4 под действием 5'-дейодиназы I типа. Большая часть (99,9%) T_4 находится в сыворотке крови в связанной с транспортными белками форме и только 0,03% циркулирует в свободном виде. К транспортным белкам относятся (по убыванию значимости): тироксинсвязывающий глобулин (ТСГ), транстиретин и альбумин. ТСГ является основным транспортным белком тиреоидных гормонов и обладает наибольшей аффинностью к ним. За счет связывания T_4 белками предотвращается его быстрое выведение из плазмы, а биологический период полураспада увеличивается до 5–8 дней. Транскапиллярному транспорту и последующему поступлению в клетки доступен только свободный T_4 (св T_4). Циркулирующий в крови T_3 связан с транспортными белками на 99%, при этом 0,3% его находится в свободной форме.

Тиреоидные гормоны необходимы для нормального функционирования и развития практически всех органов и функциональных систем организма. Уровень их продукции определяется физиологическими потребностями и регулируется тиреотропным гормоном (ТТГ) гипофиза. ТТГ является гликопротеидным гормоном, состоящим из двух ковалентно связанных субъединиц α и β . ТТГ продуцируется базофильными клетками аденогипофиза. Его высвобождение регулируется гипоталамическим трипептидом – тиреотропин-рилизинг гормоном, с одной стороны, а также уровнем свободных тиреоидных гормонов – с другой. Тиреоидные гормоны по принципу отрицательной обратной связи подавляют продукцию ТТГ, поддерживая динамическое равновесие в гипофизарно-тиреоидной системе.

На протяжении всей жизни человека нормальный уровень гормонов ЩЖ является необходимым условием гармоничного функционирования организма. Гормоны оказывают влияние на обменные процессы, рост тканей, на половое развитие, менструальную функцию, овуляцию, стимулируют синтез белка. Несмотря



на небольшой размер ЩЖ, вырабатываемые в ней гормоны участвуют практически во всех процессах жизнедеятельности организма. Основной функцией железы является поддержание нормального клеточного метаболизма (обмена веществ).

Тиреоидные гормоны необходимы для полноценного умственного и физического развития. Наряду с гормоном роста, вырабатываемым в гипофизе, они отвечают за нормальное развитие костей скелета. Недостаток гормонов ЩЖ в детском возрасте приводит к прекращению роста, а их дефицит при беременности – к недоразвитию мозга будущего ребенка.

Доказанной является роль ЩЖ в нормальном развитии молочных желез у женщин. ЩЖ имеет большое значение для функционирования иммунной системы организма. Ее гормоны стимулируют Т-клеточное звено иммунитета, с помощью которого организм противостоит инфекциям. Предполагается, что старение организма связано с изменением функции ЩЖ.

Среди общей патологии половой сферы в подростковом возрасте нарушения МЦ занимают первое место. Несмотря на их высокую (40–64%) распространенность среди девочек, множество вопросов, касающихся этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения данного заболевания, остаются нерешенными. Об этом свидетельствуют частые рецидивы этой патологии и недостаточная эффективность лечения, нарушения репродуктивной функции в фертильном возрасте.

Расстройства МЦ часто являются осложнениями, возникающими вследствие дисфункции ЩЖ. Эти нарушения нейроэндокринной регуляции репродуктивной системы наиболее деструктивны именно в подростковом периоде.

По данным ВОЗ, более чем у 1,5 млрд жителей Земли существует повышенный риск недостаточного потребления йода, у 655 млн – выявлено увеличение ЩЖ, у 43 млн – обнаружена выраженная умственная отсталость в результате йодной недостаточности.

Существует определенная проблема доклинического выявления девочек, входящих в группу риска возникновения нарушений МЦ. Известно, что с каждым годом количество таких пациенток увеличивается. У подростков с заболеваниями ЩЖ встречаются расстройства МЦ в виде опсолигоменореи или гиперполименореи, реже – аменореи. Исследование особенностей течения нарушений менструаций у девочек при заболеваниях ЩЖ, определение критериев их диагностики и лечения остаются актуальной проблемой на сегодняшний день.

Ранняя диагностика и лечение нарушений МЦ, обеспечивающие максимальную компенсацию нейроэндокринного дисбаланса, снижают частоту осложнений, способствуют более эффективной профилактике репродуктивной дисфункции в детородном возрасте и как следствие – уменьшению репродуктивных потерь. Проблема расстройств МЦ у девочек с заболеваниями ЩЖ далека от разрешения и требует тщательного изучения для разработки более четких практических рекомендаций по диагностике и лечению данной гинекологической патологии.

Нами на большом клиническом материале уточнены особенности нарушений МЦ у пациенток в возрасте 14–19 лет с заболеваниями ЩЖ. При этом определена степень взаимосвязи МЦ и функционального состояния ЩЖ у данной подростковой группы. Вместе с тем выявлена степень выраженности нарушений гонадотропной и пролактинсекретирующей функций гипофиза у девочек-подростков с менструальной дисфункцией на фоне патологии ЩЖ.

Расстройства МЦ на фоне патологий ЩЖ у пациенток подросткового возраста имеют свои клинические особенности. Так, при гипотиреозе в 66,7% случаев развивается гипоменструальный синдром и в 33,3% – гиперполименорея; при гипертиреозе у 39,5% больных возникает гипоменструальный синдром и у 60,5% – гиперполименорея; при эутиреоидном состоянии у 72,9% пациенток развивается гипоменструальный синдром и у 27,1% – гиперполименорея. Все это необходимо учитывать при обследовании и дифференцированно подходить к лечению данного заболевания.

Взаимосвязь функционирования ЩЖ и репродуктивной системы женщины

Репродуктивная система женщины представляет собой тонко организованную систему тесно взаимосвязанных структурных и функциональных элементов. Детородная функция женщины обеспечивается совокупностью механизмов, реализующихся на уровне репродуктивных органов (яичников, влагалища, матки, маточных труб) и находящихся под четким контролем высшего регуляторного центра – гипоталамо-гипофизарной системы. Весь каскад процессов, необходимых для созревания фолликула, овуляции, оплодотворения, функции желтого тела, подготовки эндометрия к имплантации, адгезии и инвазии blastocysts, а также успешного пролонгирования беременности, зависит от сохранности в организме женщины нейроэндокринных путей регуляции, малейшее нарушение которых приводит к расстройству функционирования всего сложного механизма.

ЩЖ представляет собой одно из важнейших звеньев нейроэндокринной системы и оказывает значительное влияние на репродуктивную функцию. Тиреоидные гормоны регулируют процессы развития, созревания, специализации и обновления почти всех тканей организма и имеют исключительное значение для закладки и развития головного мозга плода, формирования интеллекта ребенка, роста и созревания костного скелета, половой системы; они оказывают влияние на половое развитие, менструальную функцию и фертильность. В настоящее время хорошо известны факторы, определяющие взаимосвязь репродуктивной и тиреоидной систем. К ним относятся прежде всего единые центральные механизмы регуляции. Функцию репродуктивной системы и ЩЖ регулируют тропные гормоны гипофиза: лютеинизирующий (ЛГ) и фолликулостимулирующий (ФСГ) гормоны, пролактин и ТТГ, выделение которых зависит от воздействия гипоталамуса и частично коры головного мозга. Тиреолиберин стимулирует секрецию гипофизом не только ТТГ, но и



пролактина, поэтому при гипотиреозе происходит повышение не только уровня ТТГ, но и пролактина (синдром Ван-Вика – Хеннеса – Росса).

Еще одним фактором является структурная гомология ЛГ, ФСГ, хорионического гонадотропина (ХГ) и ТТГ. Они представляют собой сложные гликопротеины, состоящие из α - и β -субъединиц. Структура α -субъединиц одинакова, а β -субъединица специфична для каждого гормона и определяет его лютеинизирующую, фолликулостимулирующую и тиреотропную активность.

Эстрогены являются стимуляторами продукции в печени ТСГ. Гиперэстрогения как эндогенная (беременность), так и экзогенная (препараты эстрогенов, стимуляция функции яичников) сопровождается повышением уровня ТСГ, связыванием с ТСГ дополнительного количества свободных тиреоидных гормонов, что приводит к косвенной стимуляции ЩЖ.

Тиреоидные гормоны стимулируют в печени синтез глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ), который связывает эстрадиол, тестостерон и 5- α -дигидротестостерон. Изменения уровня ГСПГ (понижение при гипотиреозе и повышение при тиреотоксикозе) могут иметь определенное значение в патогенезе нарушений менструальной и репродуктивной функций.

В ходе экспериментальных работ последних десятилетий было обнаружено наличие в яичниках рецепторов к ТТГ и T_3 . Последние представлены в ооцитах и клетках гранулезы. На клеточном уровне тиреоидные гормоны действуют однонаправленно с ФСГ, оказывая прямое стимулирующее влияние на функции гранулезных клеток (в т.ч. на их морфологическую дифференцировку), секрецию прогестерона и эстрадиола желтым телом, на способность ооцитов к оплодотворению, качество и жизнеспособность эмбрионов. Кроме того, была отмечена высокая частота носительства антител к ЩЖ у женщин с низким качеством ооцитов и эмбрионов и неудачными попытками применения программ вспомогательных репродуктивных технологий.

Учитывая разностороннее влияние тиреоидных гормонов на физиологию репродуктивной функции, представляется целесообразным включение оценки функции ЩЖ в алгоритм обследования беременных, а также женщин с бесплодием и невынашиванием беременности.

Гипотиреоз и репродуктивная функция женщины

Под субклиническим гипотиреозом понимают изолированное повышение концентрации ТТГ при нормальном уровне $свT_4$, а под манифестным гипотиреозом – сочетание повышения уровня ТТГ и снижения – $свT_4$. На сегодняшний день в клинической практике в качестве диагнозов могут фигурировать только эти понятия, обозначающие дефицит тиреоидных гормонов и имеющие четкие общепринятые лабораторные характеристики. Данные клинической картины для верификации диагноза «гипотиреоз» не имеют значения.

Нарушения МЦ и репродуктивной функции у пациенток с гипотиреозом

Патогенез влияния гипотиреоза на менструальную и репродуктивную функции изучен не до конца. Ключевое значение имеет дефицит тиреоидных гормонов,

необходимых для обеспечения основного обмена, тканевого дыхания и роста большинства активно функционирующих клеток и тканей, в т.ч. всех без исключения структур половой системы. Существенное значение имеет развивающееся при гипотиреозе снижение уровня ГСПГ. Это приводит к снижению уровня общего тестостерона и эстрадиола и повышению содержания биологически активного тестостерона. Уровень метаболического клиренса эстрадиола понижается, и таким образом понижается концентрация общего эстрадиола, что также является следствием нарушенного биосинтеза и периферического метаболизма. Уровень гонадотропинов при гипотиреозе, как правило, не изменен.

Частота расстройств МЦ при первичном гипотиреозе в три раза выше, чем в общей популяции женщин репродуктивного возраста и по данным разных исследователей составляет 23,4-70%. Наиболее распространенные нарушения МЦ – олигоменорея, гиперменорея, меноррагия, стойкая аменорея. Длительный некомпенсированный гипотиреоз приводит к хронической ановуляции и дисфункциональным маточным кровотечениям. При длительном дефиците тиреоидных гормонов закономерно развивается вторичная гиперпролактинемия.

Значение гипотиреоза как причины бесплодия является предметом дискуссии. По мнению разных авторов, распространенность гипотиреоза у пациенток с бесплодием существенно варьирует (от 2 до 34%), что связано с гетерогенностью выборок, включавшихся в исследование.

Традиционно гипотиреоз считали возможной причиной женского бесплодия. Тем не менее современные методы гормонального исследования позволяют выявлять минимальный дефицит тиреоидных гормонов, который в ряде случаев не может препятствовать наступлению беременности. Длительно некомпенсированный манифестный гипотиреоз, как правило, приводит к бесплодию вследствие овуляторной дисфункции. В то же время при субклиническом гипотиреозе овуляция и оплодотворение часто не нарушены, однако повышен риск невынашивания беременности, особенно у женщин с антититиреоидными антителами.

В общей структуре женского бесплодия патология ЩЖ как единственная его причина занимает достаточно скромное место. Вместе с тем те или иные патологические феномены со стороны ЩЖ (например носительство антител к тиреоидной пероксидазе) очень часто сопутствуют заболеваниям, являющимся основной причиной бесплодия (наружный и внутренний генитальный эндометриоз, синдром поликистозных яичников, снижение овариального резерва).

Патологическое значение как манифестного, так и субклинического гипотиреоза во время гестации практически не вызывает сомнений. Он наиболее опасен для развития плода, в первую очередь для развития его ЦНС. Гипотиреоз у беременных (в т.ч. как результат тяжелого йодного дефицита) может оказать более неблагоприятное влияние на развитие нервной системы плода по сравнению даже с врожденным гипотиреозом



у ребенка (аплазия, дистопия ЩЖ и др.) в ситуации, когда заместительная терапия последнего начинается сразу после рождения. Дело в том, что в первой половине беременности ЩЖ у плода практически не функционирует, и при нормальной работе этого органа у женщины развитие нервной системы будет адекватно обеспечено как у здорового плода, так и у плода без ЩЖ (с врожденным гипотиреозом). Во второй половине гестации при врожденном гипотиреозе будет интенсифицироваться трансплацентарный перенос материнского Т₄. Процессы миелинизации в ЦНС продолжаются и после родов, завершаясь окончательно в течение первого года жизни. Таким образом, если ребенку с врожденным гипотиреозом, который не перенес в первой половине беременности гипотироксинемию, в первые дни после рождения будет назначена заместительная терапия L-тироксином, развитие его нервной системы может существенно не отличаться от нормального. Иная ситуация возникает при гипотиреозе у матери — даже при наличии нормальной закладки ЩЖ у плода последствия гипотироксинемии в первой половине беременности считаются необратимыми.

Нарушения МЦ и репродуктивной функции при тиреотоксикозе

При тиреотоксикозе происходит значительное повышение уровня ГСПГ в плазме крови. За счет этого повышается концентрация общего тестостерона и эстрадиола и увеличивается время их полужизни в крови; свободные фракции гормонов, как правило, остаются в пределах нормы. Кроме того, для тиреотоксикоза характерно повышение уровня ЛГ в обе фазы МЦ и снижение уровня прогестерона.

Гормональные нарушения, а также порой значительное уменьшение массы тела закономерно приводят к изменению характера МЦ. Частота и степень расстройств менструальной функции повышаются с нарастанием тяжести тиреотоксикоза. У пациенток с диффузным токсическим зобом (ДТЗ) эта патология отмечается в 2,5 раза чаще, чем у здоровых женщин. Характер менструальной дисфункции различен. Чаще наблюдаются олигоменорея, гипоменорея (уменьшение количества теряемой во время менструации крови), в некоторых случаях выявляют аменорею и гиперменорею. Пациентки с нерезко выраженными изменениями МЦ, как правило, сохраняют способность к зачатию. Однако в ряде исследований выявлено снижение фертильности у женщин, страдающих ДТЗ. Распространенность и структура бесплодия у лиц с ДТЗ существенно не отличаются от аналогичных показателей в популяции. Тем не менее у таких пациенток отмечают снижение основных параметров овариального резерва: относительное повышение уровня ФСГ, снижение — ингибина В, уменьшение числа антральных фолликулов. При этом частота выявления низкого и очень низкого уровня антимюллеровского гормона в три раза выше, чем в контрольной группе.

Так или иначе, тиреотоксикоз в более низкой степени, чем гипотиреоз, приводит к снижению фертильности

у женщин. Пациентки, получающие консервативное лечение по поводу ДТЗ, сохраняют способность к зачатию. Поскольку такая беременность сопровождается повышенным риском возникновения многих осложнений, женщины репродуктивного возраста с ДТЗ должны получать надежную контрацепцию. Кроме того, с ними необходимо обсуждать вопросы планирования беременности еще на этапе выбора метода лечения.

Таким образом, у женщин репродуктивного возраста с нарушениями МЦ и бесплодием в комплекс лечебно-диагностических мероприятий необходимо включать исследование тиреоидной функции. При выявлении недостаточности функции ЩЖ необходимо патогенетическое лечение (коррекция тиреоидного статуса) препаратами тиреоидных гормонов (L-тироксином) и йода (калия йодидом).

Литература

1. Репродуктивное здоровье женщины и недостаточность функции щитовидной железы. Пособие для практикующих врачей. — 2004. — Т. 6, № 1. — С. 29-31.
2. Крюкова А.А. Консервативное лечение гиперпластических процессов матки на фоне тиреоидной патологии / Крюкова А.А. // Репродуктивное здоровье женщины. — 2006. — № 2(26). — С. 93-96.
3. Мельниченко Г.А. Заболевания щитовидной железы во время беременности. Диагностика, лечение, профилактика. Пособие для врачей / Мельниченко Г.А., Фадеев В.В., Дедов И.И. — М: Медэксперт Пресс, 2003. — 48 с.
4. Перминова С.Т. Репродуктивная функция женщин с патологией щитовидной железы / Перминова С.Т., Фадеев В.В., Корнеева И.Е. // Проблемы репродукции. — 2006. — Т. 12, № 1. — С. 70-77.
5. Титенко Т.М. Особенности гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста с аутоиммунным тиреоидитом / Титенко Т.М. // Репродуктивное здоровье женщины. — 2006 — № 1(25). — С. 149-151.
6. Тотоян Э.С. Репродуктивная функция женщины при патологии щитовидной железы / Тотоян Э.С. // Акушерство и гинекология. — 1994. — № 1. — С. 8.
7. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Гипотиреоз. Руководство для врачей. — М., 2002. — 216 с.
8. Maruna P. Gynecological aspects of thyroid disorders. A review Gynecologicke aspekty poruch stitne zlazy. Prehled / Maruna P. // Ceska Gynekol. — 2006. — Vol. 71, № 4. — P. 332-338.
9. Poppe K. Female infertility and the thyroid / Poppe K., Volkeniers B. // Best Pract Res Clin. Endocrinol Metab. — 2004. — Vol. 18, № 2. — P. 153-165.
10. Poppe K. Thyroid disorders in infertile women / Poppe K., Volkeniers B. // Ann Endocrinol. — 2003. — Vol. 64, № 1. — P. 45-50.
11. Redmond G.P. Thyroid dysfunction and women's reproductive health / Redmond G.P. // Thyroid. — 2004. — Vol. 14 (Suppl. 1). — P. 5-15.
12. Trokoudes K.M. Infertility and thyroid disorders / Trokoudes K.M., Skordis N., Picolos M.K. // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. — 2006. — Vol. 18, № 4. — P. 446-451.



Возможности негормональной терапии эндокринного бесплодия

В настоящее время в условиях роста уровня общей смертности и снижения рождаемости вопросы сохранения репродуктивного здоровья и восстановления фертильности стоят как никогда остро.

Бесплодие отмечается почти у 20% супружеских пар. По данным статистики, количество их увеличивается на 10 млн ежегодно. При этом около половины случаев бесплодия обусловлены проблемами в репродуктивной сфере у женщин. Однако отсутствие детей в браке как следствие бесплодия – это не единственная проблема, с которой сталкиваются такие пациентки. Результаты медико-социальных исследований, проведенных в ряде стран, свидетельствуют о том, что у 93% женщин бесплодие влечет за собой психический и физический дискомфорт, социальную дезадаптацию. Фактически бесплодные браки чаще распадаются [1].

Понятие «бесплодие женщины» означает неспособность женщины, находящейся в репродуктивном возрасте, к зачатию. Согласно современным представлениям, о бесплодии принято говорить в том случае, если беременность не наступает на протяжении 1 года регулярной половой жизни без применения каких-либо средств и мер контрацепции [2].

Как известно, нормальное функционирование половой системы находится под контролем эндокринной системы, которая в свою очередь очень чувствительна к воздействию любых внешних факторов.

Установлено, что различные гормональные нарушения, ассоциированные с дисфункцией и дезорганизацией всех структур центральной и периферической нервной системы, чаще встречаются у пациенток, проживающих в экологически неблагоприятной обстановке.

Это особенно актуально для большей части территории Украины. Однако такая ситуация характерна не только для нашей страны, но и для большинства развитых стран [3].

На состояние репродуктивного здоровья также существенно влияет общий уровень соматического и психического здоровья в популяции [1]. Нарушения в репродуктивной сфере ассоциируются с множеством причин, и прежде всего речь идет о демографических, анамнестических, физиологических и психологических факторах риска [4]. Наиболее частой причиной, приводящей к фор-

мированию яичниковой недостаточности, считается стрессовый фактор [5]. Доказана прямая причинная связь между воздействием стресса и нарушениями репродуктивной функции [4]. Женский организм очень чутко реагирует на дистресс нарушениями циклических процессов в системе гипоталамус-гипофиз-яичники. При этом ключевая роль в возникновении расстройств нейроэндокринного регулирования репродуктивной функции принадлежит медиобазальному гипоталамусу и структурам миндалевидного комплекса [3]. Так, например, высокий уровень гормонов стресса в крови может помешать своевременному наступлению овуляции и укоротить лютеиновую фазу. Это объясняется тем, что при хроническом стрессе кортизол играет ключевую роль в снижении уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ) в плазме крови. Уменьшение секреции прогестерона снижает вероятность успешной имплантации плодного яйца [4].

Эндокринные формы женского бесплодия определяются прежде всего нарушениями овуляции [7] и в структуре всех форм бесплодия составляют 35-40% [2].

Кроме того, согласно результатам исследования Л.И. Иванюты и соавт. (2004), лишь 25% обследованных женщин с бесплодием воспалительного генеза имеют нормальную гормональную функцию, у преобладающего большинства (75%) отмечаются различные ее нарушения. Менструальный цикл (МЦ) у таких пациенток протекает по типу недостаточности обеих фаз (32%) или второй фазы (44%). Также отмечаются изменения циркадных ритмов и нарушения фолликулогенеза [1].

Принято различать такие клинические формы эндокринного бесплодия, как:

- аменорея – первичная и вторичная;
- олигоменорея;
- синдром хронической ановуляции (при различных нейроэндокринных синдромах);
- недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ);
- яичниковая и/или надпочечниковая гиперандрогения [7].

Лечение эндокринных форм бесплодия должно быть дифференцированным в зависимости от его причины и длительности, а также сопутствующих заболеваний [20]. Общим принципом в терапии эндокринного женского бесплодия является обеспечение процесса овуляции. С этой целью используются гормональные препараты. При



этом, как показывает клинический опыт, одни из них следует рассматривать как средства для осуществления подготовительного этапа в лечении, другие являются непосредственно индукторами овуляции. К лекарственным средствам, которые используются на подготовительном этапе, относят эстрогены, гестагены, комбинированные эстроген-гестагенные препараты (оральные контрацептивы), глюкокортикоиды, тиреоидные препараты, агонисты дофамина, препараты нейромедиаторного действия, агонисты гонадолиберина. В циклах стимуляции овуляции применяют индукторы овуляции (прямые и не прямые): мочевые и рекомбинантные гонадотропины, антиэстрогены, аналоги гонадолиберина. Успех терапии эндокринного бесплодия зависит от своевременности установления диагноза, правильного определения уровня повреждения, функциональных резервов репродуктивной системы, адекватности проведенного подготовительного этапа лечения, выбора оптимальной схемы терапии и подбора препаратов для индукции овуляции, осуществления динамического клинико-лабораторного контроля во время проведения циклов стимуляции.

Одной из наиболее распространенных форм бесплодия у женщин является ановуляторный синдром, в структуре эндокринного бесплодия он составляет 10-15% [20]. Обычно в терапии ановуляторного бесплодия используют препараты для индукции овуляции, которые конкурируют с эндогенными эстрогенами за их рецепторы в гипоталамусе и способствуют повышению секреции гонадотропинов в гипофизе. Таким образом, блокируется нормальный механизм обратной связи, что вызывает повышение частоты циклической секреции гонадолиберина, который в свою очередь стимулирует выработку фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и ЛГ, что ускоряет созревание яйцеклетки и повышение содержания эстрадиола.

Однако следует помнить о том, что при применении гормональных препаратов для индукции овуляции возможно возникновение следующих побочных эффектов: приливов, головокружения, тошноты, масталгии.

С учетом специфического психоэмоционального статуса пациенток с бесплодием, задачей врача является подбор препаратов с хорошей переносимостью, низкой токсичностью и минимальным количеством побочных эффектов.

Исходя из этого, для улучшения качества терапии необходимо совершенствовать имеющиеся схемы лечения применением альтернативных средств.

Растения в лечении заболеваний применялись на протяжении всей истории человечества. В последние десятилетия отмечают вновь

ТРИБЕСТАН

Таблетки 250 мг №60

**НЕГОРМОНАЛЬНИЙ СТИМУЛЯТОР
РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ**



Нормалізує гормональний баланс в організмі жінки!

- ✓ оригінальний рослинний препарат, що містить сухий екстракт ягідців сланких – Tribulus Terrestris
- ✓ нормалізує менструально-оваріальний цикл
- ✓ сприяє овуляції при комплексному лікуванні ендокринного жіночого безпліддя





Р.П. № UA4050/01/01 від 04.08.2010.
Перед застосуванням ознайомтеся з інструкцією.



возрастающий интерес к фитотерапии и стремительный рост применения лекарственных препаратов на растительной основе. Преимущество растительных препаратов заключается в сочетании мягкого, но эффективного комплексного воздействия на организм, наряду с отсутствием значительных побочных эффектов, и возможностью применения в качестве вспомогательного средства к традиционной фармакотерапии [9, 10]. Лекарственные средства растительного происхождения, содержащие стероидные гликозиды (сапонины), отличаются от синтетических гормональных препаратов сбалансированным комплексным воздействием на обменные процессы. Благодаря этому не происходит нарушение физиологических механизмов регуляции синтеза гормонов в организме.

Очень важно, что действие фитогормонов проявляется только на фоне существующей дисфункции эндокринных желез, не оказывая влияния на нормально работающие железы [11].

Одним из лекарственных средств, содержащих стероидные сапонины, является растительный препарат Трибестан фармацевтической компании «Софарма». Препарат Трибестан, созданный в 1981 г. в Научно-исследовательском химико-фармацевтическом институте (София, Болгария), получен с помощью оригинальной технологии из растения *Tribulus terrestris* L. (ТТ) (Zygophyllaceae) — якорцов стелющихся (в англоязычной литературе — *puncture vine*). Высокое качество сырья и уникальная технология переработки экстракта из ТТ обеспечивают высокий уровень содержания природных активных веществ в препарате Трибестан. В основе данного препарата содержится экстракт, полученный из надземной части ТТ, содержащий в основном сапонины фураностанолового типа с преобладающим количеством протодиосцина (основное соединение, по которому стандартизован препарат Трибестан) не менее 45% [11, 12]. По содержанию фураностаноловых сапонинов Трибестан, состоящий из *n*-бутанолового (*n*-BuOH) экстракта надземных частей растения, превосходит аналоги в 5–30 раз. ТТ — растение, типичное для Средиземноморья, также оно широко распространено в регионах с теплым климатом всех континентов [15]. ТТ, известный еще в древней Греции, до настоящего времени применяется в народной медицине Индии, Китая, Болгарии и других стран в лечении широкого спектра заболеваний, в т.ч. мочевого тракта и нарушений сексуальной функции. В последнее время экстракт ТТ становится одним из самых популярных фитопрепаратов [14]. Основанные на сапониновой фракции ТТ лекарственные препараты используются в лечении бесплодия и нарушений либидо у женщин. Кроме того, препараты на основе экстракта ТТ содержат такие

биологически активные вещества, как фураностаноловые и спиростаноловые сапонины (диосгенин, тигогенин, рускогенин), гликозиды, флавоноиды (кемпферол, кверцетин, рутин), алкалоиды, ненасыщенные жирные кислоты, фитостеролы (β -ситостерол), витамины, танины, вовлеченные в стимуляцию многочисленных физиологических ответов. Однако наиболее активными соединениями экстракта этого растения являются сапонины фураностанолового типа — протодиосцин и протограциллин [13, 15, 18]. Наличие в составе препарата Трибестан целого комплекса действующих веществ обеспечивает многоуровневый механизм его действия, который реализуется как на центральном (гипофизарном), так и на периферическом (половые железы, кора надпочечников) уровнях. Сапонины и сапогенины, входящие в его состав, нормализуют функцию эндокринных желез; алкалоиды обладают вазодилатирующим действием, активизируют кровообращение в половых органах. Имеются данные о способности сапонинов повышать функциональную активность ЦНС путем улучшения энергетики и процессов синтеза в нейронах [11]. Трибестан оказывает воздействие на гормональный баланс организма, в т.ч. не прямое эстрогенное действие, не нарушая механизмов его регуляции [14, 16]. Так, в исследовании, проведенном S. Milanov et al. в 1981 г. на здоровых добровольцах (обоих полов) в возрасте 28–45 лет, принимавших Трибестан по 1 табл. 3 раза в сутки в течение 5 дней, у женщин установлено повышение концентрации ФСГ и эстрадиола при незначительном изменении уровня тестостерона.

Таким образом, отмечается влияние препарата на гормоны гипофизарно-гонадной оси при отсутствии нарушения гормонального баланса организма, что делает возможным применение препарата в качестве средства, стимулирующего репродуктивную функцию [16].

Следует отметить выраженное положительное влияние Трибестана на психоэмоциональный статус и состояние вегетативной нервной системы: улучшение общего самочувствия, уменьшение утомляемости, раздражительности, повышение физической и умственной работоспособности, улучшение памяти [8]. В принципе речь идет о препарате, который значительно повышает адаптивность женщины не только на уровне гомеостаза, но и по основным эволюционно-биологическим критериям [3]. Результаты исследований также показывают, что протодиосцин из ТТ может быть предшественником дегидроэпиандростерона (ДГЭА) у пациентов с низким уровнем этого гормона в сыворотке крови, улучшая таким образом сексуальное поведение и общее ощущение благополучия [17]. ДГЭА и его сульфатный эфир играют важную роль в метаболизме холестерина и синтезе



стероидных гормонов, включая эстрадиол. ДГЭА также оказывает благоприятное влияние на иммунитет, целостность клеточной мембраны и ее функции, повышает физическую и психическую активность. Другие активные фураностаноловые сапонины, входящие в состав экстракта ТТ, вероятно, модулируют эффект протодиосцина [3]. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о безопасности Трибестана и широком терапевтическом окне при его применении [15]. В экспериментальных исследованиях острой, подострой и хронической токсичности протодиосцина не установлено никаких поведенческих, гематологических, биохимических, функциональных и морфологических изменений [16-18].

Терапевтический эффект от приема протодиосцина, содержащегося в препарате ТТ, и его влияние на эндокринную функцию у женщин на протяжении нескольких лет изучались группой исследователей в первой акушерско-гинекологической клинике им. Т. Кирковой (София, Болгария). Первые клинические исследования были проведены (1983-1984) именно у женщин с дисовуляторным синдромом и бесплодием. Пациентки с нарушением овуляции и бесплодием принимали экстракт ТТ в виде таблеток 250 мг с преобладающим содержанием протодиосцина. Контрольные исследования проводились с применением плацебо-таблеток, имеющих такой же коммерческий внешний вид. Основную группу в исследовании составляли 36 пациенток с уже установленным диагнозом бесплодия. Большинство из них относились к возрастной группе от 28 до 30 лет. Находились на лечении с диагнозом «первичное гормональное бесплодие» 18 пациенток, «вторичное гормональное бесплодие» – 18, т.е. число было равным. До момента обращения в клинику не получали никакого лечения по причине бесплодия около 35% женщин. Остальные пациентки ранее проходили курс гормональной терапии или перенесли операции на яичниках по

поводу бесплодия (от 20 до 30%). Наименьшей была группа, получавшая ранее комбинированную терапию (гормональное и оперативное лечение). Пациентки были разделены на три группы в зависимости от достигнутого результата лечения: нормализация овуляции с последующей беременностью, нормализация овуляции без беременности либо отсутствие клинического эффекта. При этом учитывались следующие параметры:

- субъективные ощущения, касающиеся общего состояния и либидо;
- начало и продолжительность менструаций;
- базальная температура;
- данные цитологического исследования мазка из влагалища;
- показатели стероидного профиля мочи;
- гистологические изменения эндометрия и фолликулометрия по данным УЗД;
- радиоиммунологический контроль уровня гонадотропных и стероидных гормонов;
- данные гистеросальпингографии и лапароскопии, проведенные для определения состояния и проходимости маточных труб (при этом в случае необходимости и при возможности выполнялось одномоментное устранение непроходимости маточных труб).

Ниже в таблице приведены значения неудовлетворительных результатов после применения экстракта ТТ (33,3%) в сравнении с препаратами кломифен (кlostилбегит) (52,4%) и циклофенил (фертодур) (76%). Также видно, что лучшие результаты были получены при использовании эпиместрола (стимовул) (нормализация овуляции с последующей беременностью отмечена в 39%, нормализация овуляции без последующей беременности в 35,5% и отсутствие эффекта в 26%).

У 24 из 36 исследуемых (67%) из группы пациенток, получавших экстракт ТТ по 1-2 табл. 3 раза в сутки с 5-го по 14-й день или с 1-го по 12-й день МЦ на протяжении 2-3 мес произошла нормализация овуляции, при этом у двух пациенток наступила беременность. У 11 пациенток этой

Таблица. Сравнительные данные при использовании экстракта ТТ, эпиместрола, кломифена, циклофенила у женщин с бесплодием эндокринного генеза

Препарат, используемый для лечения	Общее число пациенток	Овуляция нормализовалась, беременность наступила		Овуляция нормализовалась, беременность не наступила		Отсутствие эффекта от лечения		Побочные эффекты	
		К-во пациенток	%	К-во пациенток	%	К-во пациенток	%	К-во пациенток	%
Экстракт ТТ	36	2	5,6	22	61,1	12	33,3	Не отмечалось	
Эпиместрол	62	24	38,7	22	35,5	16	85,8	4	6,5
Кломифен	21	4	19,0	6	28,6	11	52,4	8	38,1
Циклофенил	29	2	6,9	5	17,2	22	75,9	3	10,6
Всего:	148	32		55		61		15	



группы отмечалась полная нормализация овуляции, восстановился правильный ритмичный МЦ. После трехмесячного курса монотерапии препаратом, содержащим экстракт ТТ, пациентки были переведены на комбинированную терапию (экстракт ТТ + гормональный препарат для стимуляции овуляции с 5-го по 9-й день МЦ). Результаты лечения по такой схеме показали более высокую эффективность, по всей вероятности, за счет комплексного воздействия (сочетание гормональной стимуляции овуляции, повышение либидо, улучшение общего и психоэмоционального состояния пары). Важным моментом является то, что на этом этапе лечения препарат с содержанием экстракта ТТ принимали супруги пациенток. Параллельно проводились контрольные исследования на сопоставимых контингентах с применением гормональных препаратов: эпиместрола – 62 женщины, кломифена – 21, циклофенила – 29 женщин. Таких побочных эффектов, как тошнота, рвота, аллергические реакции, а также индивидуальной непереносимости препарата с экстрактом ТТ не наблюдалось. Препарат Трибестан хорошо переносится.

Многолетний опыт работы исследователей позволил рекомендовать применение препарата с экстрактом ТТ в лечении бесплодия у женщин, особенно при нарушении гаметогенеза в результате стрессовых ситуаций, а также при лечении многолетнего бесплодия у супругов.

Кроме того, Трибестан эффективен при нарушении или почти полном отсутствии либидо, при ановуляторных менструально-овариальных циклах, при некоторых видах нарушений проходимости маточных труб.

Т.Ф. Татарчук и соавт. [8] применяли препарат Трибестан, содержащий экстракт ТТ, в двухэтапном алгоритме лечения с использованием комплекса негормональных препаратов для коррекции НЛФ на фоне гиперпролактинемии. На первом этапе использовали каберголин в индивидуально подобранной дозировке и препарат магния с пиридоксином в течение 1 мес. Для лечения на втором этапе в течение 3 мес применяли препараты: дидрогестерон по 1 табл. 2 раза в сутки с 16-го по 25-й день цикла, Трибестан по 1 табл. 3 раза в сутки, экстракт плодов прутняка обыкновенного по 1 табл. 1 раз в сутки и в течение 1 мес – депротеинизированный гемодериват из телячьей крови по 1 табл. 3 раза в сутки. Результаты обследования экспериментальной группы свидетельствуют о полном восстановлении секреторной фазы цикла по данным биопсии у 86,04% пациенток, достоверном улучшении васкуляризации яичников с нормализацией показателей у 81,39% и улучшении кровоснабжения матки у 83,72% пациенток [8].

Еще в одном исследовании, проходившем в Городском центре репродуктологии человека (Алма-

ты, Казахстан), проводили оценку эффективности препарата, содержащего экстракт ТТ (использовался препарат Трибестан), в лечении женщин с первичным ановуляторным бесплодием [20].

Целью исследования являлись определение частоты восстановления овуляторных циклов, фертильности, снижение частоты побочных эффектов, характерных для применения стимуляторов овуляции, оценка психоэмоционального состояния пациенток. Под наблюдением находились 30 пациенток в возрасте от 25 до 36 лет, у которых в анамнезе отмечалось первичное бесплодие с наличием ановуляции на протяжении 3-6 лет. Из исследования были исключены женщины старше 37 лет, а также лица с неудовлетворительными результатами метросальпингографии и с перенесенными лапароскопическими вмешательствами в анамнезе. Обследование пациенток включало: УЗИ, определение гормонального фона, проведение метросальпингографии, исследование на наличие инфекций, передающихся половым путем, консультация у генетика (для исключения хромосомной патологии). Препарат Трибестан применяли в первую фазу цикла по 250 мг 3 раза в день с 5-го по 15-й день МЦ в течение 3 мес в сочетании с препаратом кломифена цитрат по 50 мг (1 табл.) с 5-го по 9-й день цикла. В результате наблюдений отмечен положительный эффект при сочетанном применении кломифена цитрата и Трибестана. У пациенток в основной группе было отмечено большее количество беременностей, более высокий процент восстановления двухфазных МЦ, лучшая переносимость препаратов.

Таким образом, согласно данным литературы, препарат Трибестан оказывает клинически выраженный стимулирующий эффект на секрецию гормонов, в особенности гормонов гипофизарно-гонадной структуры. Возможно, это происходит за счет влияния на активность ферментов (аденилатциклазы и синтез цАМФ), которые в свою очередь являются одним из звеньев образования гормонов. Показаниями к применению препарата у женщин являются эндокринное яичниковое бесплодие, климактерический и посткастрационный синдромы с выраженными вазомоторными и неврастеническими проявлениями [19].

В ряде случаев комплексный растительный препарат Трибестан компании «Софарма», обладающий хорошим профилем безопасности, может стать незаменимым для пациентов с сердечно-сосудистой патологией и артериальной гипертензией [11].

Противопоказаний к применению препарата не имеется. Для лечения бесплодия у женщин схемы лечения и дозы подбираются строго индивидуально и зависят от тяжести проявлений заболевания. Наиболее часто используемые дозы: по 1-2 табл. 3 раза в день во время еды.



Воздействие Трибестана апробировано патогенетически в ряде обоснованных клинических исследований, согласно результатам которых препарат оказывает выраженный стимулирующий эффект на женскую половую функцию и либидо, нормализует МЦ, уменьшает выраженность климактерического синдрома у женщин [3, 11, 19].

Эффект от применения Трибестана у женщин по своей выраженности обычно не уступает эффекту от использования эстроген-гестагенных гормональных препаратов. Вместе с тем хочется подчеркнуть тот факт, что при этом осложнения, характерные для использования гормональных препаратов, отсутствуют.

Препарат может применяться как в качестве монотерапии, так и в комплексном лечении наряду с гормональными лекарственными средствами [11]. Учитывая универсальность воздействия Трибестана, его можно рекомендовать для лечения некоторых форм женского бесплодия. В ближайшем будущем следует ожидать увеличения доказательной базы как в отношении уже установленных, так и в новых областях терапевтического применения Трибестана.

Литература

1. Іванюта Л.І. Репродуктивне здоров'я і неплідність / Л.І. Іванюта // Мистецтво лікування. – 2004. – № 4(10). – С. 26-29.
2. Бондаренко Л.И. Эндокринное бесплодие / Л.И. Бондаренко, Е.В. Ивашенко, А.В. Красовская // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2007. – №1(4). – Режим доступа: <http://www.health-ua.org/article/woman/42.html>.
3. Любарский А.В. Некоторые эволюционно-биологические подходы к сексуальному здоровью женщины зрелого возраста / А.В. Любарский // Здоров'я України XXI сторіччя. – 2006. – №17. – С. 2-3.
4. Nakamura K. Stress and reproductive failure: past notions, present insights and future directions / Nakamura K., Sheps S., Arck P.C // J. Assist. Reprod. Genet. – 2008. – № 25. – P. 47-62.
5. Лившиц А.Б. Генетические аспекты преждевременного истощения яичников / Лившиц А.Б., Лившиц Л.А., Кравченко С.А. // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2006. – №1(1). – С. 52-55.
6. Зозуля И.С. Гормоны и мозг / Зозуля И.С., Боброва В.И., Грицай А.В. – К., 2008. – 164 с.
7. Саидова Р.А. Фертильность или бесплодие: вопросы и ответы / Саидова Р.А. // Русский медицинский журнал. – 2002. – № 16. – Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_1051.htm.
8. Татарчук Т.Ф. Оптимизация методов лечения недостаточности лютеиновой фазы у женщин репродуктивного возраста на фоне гиперпролактинемии / Татарчук Т.Ф., Булаченко О.В., Тутченко Т.Н. // Здоровье женщины – 2008. – №2(34). – С. 72-77
9. Capasso F. Phytotherapy. A quick reference to herbal medicine / Capasso F., Gaginella T.S., Grandolini G., Izzo A.A. – Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 2003. – 424 p.
10. Trickey R. Women, hormones and the menstrual cycle, herbal and medical solutions from adolescence to menopause / Trickey R. – Sydney: Allen & Unwin, 2003. – 431 p.
11. Сиренко Ю.Н. Применение экстракта якорцев стелющихся в комплексном лечении кардиологических пациентов / Сиренко Ю.Н. // Здоров'я України XXI сторіччя. – 2008. – №11(1). – P. 96.
12. Kostova I. Two new sulfated furostanol saponins from Tribulus terrestris / Kostova I., Dinchev D., Rentsch G.H. et al. // Z. Naturforsch. – 2002. – №57. – P. 33-38.
13. Kistanova E. Effect of plant Tr. terrestris extract on reproductive performances of rams / Kistanova E., Zlatev H., Karcheva V., Kolev A. // Biotech. Anim. Husband. – 2005. – №21(1-2). – P. 55-63.
14. Mills S. The essential guide to herbal safety / Mills S., Bone K. – St Louis: Elsevier, 2005. – 684 p.
15. Grigorova S. Investigation of Tribulus terrestris extract on the biochemical parameters of eggs and blood serum in laying hens / Grigorova S., Vasileva D., Kashamov B. et al. // Archiva Zootechnica. – 2008. – №11(1). – P. 39-44.
16. Viktorov I. Pharmacological, pharmacokinetic, toxicological and clinical studies on protodioscin / Viktorov I., Bozadjieva E., Protich M. // PIMS Therapeutic Focus. – 1994. – P. 213-223.
17. Adimoelja A. Protodioscin from herbal plant Tribulus terrestris L. improves the male sexual functions, probably via DHEA. In 6th Biennial Asian-Pacific Meeting on Impotence in Kuala Lumpur, Malaysia / Adimoelja A., Ganeshan Adaikan P. // Int. J. Impotence Research. – 1997. – № 9, Suppl. 1. – P. 1-15.
18. World Health Organization. WHO Monographs on selected medicinal plants. – 2009. – Vol. 4. – 444 p. – Режим доступа: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/selecmonv4/en/>.
19. P. Tabakova Clinical Studies on Tribulus terrestris Protodioscin in Women with Endocrine Infertility or Menopausal Syndrome / P. Tabakova, M. Dimitrov, B. Tashkov, First Obstetrical and Gynecological hospital «T. Kirkoua», Sofia, Bulgaria, 1987. – Режим доступа: <http://www.tribestan.lt/main.php/id/106/lang/1>
20. Шакаралиева Э.М. Опыт применения препарата трибестан у женщин с ановулярным бесплодием / Шакаралиева Э.М., Ускова Е.А., Баймурзаева Л.Г. // Медицина. – 2007. – №5. – С. 64-65.
21. Овсянникова Т.В. Бесплодие у женщин: диагностические и лечебные подходы / Овсянникова Т.В., Камилова Д.П. // Русский медицинский журнал. – 1998. – № 6(16). – P. 20-23.

Подготовила Ольга Жигунова





Специфічні функції жіночого організму в умовах виробничої діяльності

В.С. Ткачишин, д.мед.н., доцент кафедри гігієни праці і професійних хвороб Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця

Відповідно до статті 24 Конституції України, в нашій країні жінки мають рівні з чоловіками права і свободи у всіх сферах життя, в т.ч. у виробничій діяльності. Рівноправність жінок у сфері трудових відносин забезпечується наданням їм рівних з чоловіками можливостей у професійній підготовці, у праці та винагороді за неї.

На сучасному етапі жінки становлять 50% працюючого населення України, що характеризується залученням значної їх кількості у виробничий процес. На багатьох промислових підприємствах близько половини працівників, а іноді й більше, становлять жінки. У деяких галузях народного господарства їх доля, враховуючи специфіку виконання виробничих операцій і певні історичні традиції, зростає до високих значень. Так, за даними статистичних досліджень, у легкій промисловості кількість жінок-робітниць становить 82%, у поліграфічній – 68%, у зв'язку – 64%. Близько 500 тис. з них працюють у шкідливих та небезпечних умовах. Недостатня соціальна та правова захищеність жінок у цій сфері, послаблення контролю над дотриманням правил техніки безпеки і норм охорони праці призводять до негативного впливу таких умов виробництва на їхній організм і як результат – погіршення стану здоров'я працівниць. Тому активне залучення жінок у виробничий процес разом із дотриманням відповідних санітарно-гігієнічних норм вимагає раціональної організації жіночої праці з урахуванням специфічних функцій і анатомо-фізіологічних властивостей жіночого організму.

Розглядаючи вплив чинників виробничого середовища і трудового процесу на стан специфічних функцій жіночого організму, слід відмітити, що ці питання завжди були і залишаються одними з найактуальніших та складних у професійній патології.

Жіночий організм з урахуванням фізіологічних особливостей його життєдіяльності має ряд специфічних, властивих лише йому, функцій (схема 1).

За рахунок цих функцій жіночий організм порівняно з чоловічим має вищу чутливість до впливу ряду виробничих факторів, що найбільшою мірою проявляється у певні періоди життя жінки. Найбільш уразливий жіночий організм під час менструації, вагітності, лактації та клімаксу.

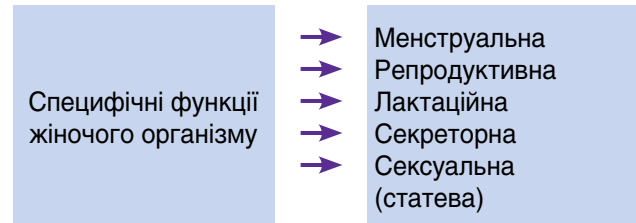


Схема 1. Специфічні функції жіночого організму

Перед тим, як перейти до аналізу впливу шкідливих виробничих факторів на специфічні функції жіночого організму, слід дати коротку характеристику цих функцій та навести деякі анатомо-фізіологічні особливості будови організму жінки.

Менструальна функція – комплекс циклічних змін у жіночому організмі, що проявляється у вигляді менструацій. Регуляція менструальної функції досить непроста і здійснюється складним нейрогуморальним шляхом. Відповідно до сучасних уявлень, циклічні зрушення в організмі жінки, пов'язані зі здійсненням менструальної функції, відбуваються за обов'язкової участі п'яти найважливіших ланок (рівнів) регуляції (схема 2).



Схема 2. Регуляція менструальної функції

Таким чином, протягом менструального циклу (МЦ) в жіночому організмі по складному ланцюгу взаємовідносин за певною системою (кора головного мозку-гіпоталамус-гіпофіз-яєчники-матка-піхва) відбувається зміна процесів. Вони періодично повторюються і направлені



на продовження роду, що тісно пов'язано з репродуктивною функцією. Нормальне функціонування цієї системи обумовлене високою кореляцією між її ланками.

Циклічні функціональні зміни, що в нормі відбуваються в організмі жінки, умовно об'єднані в кілька груп. Ці зміни спостерігаються в системі гіпоталамус-гіпофіз, яєчниках (яєчниковий цикл), матці (у першу чергу в її слизовій оболонці – матковий цикл). Поряд з цим відбуваються циклічні зрушення в усьому організмі жінки, відомі як менструальна хвиля. Вони проявляються періодичними змінами діяльності ЦНС, обмінних процесів, функції серцево-судинної системи, терморегуляції та інших.

Зміни нормального МЦ зазвичай свідчать про виникнення запальних захворювань або нейроендокринних порушень. Існує також багато виробничих факторів, які впливають на організм жінки, викликають порушення МЦ. Під впливом цих чинників може погіршуватися загальний функціональний стан організму (соматична дія) та розвинути дисфункція нейроендокринної регуляції статевих органів з дискоординацією діяльності залоз внутрішньої секреції та судинного тону, що в першу чергу проявляється порушеннями МЦ.

Така складна система є досить вразливою щодо впливу шкідливих виробничих факторів, насамперед хімічних. Порушення менструальної функції найчастіше зустрічаються і виникають у жінок, які працюють у контакт з токсичними хімічними речовинами. Зміни менструальної функції характеризуються певною періодичністю, пов'язаною з трудовою діяльністю. В осіб, які мають невеликий стаж роботи в контакт з токсичними хімічними речовинами, розвивається гіперменструальний синдром, що проявляється менорагіями, зменшенням тривалості МЦ і відповідно більш частими менструаціями. У робітниць зі значним стажем роботи в аналогічних умовах частіше виявляють гіпоменорею, що частково пояснюється згасанням менструальної функції. Ця закономірність, очевидно, відображає певну фазність впливу токсичних речовин (для деяких з них доведено експериментальним шляхом). Так, підвищення функціональної активності яєчників, що спостерігається в першій фазі інтоксикації, змінюється періодом уявної нормалізації, після чого поступово розвиваються дегенеративні зміни в яєчниках, що призводять до згасання їхньої функції. Ці зміни представлені на схемі 3.

Порушення менструальної функції найчастіше відмічаються у жінок, які працюють у контакт з свинцем, ртуттю, миш'яком, жовтим фосфором, тринітротолуолом, бензолом та його гомологами, ніотином, сірковуглецем, фенолом, формаліном, марганцем, трихлоретиленом, сурмою, гексахлораном; у робітниць нафтопереробних і суперфосфатних заводів, а також у виробництві капронового волокна.



Схема 3. Етапність розвитку порушень менструальної функції

Важливо зазначити, що порушення менструальної функції іноді спостерігаються і при дії низьких концентрацій токсичних речовин. Вони можуть не супроводжуватися загальною картиною інтоксикації, являючи собою в такому разі єдиний і найбільш ранній прояв токсичного впливу.

Основні характеристики менструальної функції мають першочергове значення в оцінці репродуктивної функції жінки за рахунок тісного зв'язку між ними.

Репродуктивна функція жінки відображає її здатність до відтворення наступних поколінь. В оцінці цієї функції, що тісно пов'язана з іншими, особлива увага звертається на перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду, характер лактації, здоров'я дитини.

Критеріями нормальної діяльності репродуктивної системи жіночого організму є:

- збережені інші специфічні функції;
- відсутність гінекологічних захворювань;
- настання клімактеричного періоду у відповідності до фізіологічних вікових норм.

При здійсненні репродуктивної функції в жіночому організмі відбувається послідовна зміна чотирьох фаз (домінант). Перша фаза пов'язана з формуванням так званої статевої домінанти, завдяки якій створюються умови, що сприяють заплідненню яйцеклітини і настанню вагітності. Після настання вагітності починається друга фаза, необхідна для правильного розвитку плода. Ця фаза визначається як домінанта вагітності або, інакше кажучи, гестаційна домінанта. Наприкінці вагітності розпочинається формування третьої фази, що пов'язана з настанням пологової домінанти, необхідної для здійснення пологового акту. Нарешті, четверта фаза розвитку репродуктивного процесу розпочинається після закінчення пологів. Вона пов'язана з вигодовуванням дитини, тому одержала назву лактаційної домінанти.



У процесі формування статевої доміанти одночасно з виникненням у ЦНС домінуючого вогнища збудження в жіночому організмі відбуваються зміни, які варто розглядати як підготовку, необхідну для настання вагітності.

У жінок розвиток статевої доміанти і періодична готовність до настання вагітності проявляються у вигляді менструальних кровотеч, які вказують на циклічні зрушення, що відбуваються в організмі в цілому й особливо в статевих органах. Як вже зазначалося вище, менструальна функція є найважливішою функцією репродуктивної системи і свідчить як про повноцінність самої системи, так і про здоров'я жінки в цілому. Тому основні характеристики менструальної функції мають першочергове значення в оцінці репродуктивної функції жінки.

Найбільші анатомо-функціональні зміни під час вагітності виявляються в матці. Слід наголосити, що до кінця вагітності (перед пологами) маса матки збільшується більш ніж у 20 разів, а об'єм її порожнини – в 500 разів.

У зв'язку з процесом репродукції матка також послідовно виконує три основні функції: менструальну, необхідну для підготовки органа й особливо його слизового шару до вагітності; функцію вмістилища для плода з метою забезпечення оптимальних умов його розвитку і функцію вигнання плода в процесі пологів.

Вагітність, як правило, позитивно впливає на організм жінки, сприяє його повному розвитку і розквіту, а також лікуванню запальних захворювань статевих органів, що виникли до зачаття. Всі органи під час вагітності функціонують нормально, але з підвищеним навантаженням. Підвищення фізіологічних функцій організму вагітної пов'язано зі збільшенням потреб плода, який розвивається.

Будучи процесом фізіологічним, вагітність при правильному способі життя переноситься легко. При перевтомі, несприятливих умовах зовнішнього середовища і виробництва функції організму вагітної порушуються, й у зв'язку з цим виникають різні ускладнення.

Саме тому жінка повинна ретельно дотримуватися правил життя, що сприяють збереженню і зміцненню її здоров'я, правильному розвитку плода, нормальному перебігу пологів і післяпологового періоду, підготовці організму до годування дитини грудьми.

Якщо спосіб життя у жінки був правильним, вагітність не потребує внесення особливих змін у загальний режим. При нормальній вагітності майбутня матір виконує звичайну роботу. Помірна фізична і розумова праця позитивно впливає на її організм. Робота сприяє нормальній діяльності нервової, серцево-судинної, кровотворної, дихальної й інших систем організму вагітної, поліпшує обмін речовин. Бездіяльність, тривале положення лежачи, сидіння призводять до ожиріння,

закрепів, послаблення м'язової системи та можуть спричинити слабкість пологової діяльності.

Зміни, що виникають в організмі жінки при нормальній вагітності, є фізіологічними і являють собою пристосування його до нових умов існування, пов'язаних із розвитком плода. Однак незважаючи на те, що вагітність є нормальним фізіологічним станом жіночого організму, її настання і розвиток висувають підвищені вимоги до функції багатьох органів і систем, що зумовлює в них певне напруження. Додаткові навантаження, вплив несприятливих факторів виробничого середовища можуть негативно позначитися на стані гомеостазу в системі мати-плацента-плід.

Серед специфічних функцій жіночого організму саме менструальна та репродуктивна найбільш чутливі до дії шкідливих професійних чинників. Це зумовлено тим, що жіночий організм під час вагітності зазнає додаткового навантаження з виникненням широкого діапазону реакцій з боку окремих органів і систем, у першу чергу дихальної і серцево-судинної. Посилюються дихання і кровообіг, підвищуються обмінні процеси та виникають інші значні функціональні й органічні зміни в органах і системах, направлені на нормальний розвиток плода. Усе це є причиною зниження резистентності й підвищення чутливості жіночого організму до певних виробничих факторів у цей відповідальний період часу.

Організм жінок під час вагітності більш чутливий до впливу ряду професійних шкідливих факторів, аніж організм чоловіків. Патологічні зміни в репродуктивній системі в осіб жіночої статі можуть виникати внаслідок безпосередньої прямої дії шкідливого виробничого фактора на статеві органи або опосередкованого впливу через зміни нейроендокринної регуляції діяльності статевих органів і судинного тону. Такий самий характер ушкодження можливий і щодо організму плода. Пряма дія шкідливого виробничого фактора на плід призводить до ембріотоксичного або тератогенного ефекту; опосередкована – здійснюється шляхом порушення імунних і метаболічних процесів, що проявляються токсикозом вагітних, порушенням функції плаценти й амніона, кровотечею під час пологів, гіпоксичним станом плода тощо.

Лактація (лактаційна функція) – виділення молока молочними залозами. Повний цикл лактації включає низку послідовних, пов'язаних між собою процесів: мамогенез (розвиток молочних залоз), лактогенез (виникнення секреції молока після пологів), лактопоез (розвиток і підтримання секреції молока). Лактаційна функція залежить від багатьох чинників: стану здоров'я, конституції, віку, особливостей харчування, ставлення жінки до дитини і самого процесу лактації. Лактація згасає до кінця першого року життя дитини і повністю зникає після припинення годування грудьми.



Ця функція дуже чутлива до впливу негативних чинників зовнішнього середовища, що зумовлено багатогранністю і множинністю нейрогуморальних факторів, які контролюють її діяльність.

Секреторна функція характеризується виділенням у здорової жінки секрету різними органами статеві системи (матковими трубами, маткою, піхвою, присінком піхви). Цей секрет відіграє важливу роль у діяльності статеві системи жінки. Він служить для фізіологічного зволоження слизових оболонок, підтримання життєдіяльності нормальної мікрофлори і постійності середовища в жіночих статевих органах. Крім того, секреторна функція має важливе біологічне значення, оскільки значною мірою забезпечує процеси запліднення, зокрема полегшує проходження сперматозоїдів через шийковий канал до порожнини матки, а звідти до маткових труб. Ця функція є важливим показником, що відображає стан жіночих статевих органів.

У здорових жінок у репродуктивному періоді життя за відсутності запальних захворювань статевих органів мають місце незначні виділення молочного кольору. При багатьох гінекологічних захворюваннях (в першу чергу запальних, онкологічних) відбувається кількісна або якісна зміна цього секрету. Патологічні виділення із статевих органів жінки називаються білями. Білі можуть бути пов'язані з патологією різних відділів статевих органів: зовнішніх статевих органів, піхви, шийки і тіла матки, маткових труб. У зв'язку з цим розрізняють вестибулярні, піхвові, шийкові, маткові та трубні білі. Найчастіше зустрічаються піхвові білі, зумовлені інфекційним фактором.

Сексуальна (статева) функція визначається можливістю вести нормальне статеве життя, наявністю статевого потягу (лібідо) і почуття задоволення (оргазму). Можливими розладами є відсутність або послаблення статевого потягу і задоволення, виникнення болю при статевих стосунках, контактні кровотечі, утруднення або неможливість проведення статевого акту.

Відсутність або послаблення статевого потягу і задоволення спостерігається в жінок при інфантилізмі, після перенесених або супутніх тяжких екстрагенітальних або гінекологічних захворювань. Існує також ряд професійних чинників, що зумовлюють пригнічення цієї функції.

Біль при статевих контактах спостерігається при хронічних запальних захворюваннях, гіпоплазії статевих органів, ендометріозі, вагінізмі (захворювання нервово-психічного характеру).

Контактні кровотечі після статевих стосунків можуть бути спричинені крихкістю тканин шийки матки, що спостерігається при пухлинах цієї структури. Іноді такі кров'янисті виділення спостерігаються при псевдоерозіях і кольпітах.

Утруднення або неможливість статевого акту виникає при рубцевому звуженні піхви та її аномаліях.

Отже, широкий діапазон реакцій з боку окремих органів і систем, зумовлених специфічними функціями жіночого організму, зокрема вагітністю, лактацією, щомісячною крововтратою під час менструацій, може стати причиною зниження резистентності та підвищення чутливості жіночого організму до низки виробничих факторів.

Окрім наведених вище специфічних функцій жіночого організму, є ряд анатомо-фізіологічних особливостей його будови, що відіграють значну роль у виробничих умовах.

1. *Жіночому організму властива більша, ніж у чоловіків, реактивність ЦНС із переважанням збудливих процесів.* У жінок відмічається більша лабільність вегетативної нервової системи, що пов'язано з особливостями гормональної регуляції та в першу чергу з МЦ. У період перед менструаціями та під час них жінкам характерна підвищена психічна і фізична нестійкість, дратівливість. Виникають ознаки астено-невротичного синдрому, який є фізіологічним в цей період часу. Нестабільність нервової системи зумовлює зниження фізичної та психічної працездатності, уваги, що в окремих випадках призводить до підвищення травматизму. У цьому ж періоді знижується толерантність до мікробних агентів, що спричиняє розвиток інфекційних захворювань.

2. *В осіб жіночої статі зовсім інший баланс у механізмах теплоутворення і тепловіддачі.* У зв'язку з нижчим обміном речовин і споживанням кисню, теплоутворення у жінок більш низьке, ніж у чоловіків. Водночас у них краща теплоізоляція шкіри за рахунок більш вираженого жирового шару. При підвищеній температурі навколишнього середовища потовиділення у жінок більш помірно у порівнянні з чоловіками, тому тепловіддача за рахунок випаровування поту нижча. Таким чином, тепла у вихідних значеннях утворюється менше, зберігається воно краще і віддається гірше у жінок, ніж у чоловіків. Ці обставини зумовлюють більш виражені несприятливі зміни в організмі працюючих жінок за умов як нагрітого мікроклімату, так і високих температур.

3. *Відмічаються різні фізичні параметри будови тіла у жінок і чоловіків, що слід враховувати при конструюванні й оснащенні робочих місць.* Основні фізичні параметри у середніх значеннях становлять: зріст 160 см (у чоловіків 172 см); відповідно у жінок обсяг обхвату руками на 10 см менший, висота положення очей над рівнем підлоги на 10 см нижча, положення ліктя і кистей над підлогою сидячи на 4,5 см і стоячи на 4,9 см нижче, ніж у чоловіків.

4. *Спостерігається значна різниця у можливостях фізичної працездатності при статичному і динамічному навантаженні.* Виражене статичне напруження у тривалому положенні стоячи призводить до суттєвих зрушень у системі кровообігу з виникненням застійних процесів в капілярному руслі і варикозного розширення вен нижніх



кінцівок. Найменш сприятливою робочою позою для жінок є тривала робота в положенні сидячи, що призводить до підвищеного кровонаповнення судин малого таза. Оптимальним є чергування таких видів робіт.

Загальна працездатність під час виконання важкої фізичної праці у жінок на 20–30% нижча, ніж у чоловіків. За рахунок тренування працездатність у чоловіків може підвищуватися на 50%, у жінок лише на 25%. У жінок сила стискання правою рукою в середньому на 16,4 кг, станова сила – на 62,1 кг менша, ніж у чоловіків. Встановлено більш виражену реакцію серцево-судинної, дихальної, м'язової систем і загальної працездатності на однотипне трудове навантаження жіночого організму порівняно з чоловічим.

5. У жінок є декілька фізіологічних параметрів і показників, що відрізняються від аналогічних у чоловіків. Для осіб жіночої статі більш характерними є поверхневе і часте дихання, нижчі показники життєвої ємності легень, ударного та хвилинного об'єму крові, відмічається схильність до артеріальної гіпотензії, перевага вагусного впливу, більш виражене шкірне дихання. У показниках периферичної крові – нижчий вміст гемоглобіну та еритроцитів.

6. Шкіра у жінок тонша й ніжніша, що зумовлює вищу чутливість до факторів, що діють на шкіру і проникають крізь неї (електричний струм, пил, кис-

лоти, луги, жиророзчинні отрути). У них легше розвиваються ураження шкіри у вигляді мацераций, піодермій, алергічні прояви у вигляді дерматитів та екзем. Відмічають підвищену схильність до цих захворювань, особливо у жінок тих професій, що пов'язані з дією пилу, хімічних речовин, які подразнюють шкіру або легко проникають крізь неї в організм. В останньому випадку розвиваються токсичні поліневрити (органічні розчинники).

7. Значних змін зазнає жіночий організм під час вагітності. Посилюється дихання і кровообіг, підвищуються обмінні процеси.

Отже, з усього зазначеного вище можна зробити висновок, що активне залучення жінок до сучасного виробничого процесу вимагає раціональної організації жіночої праці з урахуванням специфічних функцій і анатомо-фізіологічних особливостей будови жіночого організму.

Література

1. Гігієна праці / під ред. проф. А.М. Шевченка. – К.: Інфотекс, 2000. – С. 328–335.
2. Коломоець М.Ю., Хухліна О.С. Професійні хвороби / М.Ю. Коломоець, О.С. Хухліна. – К.: Здоров'я, 2004. – С. 532–534.
3. Костюк І. Ф., Капустник В. А. Професійні хвороби: підручник. – 2-ге вид., перероб. і доп. / І.Ф.Костюк, В.А. Капустник. – К.: Здоров'я, 2003. – С. 463–469.



СОБЫТИЕ

Нобелевский комитет назвал имена обладателей премии по медицине 2011 г.

Лауреатами Нобелевской премии по физиологии и медицине – 2011 стали Брюс Бойтлер, Ральф Штайнман и Жюль Хоффманн за работы в области иммунологии, в частности за исследования врожденного иммунитета.

Премия Р. Штайнману присуждена за открытие дендритных клеток, которые выполняют важные иммунорегуляторные функции; Б. Бойтлеру и Ж. Хоффманну – за открытие рецепторных белков, участвующих в распознавании микроорганизмов и активации врожденного иммунитета.

Врожденный иммунитет – это способность живых организмов «узнавать» и обезвреживать патогены, даже если до сих пор они никогда с ними не контактировали. Это эволюционно наиболее древняя система, присутствующая у всех многоклеточных животных и растений.

Ученые провели ряд экспериментальных исследований, благодаря которым определили, как именно происходит активация врожденного иммунитета при контакте с инфекционными агентами, каким образом эта система взаимодействует с механизмами приобретенного иммунитета.

Р. Штайнман открыл дендритные клетки в 1973 г. Сначала полученные им результаты вызвали сомнения, однако

ученый сумел разъяснить, что эти клетки обладают исключительной способностью инициировать новые иммунные реакции.

Ж. Хоффманн и Б. Бойтлер сделали свое открытие в 1996 г. Ж. Хоффманн занимался изучением иммунной системы банановых мух и выявил особый рецептор, закодированный в одном из генов, так называемом толл-гене, который определяет чужеродные микроорганизмы. Наряду с этим Б. Бойтлер обнаружил наличие у млекопитающих похожей системы.

Таким образом, открытия Нобелевских лауреатов 2011 г. позволили сделать выводы о том, как работает иммунная система, каковы фазы ее ответа на инородное вторжение, как развивается болезнь. Все это дало возможность найти новые способы лечения и предотвращения инфекционных и раковых заболеваний, что приблизило исследователей к разработке и получению противоинфекционных и противоопухолевых вакцин. Открытия также позволяют лучше понять, почему иммунная система иногда дает сбой и атакует собственные ткани организма.

<http://www.rosbalt.ru/main/2011/10/03/896597.html> <http://www.rbc.ua/rus/newsline/show/nobelevskuyu-premiyu-po-medsine-za-2011-g-poluchili-immunologi-03102011135000>
<http://www.itar-tass.com/c95/238388.tml>



Эндокринология беременности в норме и патологии

Сидельникова В.М. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 352 с.



Книга посвящена проблеме эндокринных изменений при физиологической беременности и при нарушении функции некоторых эндокринных желез. Обсуждаются вопросы физиологии репродуктивной системы, процесса формирования фетоплацентарного комплекса, а также гормональные изменения, обеспечивающие адаптацию организма матери и сохранение беременности. Особое внимание уделено эндокринным и иммунным аспектам ранней потери беременности. Отдельные главы посвящены проблемам гиперандрогении различного генеза, гиперпролактинемии, особенностям функции щитовидной железы в норме и при ее заболеваниях во время беременности. Рассмотрены особенности гормональных изменений при таких осложнениях беременности, как ОПГ-гестоз, плацентарная недостаточность, болезнь Дауна у плода. Одна из глав посвящена эндокринологии родов. Издание предназначено для акушеров-гинекологов, эндокринологов, педиатров.

Первая беременность и первые роды

Николаева Л.Б., Ушакова Г.А. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 264 с.



В книге в доступной форме рассмотрены проблемы рождаемости в условиях современных тенденций воспроизводства населения, репродуктивного здоровья, поведения и репродуктивных намерений современной популяции женщин, девочек и девушек.

Представлены сведения об особенностях течения беременности и родов, состоянии фетоплацентарной системы и регуляторных процессах в системе мать-плацента-плод, исходах для матери и плода, состоянии здоровья потомства в современной популяции первобеременных первородящих женщин.

Издание предназначено для акушеров-гинекологов женских консультаций, врачей акушерских стационаров, студентов медицинских вузов и колледжей.

Оксидативный стресс в генезе акушерских осложнений

Ванько Л.В., Сафронова В.Г., Матвеева Н.К., Сухих Г.Т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 264 с.

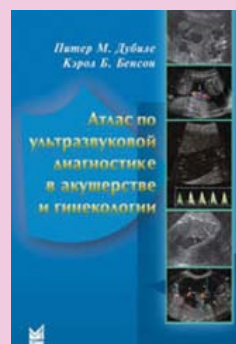


В руководстве описана роль оксидативного стресса в физиологическом и патологическом течении беременности. Дана характеристика клеточных и молекулярных основ образования активных форм кислорода, систем их генерации и удаления, участия в клеточной сигнализации и программированной клеточной гибели. Показаны иммунные механизмы, способствующие становлению и развитию нормальной беременности и участвующие в патогенезе ее осложнений. Представлены данные литературы и результаты собственных исследований относительно роли оксидативного стресса в развитии осложнений беременности и послеродового периода. Рассмотрено функциональное состояние лейкоцитов новорожденных в зависимости от особенностей течения беременности. Книга ориентирована на акушеров-гинекологов и неонатологов, научных работников, аспирантов, ординаторов и студентов.

механизмы, способствующие становлению и развитию нормальной беременности и участвующие в патогенезе ее осложнений. Представлены данные литературы и результаты собственных исследований относительно роли оксидативного стресса в развитии осложнений беременности и послеродового периода. Рассмотрено функциональное состояние лейкоцитов новорожденных в зависимости от особенностей течения беременности. Книга ориентирована на акушеров-гинекологов и неонатологов, научных работников, аспирантов, ординаторов и студентов.

Атлас по ультразвуковой диагностике в акушерстве и гинекологии

Дубиле П. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 328 с.



В пособии представлены основные элементы эхографии, включая динамический аспект этого исследования, проводимого в режиме реального времени. Особый интерес эта книга представляет в связи с тем, что возможности эхографии для диагностики различной акушерской и гинекологической патологии имеют очень большое значение.

С помощью эхографии можно выявить различную акушерскую патологию, что позволяет своевременно провести необходимые лечебные мероприятия во время беременности и в родах. Проведение ультразвукового исследования дает возможность не только диагностировать разнообразную гинекологическую патологию, но также под его контролем проводить терапевтические мероприятия и хирургические вмешательства. Книга будет полезна как для клинической практики акушеров и гинекологов в качестве справочного руководства, так и для самостоятельного изучения.

Уважаемые читатели!

Перед вами один из номеров журнала «Медицинские аспекты здоровья женщины» (МАЗЖ) Издательского дома «Здоровье Украины. Медицинские журналы».

Настоящая анкета распространяется с целью изучения мнений читателей о журнале. Мы будем вам благодарны, если вы ответите на поставленные вопросы и за внимание к нашему изданию.

Заполненную анкету просим выслать по адресу:

ул. Светлицкого, 35а, 2-й этаж, г. Киев, 04123 или по e-mail: arefieva@id-zu.com (с пометкой МАЗЖ).

Анкета читателя*

Ф.И.О. Возраст

Место работы (название медицинского учреждения и отделения)

Специальность Должность, ученая степень

1. Какое мнение у вас сложилось о МАЗЖ?

2. Назовите три лучших материала номера:

.....

.....

3. Публикации каких авторов вы хотели бы видеть на страницах журнала МАЗЖ?

.....

.....

4. Какие недостатки, по вашему мнению, имеются в журнале? По возможности, приведите конкретные примеры. . . .

.....

.....

5. Предложите темы для будущих номеров МАЗЖ.

.....

.....

.....

Присланная в адрес редакции анкета гарантирует получение следующего номера журнала бесплатно.

Укажите сведения, необходимые для отправки журнала.

Ф.И.О.

Индекс город (село) район область

улица дом корпус квартира

тел.: e-mail:

Согласны ли вы подписаться на рассылку анонсов мероприятий и выходов журнала? да нет

* Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ООО «Здоровье Украины». Также даю согласие на их использование для получения от компании (связанных с ней лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на помещение моих персональных данных в базу данных компании, неограниченное во времени хранение данных.



Інформація про передплату журналу «Медичні аспекти здоров'я жінки»

Шановні читачі! Передплатити наше видання ви можете в будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» чи в регіональному передплатному агентстві України за каталогом у розділі «Охорона здоров'я України. Медицина», а також у редакції «Видавничого дому «Здоров'я України. Медичні журнали».

Журнал «Медичні аспекти здоров'я жінки»

Зацікавить терапевтів, неонатологів, акушерів-гінекологів, дерматовенерологів, ендокринологів, кардіологів, психіатрів

Передплатний індекс – **95404**

Періодичність виходу – 10 разів на рік

Вартість передплати на рік – 250 грн

на півріччя – 125 грн

Наші реквізити:

ТОВ «Медичні аспекти здоров'я жінки»

ЄДРПОУ 32775808

р/р 2600400910001 МФО 300108

Київська філія ПАТ «Банк «Київська Русь»

Відділ передплати: тел./факс: 391-31-40

E-mail: parubec@id-zu.com