



Акушерство

Гінекологія

Репродуктологія



№ 4 (55) 2023
12 750 примірників*
Передплатний індекс 89326



Все буде
Україна!



Кандидат медичних наук, доцент

Ольга Білодід

Інноваційні підходи до менеджменту ВПЛ-інфекції та передракових змін шийки матки: нові можливості елімінації

Читайте на сторінці **3**



Віце-президент Асоціації дієтологів України

Оксана Скиталінська

Харчовий раціон жінки 40+: нутриціологічна та дієтологічна практика

Читайте на сторінці **18**

Рекомендації ESHRE



Сучасні стратегії лікування больового синдрому при ендометріозі

Читайте на сторінці **22**

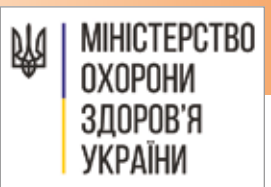
Гайдлайн FIGO 2023



Використання прогестерону при повторній втраті вагітності у I триместрі

Читайте на сторінці **4**

Стандарт медичної допомоги



«Медичний аборт (I триместр вагітності)»

Читайте на сторінці **9**



Допоможи дитині
РОЗПОЧАТИ ЖИТТЯ*



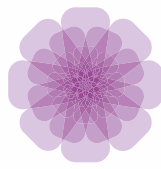
* Мається на увазі можливість вибору дієтичних добавок Фемібіон 1 та Фемібіон 2 при плануванні вагітності, під час вагітності та в період лактації, в якості додаткового джерела фолатів, вітамінів та мінералів, необхідних для нормального розвитку дитини.

Дієтична добавка Фемібіон® 1 / Femibion® 1, не є лікарським засобом. Інгредієнти: холіну бітарат, наповнювач: мікрокристалічна целюлоза, L-аскорбат кальцію, повністю гідрогенізована соєва олія, бісгліцинат заліза, глазуруючий агент: гідроксипропілметилцелюлоза, наповнювач: тривимірна натрієва сіль карбоксиметилцелюлози, барвник: кальцію карбонат, мальтодекстрин, глазуруючі агенти: полівініловий спирт, поліетиленгліколь, тальк і гідроксипропілцелюлоза, нікотинамід, кислота: лимонна кислота, антиспаючі агенти: магнієві солі жирних кислот, жирні кислоти та дикальційфосфат, DL-альфа-токоферилацетат, кальцій-D-пантотенат, модифікований крохмаль, піридоксину гідрохлорид, сахароза, тіаміну мононотрат, рибофлавін, крохмаль, кальцій-L-метилфолат (Метафолін®/Metafolin®), фолієва кислота, калій йодид, D-біотин, селенат натрію, холекальциферол, ціанкобаламін. Дієтична добавка Фемібіон® 2 / Femibion® 2, не є лікарським засобом. Інгредієнти (таблетки): наповнювач: мікрокристалічна целюлоза, оксид магнію, L-аскорбат кальцію, бісгліцинат заліза, глазуруючий агент: гідроксипропілметилцелюлоза, барвник: кальцію карбонат, мальтодекстрин, нікотинамід, наповнювач: тривимірна натрієва сіль карбоксиметилцелюлози, кислота: лимонна кислота, глазуруючі агенти: полівініловий спирт, поліетиленгліколь, гідроксипропілцелюлоза і тальк, оксид цинку, DL-альфа-токоферилацетат, кальцій-D-пантотенат, антиспаючі агенти: магнієві солі жирних кислот, жирні кислоти та дикальційфосфат, модифікований крохмаль, піридоксину гідрохлорид, сахароза, тіаміну мононотрат, рибофлавін, крохмаль, кальцій-L-метилфолат (Метафолін®/Metafolin®), фолієва кислота, калій йодид, селенат натрію, D-біотин, холекальциферол, ціанкобаламін. Інгредієнти (капсули): концентрований риб'ячий жир, збагачений ДГК, риб'ячий желатин; ущільнювач: гліцерин, сафлорова олія, загущувач: моно- та дигліцериди жирних кислот, DL-альфа-токоферилацетат, лютеїн, антиоксидант: екстракт, збагачений токоферолом, емульгатор: лецитин. Виробник: Пі Енд Джі Хелс Острія ГмбХ енд Ко. ОГ Хосслгассе 20, 9800 Шпіталь ан дер Драу, Австрія для Пі Енд Джі Хелс Джермані ГмбХ, Зульцбахер Штрассе 40, 65824 Швальбах ам Таунус, Німеччина.

Реклама дієтичних добавок. Не є лікарським засобом.

За додатковою інформацією звертайтеся за адресою: ТОВ «Др. Редді'с Лабораторізі» Столицне шосе, 103, оф. 11-А, м. Київ, Україна, 03131, тел. +380444923173. FEM-25.09.2023-RX-2. 8.1

Dr.Reddy's



РАПИЛОСАРЕ®

Вагінальний гель

НАСТАВ ЧАС ПРОТИДІЯТИ ВПЛ



Перша терапія з підтвердженими клінічними даними, призначена для запобігання та лікування ВПЛ-залежних захворювань шийки матки

ЛИСТОК-ВКЛАДКА ДО ВАГІНАЛЬНОГО ГЕЛЮ РАПИЛОСАРЕ®:

ДЛЯ ЧОГО ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ ГЕЛЬ РАПИЛОСАРЕ®? Гель Papilocare® призначений для: • контролю та допомоги в реепітелізації зони трансформації шийки матки для запобігання ризику ураження, викликаного ВПЛ (LSIL); • застосування в якості допоміжного лікування інтраепітеліальних уражень, викликаних ВПЛ; • відновлення та допомоги у реепітелізації уражень слизової оболонки шийки матки та піхви; • лікування сухості слизової оболонки шийки матки та піхви; • відновлення балансу вагінальної мікробіоти; • поліпшення загального стану піхви; • створення умов для швидкого загоєння подряпин, спричинених запаленням або свербіжем; • формування захисної плівки, яка швидко зменшує подразнення, створюючи належні умови для сприяння природному процесу загоєння.

ЩО ВХОДИТЬ ДО СКЛАДУ ГЕЛЮ РАПИЛОСАРЕ®? Основними інгредієнтами є: • компоненти, що дозволяють утворювати мукоадгезивний гель на слизовій оболонці шийки матки та піхви, створюючи на ній захисну плівку, що сприяє бар'єрній дії продукту; • ніосомі гіалуронової кислоти, що мають зволожуючу дію, допомагають підтримувати еластичність тканини; • ніосомі β-глюкана: їхні антиоксидантні властивості підтримують структуру й природну функціональність шкіри та слизових оболонок; • фітосомі Centella asiatica, дія яких спрямована на відновлення ураженої слизової оболонки; • екстракт Coriolus versicolor з реепітелізуючою та відновлювальною дією при ураженнях і мікропошкодженнях шийки матки та піхви; • екстракт Neem, що має пом'якшувачі властивості, сприяє природному процесу загоєння; • BioEcolia®, пребіотик, який стимулює ріст корисної бактеріальної флори та відновлює баланс мікробіоти в зоні шийки матки та піхви; • екстракт Aloe vera, що має зволожуючу, реепітелізуючу й відновлювальну дію для зони шийки матки та піхви.

ХТО МОЖЕ ЗАСТОСОВУВАТИ ГЕЛЬ РАПИЛОСАРЕ®? Застосування гелю Papilocare® рекомендується жінкам (старше 18 років), інфікованим вірусом папіломи людини (ВПЛ), незалежно від того, чи є у них ураження, викликані вірусом (ASCUS або LSIL).

СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ: Тривалість лікування становить 6 місяців, але може бути збільшена за призначенням лікаря. Для отримання бажаних результатів важливо пройти повний курс лікування. Починати лікування рекомендується після менструації. Перший місяць: Слід застосовувати одну канюлю на добу впродовж 21 дня поспіль, а потім зробити перерву на наступні 7 днів. Наступні місяці (з 2-го по 6-й місяць): Слід застосовувати одну канюлю через день впродовж 21 дня. Рекомендація призупинити лікування за допомогою гелю Papilocare® під час менструації пов'язана з комфортом пацієнта, а не з клінічною несумісністю. Бажано застосовувати гель Papilocare® безпосередньо перед сном.

ПОПЕРЕДЖЕННЯ: Гель Papilocare® не слід застосовувати людям з підвищеною чутливістю до будь-якого з його інгредієнтів. Якщо після застосування ви відчуваєте дискомфорт, припиніть використання продукту та зверніться до лікаря. Відсутні дані щодо застосування гелю Papilocare® пацієнтами, які використовують вагінальні контрацептиви (наприклад, вагінальне кільце, жіночий презерватив). Тому гель Papilocare® не рекомендується застосовувати жінкам, які використовують такі типи контрацептивів. У разі вагітності, перед використанням гелю Papilocare® слід проконсультуватися з лікарем, і його застосування слід розглядати лише під пильним наглядом лікаря.

ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ: Papilocare® має хороший профіль безпеки, і не спостерігалося жодних серйозних побічних реакцій в клінічних дослідженнях, проведених із його застосуванням або з моменту його виведення на ринок. Єдина побічна реакція, зареєстрована з моменту виведення продукту на ринок — це подразнення після нанесення, частота виникнення якого не перевищує одного випадку на 10 000. Ця реакція частіше зустрічається у жінок з дуже чутливою або значно пошкодженою областю статевих органів або в пацієнток у постменопаузі з високим рН піхви (рН 7). Якщо це станеться, збільшуйте інтервали між дозами (кожні 3 дні) та проконсультуйтеся з лікарем. КЛІНІЧНІ ДАНІ Було проведено кілька досліджень із застосуванням гелю Papilocare®, які підтверджують його клінічну ефективність та безпеку.

ВИРОБНИК: PROCARE HEALTH IBERIA, S.L. Avda. Miguel Hernández 21, Bajo 46450 Benifaió (Valencia) Spain ПРОКЕР ХЕЛС ІБЕРІЯ, С.Л. Авда. Мігуель Хернандес 21, Бахо 46450 Беніфао (Валенсія) Іспанія;

УПОВНОВАЖЕНИЙ ПРЕДСТАВНИК: ПІІ ТОВ «Гедеон Ріхтер Укрфарм» Україна, 01054, м. Київ, вул. Олександра Кониського, 17-Б.

Не є лікарським засобом. Реклама медичного виробу. Перед застосуванням необхідно проконсультуватися з лікарем. Сертифікат про відповідність вимогам Технічного регламенту щодо медичних виробів № UA.MD.389-21 зареєстрований в Реєстрі 8 липня 2021 року. Чинний до 7 липня 2026 року.

Інформація для спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

ПІІ ТОВ «Гедеон Ріхтер Укрфарм»:
01054, м. Київ, вул. Тургенєвська, 17-Б.
Тел.: (044) 389-39-50 (-51), факс: (044) 389-39-52.
E-mail: ukraine@richter.kiev.ua | www.richter.com.ua



GEDEON RICHTER

Procare Health
Naturally woman

◇ Ураження низького ступеня: ASCUS або LSIL.

www.papilocare.com

О.О. Білодід, к. мед. н., доцент кафедри онкології, променевої терапії, онкохірургії та паліативної допомоги Харківського національного медичного університету

Інноваційні підходи до менеджменту ВПЛ-інфекції та передракових змін шийки матки: нові можливості елімінації

За матеріалами конференції

У сучасному світі зростає увага до питань жіночого здоров'я, зокрема до менеджменту папіломавірусної інфекції та передракових змін шийки матки. З огляду на складність патофізіології цих станів та їх вплив на життя жінок, пошук інноваційних стратегій лікування та профілактики стає надзвичайно актуальним. Ця проблематика знайшла відображення у програмі науково-практичної конференції «Здоров'я жінки від А до Я. Майбутнє планування: акушерсько-гінекологічна допомога та збереження репродуктивного здоров'я (у тому числі в умовах надзвичайних ситуацій)». Одну із цікавих та актуальних доповідей представила Ольга Олександрівна Білодід, лікар-онкогінеколог, кандидат медичних наук, доцент кафедри онкології, променевої терапії, онкохірургії та паліативної допомоги Харківського національного медичного університету, голова Харківського регіону з кольпоскопії та цервікальної патології УАКЦП, член Американської та Міжнародної асоціацій з кольпоскопії та цервікальної патології (ASCCP та IFCPC), медичний директор Харківського передпуплинного центру «МОЛЕКУЛА», у якій висвітлила сучасні можливості елімінації вірусу папіломи людини.

Ключові слова: вірус папіломи людини, цервікальна інтраепітеліальна неоплазія, рак шийки матки, зона трансформації шийки матки, вагінальний гель, Papilocare®.



Вірус папіломи людини (ВПЛ) є одним із найпоширеніших патогенів, який передається шляхом сексуального контакту і завдяки своїй високій поширеності становить серйозну медичну, соціальну та епідеміологічну проблему в масштабах усього світового товариства. Проблематика папіломавірусної інфекції полягає у надзвичайній контагіозності вірусу та його здатності до довготривалої персистенції в організмі, що призводить до серйозних ускладнень у вигляді онкологічної патології. Відповідно до сучасних статистичних даних, щороку реєструється понад 300 млн випадків інфікування ВПЛ. Безумовно, більшість ВПЛ-інфікувань будуть визначені як ураження епітелію низького ступеня (low-grade squamous intraepithelial lesion, LSIL), які минають самостійно. Частка LSIL у загальній структурі інфікування ВПЛ складає 60 млн, тоді як ураження високого ступеня (high-grade squamous intraepithelial lesions, HSIL) та рак шийки матки (РШМ) є менш поширеними у популяції, проте саме вони становлять надзвичайну проблему для системи охорони здоров'я.

Профілактика й контроль за ВПЛ-інфекцією передбачають широкомасштабне впровадження вакцинаційних програм, особливо спрямованих на підлітків і молодь, оскільки саме у цьому віці ризик інфікування та розвитку ускладнень є особливо високим. Скринінг ВПЛ є важливою стратегією обстеження та виявлення інфекції серед населення з метою ранньої діагностики, лікування та запобігання розвитку ускладнень, зокрема ракових захворювань, пов'язаних із ВПЛ. Скринінг включає виявлення та лікування передракового HSIL, запобігання його розвитку, а також уникнення надмірного лікування LSIL та його наслідків (наприклад, стенозу шийки матки та ускладнень вагітності).

Маршрут пацієнта з патологією шийки матки, спричиною ВПЛ-інфекцією, включає декілька етапів, від виявлення інфекції до лікування та контролю за перебігом захворювання, у тому числі профілактику прогресування. Завжди цей складний процес, який потребує співпраці пацієнта з лікарями різних спеціальностей та іншими медичними фахівцями. Перший крок – виявлення інфекції шляхом цитологічного дослідження (ПАП-тест) або ідентифікація ДНК вірусу за допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції. Крім того, для діагностики ВПЛ-інфекції та оцінки її впливу на стан шийки матки використовуються також кольпоскопія та біопсія з гістологічним дослідженням.

Патофізіологія ураження ВПЛ епітелію шийки матки є складним процесом, який включає різні взаємодії між вірусом та клітинами шийки матки. Зона трансформації виявляє особливу вразливість до вірусного ураження й може стати стартовим пунктом для виникнення патологічних змін. Метапластичний епітелій різного ступеня зрілості є основним морфологічним субстратом для ділянки трансформації, і, відповідно, саме цей тип епітелію найбільш вразливий до ВПЛ.

Дисплазія шийки матки (цервікальна інтраепітеліальна неоплазія – cervical intraepithelial neoplasia, CIN) є передраковим станом, що виникає внаслідок аномального росту клітин епітелію шийки матки. Провідні клінічні настанови пропонують різні підходи до менеджменту пацієнтів із CIN 1 (LSIL) та високим ризиком ВПЛ-інфекції. Залежно від тяжкості патології може бути запропонований варіант відстрочки лікування або продовження спостереження. Регресія CIN 1, тобто повернення до нормальної цитології, спостерігається у приблизно 70-80% випадків. Персистенція CIN 1, що означає збереження аномальних змін, відзначається у 5-20% випадків. Прогресування CIN 1 до більш

серйозного ступеня дисплазії (CIN 2 і вище) підтверджується гістологічними дослідженнями. Частота прогресування може варіюватися від 1,5-4 до 10% залежно від конкретних досліджень. Що стосується частоти прогресування CIN 1 до інвазивного РШМ, то, згідно із сучасними даними, це ускладнення є рідкісним і реєструється в 1% випадків.

Керування ходом прогресування CIN є складним завданням через вплив різних факторів ризику та індивідуальних особливостей пацієнта. Деякі із цих факторів, такі як генетичний фон, тип ВПЛ та демографічні характеристики, неможливо коригувати. Однак лікар може спрямовано впливати на інші фактори, які, у свою чергу, можуть позначитися на прогресуванні захворювання. Один із таких підходів – вплив на мікробіом, цілісність епітелію та імунний стан пацієнта із CIN. Ці фактори мають пряму асоціацію із прогресуванням або регресією захворювання. Наприклад, зміни в мікробіомі можуть вплинути на місцевий імунітет та запальні реакції, що може спричинити розвиток аномальних змін. Відповідно, зміцнення цілісності епітелію та підтримка імунної системи також можуть сприяти природній регресії захворювання.

Papilocare® (виробництво фармацевтичної компанії Gedeon Richter) – це вагінальний гель, що утворює захисний та лікувальний бар'єр у зоні трансформації шийки матки, забезпечуючи підтримку цілісності епітелію та місцевого імунітету. Це може сприяти зменшенню запальних реакцій і підтримувати сприятливе середовище для регресу захворювання.

Гель **Papilocare®** можна призначати з метою:

- контролю та допомоги у реепітелізації зони трансформації шийки матки для запобігання ризику ураження, викликаного ВПЛ (LSIL);
- застосування як допоміжного лікування інтраепітеліальних уражень, викликаних ВПЛ;
- відновлення та сприяння загоєнню уражень слизової оболонки шийки матки та піхви;
- лікування сухості слизової оболонки шийки матки та піхви;
- відновлення балансу вагінальної мікробіоти;
- поліпшення загального стану піхви;
- створення умов для швидкого загоєння подрапин, спричинених запаленням або свербіжем;
- формування захисної плівки, яка швидко зменшує подразнення, створюючи сприятливі умови для природного процесу загоєння.

Гель **Papilocare®** має унікальний семикомпонентний склад:

- *Coriolus versicolor* (коріолус) – гриб, що традиційно використовується в китайській медицині. Відзначається потужною протизапальною та імуностимулюючою дією;
- *Azadirachta indica* (нім) – рослина, яка має властивості протигрибової, антибактеріальної, протівірусної, антидіабетичної та заспокійливої активності, що використовується в аюрведичній медицині;
- *Bioecolia* (пребіотик) – олігосахарид, який допомагає зберегти баланс та захищати екосистему шкіри або відновлювати її рівновагу;
- алое вера – чинить антисептичний та епітелізуючий вплив, сприяючи відновленню тканин шкіри;
- бета-глюкани – мають імуномодулюючий ефект, підсилюючи захисні властивості організму;
- *Centella asiatica* – сприяє процесам регенерації тканин, забезпечує відновлення і зцілення шкіри;
- гіалуронова кислота – забезпечує зволожуючий ефект, підтримуючи природний водний баланс шкіри.

Із метою оптимізації розподілу компонентів, що входять до складу гелю **Papilocare®**, усі вони вкладені в ніота фітосомальні форми, що є інноваційним методом доставки активних компонентів лікарського засобу. Ніо-

фітосомальні форми забезпечують подібне до ВПЛ проникнення у глибокі шари епітелію, сприяють підвищенню ефективності активних компонентів та їхній взаємодії із клітинами базального шару, діючи на тому ж рівні, що й ВПЛ.

На сучасному етапі гель **Papilocare®** пройшов інтенсивний процес клінічних досліджень у Європі, які почалися 2013 року й тривають по теперішній час. Починаючи із 2018 року цей медичний препарат відзначився важливими досягненнями у сфері клінічної практики.

Згідно з останніми даними, застосування **Papilocare®** сприяє кліренсу ВПЛ у 70-80% пацієнтів уже після 6 міс лікування. Значним і обнадійливим клінічним результатом, який продемонстровано цим лікарським засобом, є його вплив на зону трансформації та епітелізацію. Результати IV фази клінічних випробувань, що базуються на даних реальної клінічної практики, розкрили динаміку покращення стану зони трансформації у пацієнтів з ектопією, підтверджуючи ефективність гелю **Papilocare®**. Дані цих досліджень свідчать про прогресивне покращення (реепітелізацію) зони трансформації, що вказує на потенціал засобу в контексті менеджменту зазначених клінічних станів.

Отже, гель Papilocare® представляє собою інноваційний лікарський засіб з унікальним семикомпонентним складом, розроблений з урахуванням важливих аспектів патофізіології ВПЛ-інфекції. Використання ніо- та фітосомальних форм для інкапсуляції активних компонентів дозволяє забезпечити доставку до глибоких шарів епітелію й сприяє їхній ефективній взаємодії із клітинами базального шару. Враховуючи властивості активних інгредієнтів, такі як протизапальні властивості *Coriolus versicolor*, антибактеріальна дія *Azadirachta indica*, імуномодулюючий ефект бета-глюканів та інші, гель Papilocare® має потенціал для підтримки здоров'я епітелію шийки матки та зменшення ризику передракових змін.

Підготувала **Анна Сочнева**

Довідка від редакції

- Медичний засіб рекомендовано застосовувати жінкам (старше 18 років), інфікованим ВПЛ, незалежно від того, чи є у них ураження, викликані вірусом (LSIL), із відповідними результатами кольпоскопії. Також лікарський засіб показаний жінкам, гістологічні результати яких відповідають CIN 1, або жінкам із CIN 2, які не потребують хірургічного лікування.
- Тривалість лікування становить 6 міс, але може бути збільшена за призначенням лікаря. Для отримання бажаних результатів важливо пройти повний курс лікування.
- Починати терапію рекомендовано після менструації, що пов'язано з комфортом для пацієнта, а не із клінічною несумісністю.
- Перший місяць рекомендовано застосовувати одну канюлю **Papilocare®** на добу впродовж 21 дня поспіль, із подальшою перервою на 7 днів. Бажано використовувати лікарський засіб безпосередньо перед сном.
- Починаючи з 2-го по 6-й місяць рекомендовано застосовувати одну канюлю через день впродовж 21 дня.
- Гель **Papilocare®** сумісний із використанням презерватива.

Використання прогестерону при повторній втраті вагітності у I триместрі: гайдлайн FIGO 2023

У статті представлено оновлені настанови Міжнародної федерації гінекології та акушерства (FIGO) щодо застосування прогестерону в менеджменті повторних викиднів у I триместрі вагітності. Наведено науково обґрунтовані клінічні рекомендації щодо використання прогестерону як частини стратегії ведення пацієнток групи високого ризику повторного викидня.

Ключові слова: вагітність, повторний викидень, передчасні пологи, прогестерон, дидрогестерон, прогестагени, мікронізований прогестерон.

У багатьох сучасних літературних джерелах втрата трьох або більше послідовних вагітностей у період від моменту зачаття до 24 повних тижнів гестації визначається терміном «повторний викидень» [1]. Проте у рекомендаціях FIGO це поняття обмежується періодом втрати вагітності до 12 повних тижнів гестації. Сьогодні виділяють різні критерії підтвердження даного типу ранньої втрати вагітності. В одних наукових джерелах зазначається, що поняття «повторний викидень» слід трактувати як втрату двох або більше вагітностей, підтверджених ультразвуковим чи гістологічним методом, натомість як в інших це поняття визначається наявністю трьох або більше викиднів після отримання позитивних тестів на вагітність [1, 2].

У контексті розгляду можливих причин повторних викиднів у жінок слід виділити такі фактори: анатомічні, ендокринні, імунологічні, генетичні та наявність тромбофілії (спадкової або набутої). Анатомічні причини перш за все включають аномалії розвитку матки, такі як, наприклад, наявність матки з перегородкою. Однак, на думку окремих авторів, анатомічні фактори в основному є причиною викидня у II, а не в I триместрі. Серед імуних чинників, які сприяють повторному невиношуванню вагітності, сьогодні виділяють роль природних клітин-кілерів, цитокінів, тиреоїдних та антинуклеарних антитіл, наявність системного червоного вовчака та інших імуних синдромів. При спадковій тромбофілії визначальними чинниками є наявність фактора V Лейдена, мутації протромбіну G20210A, а також дефіцит анти-тромбіну та протеїнів C і S, тоді як при набутій формі захворювання – діагностування вовчакового антикоагулянту, антикардіоліпіну та антитіл до β_2 -глікопротеїну [20]. До ендокринних причин відносять наявність захворювань щитоподібної залози, синдрому полікістозних яєчників і, можливо, дефіцит прогестерону. У проведених численних дослідженнях, які оцінювали ефективність використання препаратів прогестерону в лікуванні невиношування вагітності, мали місце істотні відмінності щодо типу прогестерону та дози, що не дає сильної доказовості на користь його застосування у клінічній практиці.

Загальновідомо, що прогестерон необхідний для секреторної трансформації ендометрія, що забезпечує імплантацію ембріона і підтримку функції жовтого тіла. Недостатність лютеїнової фази є однією із причин порушення імплантації та причиною викидня [3]. На додаток до його добре відомої ролі в підготовці

ендометрія до імплантації, участі в децидуалізації ендометрія та інгібуванні скоротливої здатності матки, прогестерон також виявляє імуномодулюючий ефект, пов'язаний із пригніченням активації Т-клітин [4, 5] та контролем продукування цитокінів під час вагітності [6]. З огляду на ці властивості прогестерон широко застосовують у лікуванні повторних викиднів, оскільки підтримка вагітності прогестероном може допомогти створити необхідну імунну відповідь на ранніх термінах вагітності та запобігти загрози невиношування [7]. На фармацевтичному ринку доступними є натуральні гестагени та їх синтетичні замінники (прогестини) [8, 9]. Утім природний прогестерон пригнічує скоротливу активність міометрія на противагу прогестину 17 α -гідроксипрогестерону капроату, який не володіє цим ефектом й у високій концентрації може стимулювати скоротливість міометрія [10].

Мета даного огляду – вичерпне узагальнення наявних переконливих доказів разом із виділенням практичних рекомендацій щодо використання прогестерону у жінок, які мали повторні викидні у I триместрі.

Систематичний пошук літератури проводився серед публікацій починаючи з 1990 року, які повідомляли про наявність трьох або більше повторних викиднів (послідовних і непослідовних) у I триместрі вагітності та порівнювали прийом прогестагенів будь-якого типу, дозування та способу введення із плацебо або відсутністю лікування. До огляду літератури не було включено дослідження, які залучали до участі пацієнток із самовільним викиднем чи передчасними пологами у II триместрі або загрозованим викиднем.

У даному огляді проведено аналіз 1045 статей бази даних MEDLINE, 40 публікацій – із Кокранівської бібліотеки, 32 – із ClinicalTrials.gov і 181 дослідження – із Міжнародної платформи для реєстрації клінічних випробувань, що загалом становить 1298 статей. В огляді здійснювався аналіз рандомізованих досліджень із використання препаратів прогестерону у жінок із повторним викиднем та вивчалася роль дидрогестерону у зменшенні частоти повторних спонтанних абортів [14].

Застосування прогестерону у жінок із повторним викиднем у I триместрі

Прогестерон – це ендогенний гестагенний статевий гормон, який належить до групи стероїдних гормонів, так званих прогестагенів, і є основним прогестагеном в організмі людини. Прогестерон виробляється жовтим тілом яєчників у лютеїнову фазу менструального циклу. Під час вагітності

прогестерон синтезується також у плаценті та має антимінералокортикоїдну та пригнічувальну нейростероїдну властивості за відсутньої чи мінімальної глюкокортикоїдної або антиандрогенної активності. Крім того, прогестерон чинить функціональну антиестрогенну дію на деякі тканини, такі як матка, шийка матки та піхва [17], а також проявляє антигонадотропну дію й може пригнічувати фертильність і вироблення статевих гормонів [17].

Фармакокінетика прогестерону залежить від способу його застосування [18]. Призначати прогестерон можливо перорально, вагінально та шляхом внутрішньом'язових або підшкірних ін'єкцій [17]. Рекомендовано застосовувати прогестерон у формі капсул, які містять мікронізований прогестерон для перорального прийому (так званий оральний мікронізований, або пероральний, прогестерон) [18]. Прогестерон також доступний у вигляді вагінальних або ректальних супозиторіїв, вагінальних гелів, масляних розчинів для внутрішньом'язових ін'єкцій і водних розчинів для підшкірних ін'єкцій [18, 19].

Застосування прогестерону у жінок, які мали повторні викидні, вивчалася у серії клінічних досліджень. У багаточисельному подвійному сліпому плацебо-контрольованому рандомізованому дослідженні за участю 836 жінок, які мали повторний викидень із невідомих причин [13], не було встановлено різниці в кількості живонароджених дітей між групою застосування прогестерону вагінально, який призначали після підтвердженого позитивного тесту на вагітність, та групою плацебо.

У нещодавньому систематичному огляді й метааналізі Saccone et al. [11], який включав 10 досліджень за участю 1580 жінок, було встановлено, що вплив прогестерону на зменшення ризику втрати вагітності різниться залежно від типу прогестагену. Так, застосування синтетичних прогестагенів може бути більш корисним порівняно з використанням природного прогестерону. Проте даний метааналіз має певні обмеження, пов'язані з тим, що включені до нього випробування відбувалися за невеликої кількості учасників дослідження, тому було зроблено висновок про необхідність проведення подальших клінічних випробувань у даному напрямку.

При аналізі даних попередньо описаних досліджень [11, 13] авторами представлених рекомендацій було визначено, що лікування пацієнток, які мали повторні викидні в анамнезі, було розпочате після підтвердження вагітності, тому неможливо встановити, чи можуть прогестагени бути більш ефективними

при їх уведенні у лютеїнову фазу циклу до моменту підтвердження вагітності.

Синтетичні прогестагени також можуть відігравати певну роль у зниженні повторної втрати вагітності. Однак поки немає даних щодо типу, часу та тривалості прийому прогестерону із цією метою.

Таким чином, немає достатньо обґрунтованих доказів щодо надання рекомендацій із застосування прогестерону з метою підвищення рівня живонароджуваності у жінок, які мали повторні викидні в анамнезі. Проте було зроблено висновок, що починати застосовувати природний вагінальний прогестерон при позитивному тесті на вагітність не рекомендовано жінкам, у яких немає ознак загрози переривання вагітності за наявності даних анамнезу про повторні викидні з невідомих причин. Водночас синтетичний пероральний прогестерон може відігравати певну роль у запобіганні повторній втраті вагітності, але необхідні подальші великі плацебо-контрольовані дослідження щодо часу, дозування та тривалості його прийому.

Роль прогестерону у підтриманні вагітності

Прогестерон виробляється лютеїновими клітинами жовтого тіла у другій половині менструального циклу, який при настанні вагітності протягом перших тижнів продовжує продукуватися жовтим тілом та плацентою. Прогестерон також відіграє важливу роль у підготовці ендометрія до імплантації ембріона. При настанні вагітності жовте тіло сприяє підтриманню вагітності приблизно до терміну 8-12 тиж, після чого плацента бере на себе значну частку вироблення прогестерону й виконує цю роль протягом усієї вагітності [22].

Роль прогестерону в підтримці вагітності остаточно не вивчена. Проте було показано, що його дефіцит може призвести до збільшення кількості медіаторів запалення [23]. До них належать циклооксигеназа 2 типу, прозапальний інтерлейкін 8 (IL-8) і моноцитарний хемоатрактантний білок 1, які, як було показано, відіграють роль у дестабілізації ендометрія [24]. Тому контроль вироблення даних медіаторів запалення має важливе значення для збереження вагітності [25].

Фізіологічна роль прогестерону на ранніх термінах вагітності спонукала дослідників оцінити значення й ефективність лікування ним у I триместрі у жінок, які мали повторні викидні в анамнезі. У дослідженні, проведеному в 1972 році, вперше було продемонстровано життєво важливу роль прогестерону в підтримці вагітності [26]. Було показано, що повне видалення лютеїнової тканини у термін до 7 тиж вагітності призводило до зниження концентрації прогестерону та подальшої втрати вагітності. В окремих дослідженнях було продемонстровано взаємозв'язок між низькими концентраціями прогестерону в сироватці крові та повторними

викиднями [27, 28]. Однак, незважаючи на переконливі докази такого взаємозв'язку, у кількох дослідженнях, у яких оцінювали ефективність лікування прогестероном у зменшенні кількості повторних втрат вагітності, було отримано суперечливі результати, що ускладнило формулювання остаточної оцінки його впливу на запобігання загрози повторних викиднів. Крім того, варіабельність результатів також могла бути пов'язана з використанням прогестагенів різного типу у різних дозах.

Чи сприяє прогестерон під час вагітності зниженню ризику повторного викидня у I триместрі?

Вивчення ефективності лікування прогестероном у жінок з анамнезом повторних викиднів проводилося у численних дослідженнях починаючи з 1953 року [29]. Однак дані випробування були невеликими і не відповідали рекомендованим критеріям включення, що призвело до неввірогідних результатів та труднощів отримання чітких рекомендацій щодо використання прогестерону в лікуванні жінок із повторними викиднями в анамнезі.

У даному огляді тільки два дослідження відповідали критеріям включення [13, 14]. У першому великому багатоцентровому подвійному сліпому рандомізованому контрольованому дослідженні за участю 838 жінок із повторним викиднем із невідомих причин, які отримували плацебо або мікронізований прогестерон вагінально [13], лікування розпочинали з моменту підтвердження позитивного тесту на вагітність до завершення 12-го тижня гестації. Результати дослідження не свідчили про значущо вищу частоту живонародження серед жінок з анамнезом повторних викиднів із невідомих причин, які отримували прогестерон вагінально. В іншому рандомізованому контрольованому дослідженні, яке включало пацієнок, які мали повторні викидні з нез'ясованих причин в анамнезі [82] й отримували дидрогестерон (перорально активний прогестаген, подібний до ендогенного прогестерону) з моменту підтвердження вагітності до 12-го тижня, було показано зменшення частоти наступних викиднів, проте про кількість живонароджених дітей не повідомлялося [14].

У нещодавньому систематичному огляді й метааналізі Saccone et al. [11], який включав публікацію Coomarasami et al. [13] та дев'ять інших досліджень за участю 1580 жінок, було зроблено висновок про те, що вплив прогестерону на зменшення частоти викиднів відрізняється залежно від типу прогестагену і що синтетичні прогестагени можуть мати окремі переваги порівняно з використанням природного прогестерону. Утім існують певні обмеження даного метааналізу, який включав випробування за участю невеликої кількості учасників, тому необхідно провести подальші прямі аналогічні дослідження, щоб визначити ефективність прогестерону у збільшенні кількості живонароджень у жінок, які мали повторні викидні.

У нещодавньому Кокранівському огляді, опублікованому у 2018 році, наводяться дані щодо 13 досліджень за участю 2556 жінок [29], у яких ефективність лікування прогестероном порівнювали із плацебо (у 9 клінічних випробуваннях) та із групою осіб, яким не призначали лікування (у 4 дослідженнях).

У 6 дослідженнях у жінок було три або більше послідовних викиднів, а в 7 дослідженнях – два або більше викиднів поспіль. Шлях уведення, доза та тривалість лікування прогестагеном відрізнялися в різних дослідженнях. Результати проведеного метааналізу серед усіх жінок свідчать про вірогідне зменшення кількості викиднів у тих, хто отримував прогестаген, порівняно із плацебо/контрольною групою. Аналіз підгруп, у яких порівнювали плацебо-контрольовані й неплацебо-контрольовані дослідження та різні шляхи введення, не показав відмінностей між підгрупами щодо запобігання загрози викидня. Проте більш виражена ефективність лікування спостерігалася у підгрупі жінок із трьома або більше викиднями в анамнезі порівняно із жінками із двома або більше викиднями. Утім слід зазначити, що була висока варіабельність ознак у підгрупі жінок із трьома або більше викиднями, що ускладнювало можливість зробити певний висновок щодо надання рекомендацій про регулярність прийому прогестерону.

В іншому когортному дослідженні Hussain et al. [30] ефективність вагінальних песаріїв природного прогестерону вивчали серед 206 жінок із повторними викиднями в анамнезі, у яких було виявлено субнормальну секрецію прогестерону на ранніх термінах вагітності, визначену шляхом вимірювання рівня прогестерону в сироватці крові в день отримання позитивного тесту на вагітність і через 48 годин. У дослідженні не було виділено контрольну групу, тому отримані дані порівнювалися з аналогічними даними інших випробувань. Не було виявлено статистично значущого зниження частоти наступних викиднів у жінок із трьома попередніми викиднями, тоді як у жінок із чотирма попередніми викиднями результати дослідження свідчили про можливий вплив проведеного лікування на статистично значуще зниження частоти наступних викиднів. Існували численні занепокоєння щодо результатів цього дослідження, включаючи відсутність чітко виділеної контрольної групи та результатів порівняння показників живонародження між двома групами, що ускладнювало процес коректної інтерпретації даних. Крім того, дослідження включало лише певну групу пацієнок на основі вимірюваного рівня прогестерону, тому дані результати не можуть трактуватися цілісно в контексті загальної групи жінок, які мали повторні викидні в анамнезі [30].

Таким чином, зазначені дослідження не показують, чи може прогестерон зменшити ризик викидня та збільшити рівень живонародженості. Лікування прогестероном перорально може відігравати певну роль у зменшенні ризику викиднів, однак на даний момент його використання не рекомендоване до моменту отримання більш переконливих результатів плацебо-контрольованих досліджень.

Чи існують переконливі докази щодо появи будь-яких аномалій розвитку плода при додатковому застосуванні прогестерону під час вагітності (у пероральній/ін'єкційній/вагінальній/ректальній формі)?

Оцінка віддалених наслідків лікування прогестероном під час вагітності,

особливо протягом I триместру, є надзвичайно складною, головним чином через комплексний вплив різних факторів. На сьогодні у жодному дослідженні не повідомлялося про будь-які віддалені негативні результати прийому прогестерону або гестагенів у I триместрі [31]. У дослідженнях, включених до даного огляду, Coomarasamy et al. [13] не виявили статистичних відмінностей щодо розвитку вроджених аномалій плода між групою отримання прогестерону та групою плацебо. Крім того, на сьогоднішній день немає жодних доказів, які свідчили б про те, що застосування дидрогестерону [14] пов'язане з ризиком розвитку вроджених аномалій плода [31].

Чи існують переконливі дані щодо безпечності застосування прогестерону під час вагітності (у пероральній/ін'єкційній/вагінальній/ректальній формі)?

У жодній публікації не вивчалася безпечність застосування прогестерону у пацієнок із повторним викиднем. Проте існують переконливі докази щодо безпечності використання прогестерону у сфері репродуктивної медицини, репродуктивної ендокринології та лікування безпліддя, які базуються на великому досвіді та його застосуванні у багатьох пацієнтів протягом тривалого часу [31].

Чи існують чіткі рекомендації щодо рекомендованої дози прогестерону при повторних викиднях у I триместрі?

Після вивчення двох публікацій, включених до цього огляду, не було виявлено переконливих доказів щодо переваг застосування прогестерону в конкретній дозі та при певному шляху введення у пацієнок, які мали повторні викидні в анамнезі.

Чи існує певний тип прогестерону, який матиме сприятливий вплив на вагітність при повторних викиднях у I триместрі?

У дослідженні Coomarasamy et al. [13] не було показано, що застосування мікронізованого прогестерону вагінально мало позитивний вплив у жінок із повторними викиднями.

В іншому дослідженні [14] вивчався вплив застосування дидрогестерону перорально, який вважається подібним до ендогенно виробленого прогестерону за своєю молекулярною структурою, а також має високу спорідненість із рецепторами прогестерону [14]. Дидрогестерон може сприятливо впливати на перебіг вагітності у жінок із повторними викиднями, однак необхідно більше переконливих наукових даних для формування чітких рекомендацій.

Чи має певний спосіб застосування прогестерону позитивний вплив на перебіг вагітності при повторних викиднях у I триместрі?

Після перегляду даних трьох досліджень, включених до цього огляду, не було встановлено чітких переваг застосування певного шляху введення прогестерону у пацієнок із повторним викиднем. В одному з досліджень при використанні прогестерону вагінально не було виявлено його позитивного впливу на пацієнок, які мали повторні викидні в анамнезі [13]. В іншому

дослідженні використання прогестерону перорально мало позитивний вплив на перебіг вагітності у жінок із повторними викиднями в анамнезі. Однак після ретельного аналізу даного дослідження було встановлено, що станом на сьогодні його неможливо рекомендувати до моменту отримання більш переконливих даних плацебо-контрольованих досліджень. На основі узагальнення результатів досліджень було виділено загальні рекомендації щодо застосування прогестерону під час вагітності (таблиця).

Застосування прогестерону перорально

Призначення прогестерону вагінально, ректально і парентерально забезпечує вищу біодоступність препарату, однак пероральний шлях, імовірно, є більш прийнятним [32]. Серед досліджень, включених до цього огляду, тільки в одному прогестерон призначали перорально жінкам, які мали повторні викидні в анамнезі [14].

Чи має пероральний прийом прогестерону під час вагітності сприятливий вплив на запобігання повторним викидням у I триместрі?

У 2005 році El-Zibdeh провів рандомізоване контрольоване дослідження за участю 180 жінок, яких було розподілено у три групи. Дві групи лікування отримували 10 мг дидрогестерону перорально двічі на день або 5000 МО хоріонічного гонадотропіну людини внутрішньом'язово кожні чотири дні з моменту підтвердження вагітності до 12-го тижня гестації [14]. Контрольна група пацієнтів не отримувала додаткового лікування. Частота викиднів була значно нижчою у групі дидрогестерону порівняно з контрольною групою (13,4% проти 29%; $p \leq 0,05$). Різниця між обома групами лікування не спостерігалася. Однак у методології дослідження були окремі неточності, пов'язані з неправильним процесом рандомізації пацієнтів та відсутністю рандомованого розподілу учасників, що свідчить про необхідність подальших наукових досліджень, спрямованих на вивчення сприятливого впливу застосування прогестерону перорально при повторних викиднях у I триместрі.

Чи сприятливо впливає прийом прогестерону перорально на запобігання розвитку повторних викиднів у I триместрі вагітності?

Після всебічного огляду літератури не було виявлено переконливих даних щодо переваг прекоцепційного прийому прогестерону для профілактики повторної втрати вагітності в I триместрі. Автори вважають, що прийом прогестерону перорально до моменту зачаття може мати переваги порівняно із прийомом препарату, розпочатим після отримання позитивного тесту на вагітність.

Чи існують переконливі дані щодо розвитку будь-яких аномалій плода при прийомі прогестерону перорально під час вагітності?

Селективність дидрогестерону щодо рецепторів прогестерону є дуже високою. При цьому залишається невідомим, чи призводить його застосування до андрогенних змін у плода та чи не впливає на вироблення плацентарного прогестерону [32-34].

Продовження на стор. 6.

Використання прогестерону при повторній втраті вагітності у I триместрі: гайдлайн FIGO 2023

Продовження. Початок на стор. 4.

Таблиця. Узагальнені рекомендації щодо застосування прогестерону під час вагітності

Рекомендація	Якість доказів	Сила рекомендації
6.1. Застосовувати прогестерон під час вагітності в цілому не рекомендовано, оскільки не було виявлено його позитивного впливу на запобігання повторним викидням у I триместрі	⊕⊕⊕⊕	Сильна
6.2. Оскільки немає переконливих наукових даних щодо впливу різних типів прогестерону (перорально/ін'єкційно/вагінально/ректально) під час вагітності на розвиток будь-яких аномалій плода, призначення його емпірично або в рамках клінічних випробувань не є протипоказаним	⊕⊕⊕⊖	Слабка
6.3. Оскільки немає переконливих наукових даних щодо безпечності застосування різних типів прогестерону під час вагітності (перорально/ін'єкційно/вагінально/ректально), призначення його емпірично або в рамках клінічних випробувань не є протипоказаним	⊕⊕⊕⊖	Слабка
6.4. Оскільки немає переконливих наукових даних щодо того, що певна доза прогестерону має сприятливий вплив на запобігання загрози повторних викиднів у I триместрі, призначення будь-якої дози прогестерону емпірично або в рамках клінічних випробувань не є протипоказаним	⊕⊕⊕⊖	Слабка
6.5. Оскільки немає переконливих наукових даних щодо того, що певний тип прогестерону має сприятливий вплив на запобігання загрози повторних викиднів у I триместрі, призначення будь-якого типу прогестерону емпірично або в рамках клінічних випробувань не є протипоказаним	⊕⊕⊕⊖	Слабка
6.6. Оскільки немає переконливих наукових даних щодо того, що певний шлях застосування прогестерону має сприятливий вплив на запобігання загрози повторних викиднів у I триместрі, призначення прогестерону будь-яким шляхом емпірично або в рамках клінічних випробувань не є протипоказаним. На думку авторів, є певні обмеження щодо застосування прогестерону ін'єкційно в країнах із низьким рівнем доходу через необхідність відповідних умов його зберігання та високу вартість	⊕⊕⊕⊖	Слабка

У дослідженні El-Zibdeh [14] у групі жінок, які отримували дидрогестерон й у яких вагітність завершилася живонародженням, виникнення вроджених вад розвитку відмічалось у двох випадках: один був пов'язаний із розвитком неімунної водянки, інший – з дефектом нервової трубки. При порівнянні отриманих результатів із контрольною групою суттєвих відмінностей встановлено не було.

Чи існує оптимальна доза, у якій застосування прогестерону буде мати переваги щодо запобігання повторним викидням у I триместрі вагітності, і якщо так, то яка це доза?

Як зазначалося раніше, було виявлено тільки одне рандомізоване контрольоване дослідження, у якому прогестерон призначався перорально в I триместрі вагітності у формі дидрогестерону [14]. У цьому дослідженні використовували дидрогестерон у дозі

10 мг двічі на добу перорально [14]. Таким чином, добова доза 20 мг є оптимальною; однак слід враховувати обмеження цього дослідження та невелику кількість клінічних випробувань у цьому напрямку.

Застосування прогестерону вагінально

Згідно з настановою Національного інституту здоров'я та досконалості медичної допомоги Великобританії (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE), рекомендовано призначати 400 мг мікронізованого прогестерону вагінально двічі на день жінкам за наявності у них вагінальної кровотечі (загроза викидня) та підтвердженій шляхом ультразвукового дослідження вагітності, якщо в анамнезі в них був попередній викидень [35]. У даному дослідженні препарат застосовували вагінально, оскільки, на думку авторів, такий шлях введення міг забезпечити створення найвищої концентрації прогестерону в матці [36].

Чи сприятливо впливає призначення прогестерону вагінально під час вагітності на запобігання загрози викидня у жінок із повторним викиднем у I триместрі?

Було проведено велике багатоцентрове подвійне сліпе рандомізоване дослідження Coomarasamy et al. [13] за участю 836 жінок, які мали повторні викидні з невідомих причин та отримували мікронізований прогестерон вагінально або плацебо. Лікування розпочинали з моменту отримання позитивного результату тесту на вагітність до завершення 12 тижнів гестації. За результатами дослідження, не було виявлено різниці щодо кількості живонароджених дітей у жінок із повторним викиднем із невідомих причин, які отримували прогестерон вагінально. Не було також суттєвих відмінностей між групами дослідження щодо частоти розвитку побічних ефектів. Ці результати мали розбіжності з отриманими попередніми даними Кокранівського аналізу, який свідчив про користь терапії прогестероном у I триместрі вагітності [37]. Однак даний огляд ґрунтувався на результатах невеликих досліджень, які мали певні обмеження у їх методології. У когортному дослідженні Hussain et al. [30], яке не було включено до цього огляду, вивчалася ефективність застосування вагінальних песаріїв із природним прогестероном у 206 жінок із повторним викиднем, у яких було виявлено субнормальну секрецію прогестерону на ранніх термінах вагітності, визначену шляхом вимірювання його рівня в сироватці крові в день позитивного тесту на вагітність і через 48 годин. У дослідженні не було виділено контрольну групу. Воно не показало статистично значущого зниження частоти наступних викиднів у жінок із трьома попередніми викиднями, натомість як у жінок із чотирма попередніми викиднями результати свідчили про статистично значущий вплив препарату на зниження частоти наступних викиднів.

Чи має застосування вагінального прогестерону перед зачаттям сприятливий вплив на запобігання повторним викидням у I триместрі?

У жодному дослідженні не вивчалася застосування прогестерону вагінально до моменту зачаття. Водночас у статті Ismail et al. [38] повідомлялося про рандомізоване контрольоване дослідження, проведене з метою оцінки ефективності застосування прогестерону у період від початку ранньої лютеїнової фази до моменту підтвердження вагітності для запобігання ризику викидня у жінок з анамнезом повторних викиднів із невідомих причин. Однак дану статтю було відкликано, тому жодних висновків зроблено не було.

Чи існують переконливі дані щодо розвитку будь-яких аномалій плода при застосуванні прогестерону вагінально під час вагітності?

Виходячи з даних досліджень, включених до цього огляду, Coomarasamy et al. [13] не виявили статистичних відмінностей розвитку вроджених аномалій між групами застосування прогестерону та плацебо.

Чи існує оптимальна доза застосування прогестерону вагінально, яка буде мати переваги щодо запобігання повторним викидням у I триместрі, і якщо так, то яка це доза?

Природний прогестерон, доступний на фармацевтичному ринку у вигляді мікронізованого вагінального гелю або песаріїв, має схожу хімічну структуру із прогестероном, який продукується організмом жінки. У сучасній літературі немає чітких доказів щодо переваг застосування конкретної дози прогестерону при застосуванні його будь-яким шляхом у пацієнок з анамнезом повторних викиднів. У дослідженні Coomarasamy et al. [13] учасники після отримання позитивних результатів тесту на вагітність були рандомно розподілені у групу отримання вагінальних супозиторіїв, що містять 400 мг мікронізованого прогестерону, двічі на день або у групу призначення плацебо. Це дослідження не виявило сприятливого впливу лікування на жінок із повторними викиднями. Доза (400 мг двічі на добу), у якій застосовували препарат, відповідала межі верхньої терапевтичної дози. NICE також рекомендує застосовувати прогестерон у дозі 400 мг двічі на день у пацієнок із загрозою викидня [35], проте, на думку експертів, наразі недостатньо доказів, щоб рекомендувати використання прогестерону вагінально при повторних викиднях.

Застосування прогестерону ректально

Хоча прогестерон можна вводити перорально, вагінально, ректально та внутрішньом'язово [39, 40], застосування прогестерону ректально для профілактики повторних викиднів у I триместрі не було описано в сучасній літературі. Незважаючи на це деякі дослідження вивчали ефективність ректального застосування прогестерону для лікування або профілактики ускладнень, пов'язаних із вагітністю. Зокрема, у двох рандомізованих контрольованих дослідженнях було описано результати застосування прогестерону ректально під час вагітності для запобігання передчасним пологам [39, 41]. В інших двох клінічних випробуваннях вивчали ефективність застосування прогестерону ректально для підтримки лютеїнової фази менструального циклу після запліднення *in vitro* [42, 43]. При ректальному шляху застосування препарату у пацієнок відмічалися закрепи та підвищене газоутворення на додаток до незмів і ректального свербежу [42, 43].

Чи впливає позитивно ректальне застосування прогестерону під час вагітності на запобігання повторним викидням у I триместрі?

У літературі не було виявлено жодного дослідження, у якому прогестерон застосовували ректально для профілактики повторних викиднів у I триместрі вагітності.

Чи впливає позитивно ректальне застосування прогестерону до моменту зачаття на запобігання повторним викидням у I триместрі?

У літературі сьогодні немає переконливих доказів щодо використання прогестерону ректально у період до моменту зачаття для запобігання повторним викидням у I триместрі.

Чи існують переконливі дані щодо розвитку будь-яких аномалій плода при застосуванні прогестерону ректально під час вагітності?

Попри те що дані про використання прогестерону ректально для запобігання повторним викидням у I триместрі відсутні, у літературі зустрічаються джерела, у яких зазначається про застосування препарату для підтримки лютеїнової фази та профілактики передчасних пологів, у яких не описуються випадки розвитку аномалій плода у жінок, що отримували прогестерон [39, 41-43].

Чи існує оптимальна доза прогестерону, яка матиме сприятливий вплив на запобігання повторним викидням у I триместрі, і якщо так, то яка це доза?

У сучасній літературі немає жодних досліджень із цього питання.

Застосування прогестерону ін'єкційно

Біодоступність прогестерону залежить від шляху введення. Найвища варіабельність концентрації прогестерону в сироватці крові спостерігалася при пероральному застосуванні препарату, що пов'язано з його метаболізмом у печінці. Застосування прогестерону вагінально та ректально асоціюється з меншою варіабельністю його концентрації в сироватці крові. При парентеральному введенні (внутрішньом'язово) відзначається швидке накопичення концентрації прогестерону в сироватці крові та підвищення його біодоступності [40].

Що стосується профілактики повторних викиднів у I триместрі вагітності, то в сучасній літературі не було виявлено жодних досліджень, у яких би використовували прогестерон внутрішньом'язово. Дослідження, у яких застосовували прогестерон парентерально при загрозі викиднів, не показали покращення перебігу вагітності порівняно із групою використання плацебо, ніфедипіну або прогестерону вагінально [44-46]. Систематичний огляд і метааналіз Saccone et al. [47] виявили значне зниження частоти спонтанних передчасних пологів, яке відмічається у термін до 34 тижнів вагітності у жінок, які отримували прогестерон вагінально, порівняно з тими, хто отримували прогестерон внутрішньом'язово.

Чи є сприятливим застосування прогестерону ін'єкційно під час вагітності щодо запобігання повторним викидням у I триместрі?

У жодному дослідженні, описаному в сучасній літературі, не використовували даний спосіб введення для профілактики повторних викиднів у I триместрі.

Чи впливає сприятливо ін'єкційне введення прогестерону до моменту зачаття на запобігання повторним викидням у I триместрі?

Не було виявлено жодного дослідження з доступних сучасних літературних

джерел, у якому прогестерон внутрішньом'язово використовувався би з цією метою.

Чи існують переконливі дані щодо розвитку будь-яких аномалій плода при ін'єкційному застосуванні прогестерону під час вагітності?

Хоча в доступній літературі немає досліджень щодо застосування прогестерону внутрішньом'язово для профілактики повторних викиднів у I триместрі, утім під час його використання при загрозі викидня та для запобігання передчасним пологам не відмічалось зростання частоти аномалій плода [44-48].

Чи існує оптимальна доза прогестерону, яка має сприятливий вплив на запобігання повторним викидням у I триместрі, і якщо так, то яка це доза?

Жодних доказів у літературі щодо дози застосування препарату не встановлено.

Висновки

Відомо, що прогестерон необхідний для підтримки здорової вагітності завдяки його впливу на підготовку ендометрія до імплантації ембріона та ролі в модуляції імунної системи. Однак точна роль прогестерону у збереженні вагітності до кінця не вивчена. Наукові дані застосування прогестерону свідчать про відсутність значущої різниці показників живонародженості у групі отримання прогестерону порівняно із плацебо. Утім у літературі наявні наукові дані щодо сприятливого впливу синтетичного перорального прогестерону. Крім того, застосування прогестерону починаючи з лютеїнової фази менструального циклу може бути більш ефективним у запобіганні викидню, ніж його призначення після отримання позитивного тесту на вагітність.

Перспективи подальших досліджень

Перспективним може розглядатися проведення великих рандомізованих контрольованих досліджень, які б охоплювали велику когорту жінок із повторними викиднями в анамнезі, що могло б допомогти отримати більш конкретні висновки щодо ефективності та безпечності застосування прогестерону.

Порівняння різних типів прогестагенів є важливим у плані майбутніх досліджень, враховуючи невелику кількість досліджень у цьому напрямку. Існує потреба в отриманні наукових даних порівняння різних типів прогестагенів, таких як дидрогестерон або 17-гідроксипрогестерон, різних шляхів уведення, а також початку застосування препарату, часу та тривалості його введення.

Потрібні подальші дослідження з моделювання захворювання, які можуть допомогти в розробці діагностичних підходів, включаючи скринінг порушень лютеїнової фази менструального циклу. Крім того, важливими є розробка та валідація тестів і терапевтичних випробувань для визначення ефективності застосування прогестерону в лютеїнову фазу циклу та при інших потенційних втручаннях.

Реферативний огляд підготувала **Ірина Неміш**

За матеріалами: Shehata H., Elfituri A., Doumouchtsis S.K. et al. (2023) FIGO Good Practice Recommendations on the use of progesterone in the management of recurrent first-trimester miscarriage. Int J Gynaecol Obstet. 2023 Apr;161 Suppl 1:3-16. doi: 10.1002/ijgo.14717.

The advertisement shows a smartphone displaying the Health-ua.com website. The website header includes the logo and the text 'СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ МЕДИЧНИЙ ПОРТАЛ'. Below the header, there are navigation links for 'COVID-19', 'НОВИНИ', 'CONSILIUM', 'КОНФЕРЕНЦІЇ', 'МЕДИЧНА ГАЗЕТА', 'ПРАКТИКУМ', 'ЖУРНАЛИ', and 'СТАТІЇ'. The main content area features a grid of articles under the heading 'АКТУАЛЬНА ТЕМА'. The articles include: 'Консиліум. Редакційний блог «Офтальмохірургія»', 'Консиліум. Редакційний блог «Контактна корекція»', 'Консиліум. Редакційний блог «Лікування»', 'Актуальна тема «Нова ера в лікуванні раку грудної залози»', 'Актуальна тема «Таргетна терапія меланоми з мутаціями BRAF»', and 'Актуальна тема «Таргетна терапія саркоми»'. At the bottom of the advertisement, there is a QR code and the text: 'Електронні версії усіх друкованих видань Видавничого дому «Здоров'я України» на одному сайті!'.

З М І С Т

АКУШЕРСТВО

Використання прогестерону при повторній втраті вагітності у I триместрі: гайдлайн FIGO 2023

У статті представлено оновлені настанови Міжнародної федерації гінекології та акушерства (FIGO) щодо застосування прогестерону в менеджменті повторних викиднів у I триместрі вагітності. Наведено науково обґрунтовані клінічні рекомендації щодо використання прогестерону як частини стратегії ведення пацієнток групи високого ризику повторного викидня. 4-7

Стандарт медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)»

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.08.2023 № 1401 9-13

Фетальне програмування: вплив нутритивної підтримки у прегравідарному періоді та під час вагітності на здоров'я майбутньої дитини

Концепція фетального, або епігенетичного, програмування є нагальним питанням сучасної акушерської практики. Програмування хвороб дитини та дорослої людини у внутрішньоутробному онтогенезі розглядається як феномен, що визначає якість здоров'я як індивіда, так і суспільства загалом. Науковці вже довели прямий причинно-наслідковий зв'язок між несприятливим перебігом вагітності, у тому числі викликаним дефіцитом нутрієнтів у материнському організмі, та народженням дітей із низькою масою тіла, а також високим ризиком розвитку синдрому X (або метаболічного синдрому), ішемічної хвороби серця, порушень згортання крові та розладів обмінних процесів уже в дорослому організмі. 16-17

Приєм препаратів кальцію під час вагітності: сучасні дослідження та рекомендації

Стан здоров'я та харчовий статус матері й новонародженого є важливими соціально-економічними показниками будь-якої країни. Кальцій, як найпоширеніший мінерал в організмі, необхідний для забезпечення багатьох функцій, таких як скорочення м'язів, формування кісток, активність ферментів і гормонів. Під час вагітності в організмі жінки відбувається ряд фізіологічних змін, спрямованих на збереження материнського гомеостазу й одночасне забезпечення росту та розвитку плода. Ці зміни безпосередньо впливають на метаболізм кальцію і проявляються такими процесами, як зниження рівня альбуміну, збільшення об'єму позаклітинної рідини, посилення функції нирок і транспортування кальцію через плаценту. З огляду на вищезазначене у вагітних доцільно контролювати й за необхідності коригувати рівень цього макроелемента. . . 21

ГІНЕКОЛОГІЯ

Сучасні стратегії лікування больового синдрому при ендометріозі: фокус на рекомендації ESHRE

Незважаючи на розвиток сучасної медицини ендометріоз залишається одним із найбільш поширених гінекологічних захворювань, яке уражає до 10% жінок репродуктивного віку. До найтривожніших симптомів ендометріозу слід віднести больовий синдром, який може суттєво обмежувати фізичну активність, впливати на психологічний стан і значно знижувати якість життя жінки. Як ефективний метод купірування болю й покращення якості життя пацієнток з ендометріозом у клінічній практиці активно застосовуються нестероїдні протизапальні препарати. 22

ОНКОГІНЕКОЛОГІЯ

Інноваційні підходи до менеджменту ВПЛ-інфекції та передракових змін шийки матки: нові можливості елімінації

За матеріалами конференції

О.О. Білодід

У сучасному світі зростає увага до питань жіночого здоров'я, зокрема до менеджменту папіломавірусної інфекції та передракових змін шийки матки. З огляду на складність патофізіології цих станів та їх вплив на життя жінок, пошук інноваційних стратегій лікування та профілактики стає надзвичайно актуальним. Ця проблематика знайшла відображення у програмі науково-практичної конференції «Здоров'я жінки від А до Я. Майбутнє планування: акушерсько-гінекологічна допомога та збереження репродуктивного здоров'я (у тому числі в умовах надзвичайних ситуацій)». Одну із цікавих та актуальних доповідей представила Ольга Олександрівна Білодід, лікар-онкогінеколог, кандидат медичних наук, доцент кафедри онкології, променевої терапії, онкохірургії та паліативної допомоги Харківського національного медичного університету, голова Харківського регіону з кольпоскопії та цервікальної патології УАКЦП, член Американської та Міжнародної асоціації з кольпоскопії та цервікальної патології (ASCCP та IFCPC), медичний директор Харківського передплевального центру «МОЛЕКУЛА», у якій висвітлила сучасні можливості елімінації вірусу папіломи людини. 3

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Харчовий раціон жінки 40+: нутриціологічна та дієтологічна практика

За матеріалами конференції

У рамках семінару з міжнародною участю «Дні нутриціолога та дієтолога» в Одесі провідні українські та зарубіжні гастроентерологи й нутриціологи поділилися власним досвідом і останніми досягненнями в галузі лікування розладів шлунково-кишкового тракту. Програма заходу була насиченою та включала доповіді, панельні дискусії, семінари і майстер-класи. 18-19

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Провідні спеціалісти зі США провели в Києві безкоштовні консультації й огляд пацієнтів зі стомами

27 українських пацієнтів зі стомами отримали консультації та були оглянуті спеціалістами з Northwestern Memorial Hospital (Чикаго, США). Це стало можливим завдяки співпраці ДНП «Національний інститут раку», ГО «Українська спілка онкохірургів» та фонду підтримки дорослих онкопацієнтів Inspiration Family з провідними лікарями Чикаго. 15

Bionorica®

Дослідження III фази: Канефрон® Н як монотерапія в лікуванні гострих неускладнених циститів

Антибіотик

Канефрон® Н

Результати клінічного дослідження*:
Канефрон® Н (BNO 1045) за ефективністю порівнянний з лікуванням антибіотиками

Склад Канефрону Н - спеціальний екстракт BNO 1040 (краплі), BNO 1045 (таблетки) з листя розмарину, трави золототисячника та кореня любистку

Трава золототисячника | Листя розмарину | Корінь любистку

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я. **Канефрон® Н** Таблетки, вкриті оболонкою: 1 таблетка містить порошок висушених лікарських рослин: трави золототисячника 18 мг, кореня любистку 18 мг, листя розмарину 18 мг. Краплі оральні: 100 г крапель містять 29 г водно-спиртового екстракту (1:16) з лікарських рослин: трави золототисячника 0,6 г, кореня любистку 0,6 г, листя розмарину 0,6 г. **Показання.** Для комплексного лікування запальних захворювань сечовивідних шляхів. **Протипоказання.** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Пептична виразка у стадії загострення. Краплі не слід застосовувати як монотерапію у випадках порушень функції нирок. Не слід застосовувати Канефрон® Н для діуретичної терапії набряків, спричинених серцевою або нирковою недостатністю. Умови відпуску. Без рецепту. *Wagenlehner et al: Неантибактеріальна рослинна терапія (BNO 1045) в порівнянні з антибактеріальною терапією (фосфоміцину триметамол) при лікуванні гострих неускладнених інфекцій нижніх сечовивідних шляхів у жінок: подвійне сліпе, в паралельних групах, рандомізоване багатоцентрове дослідження неменшої ефективності фази III Urol Int. 2018; 101 (3): 327-336. doi: 10.1159 / 00049368. Epub 2018 ver. **Канефрон® Н таблетки, в/о:** Р.П. № UA/4708/02/01 від 20.10.2021; **Канефрон® Н краплі оральні:** Р.П. № UA/4708/01/01 від 20.10.2021. **Виробник:** Біонорика СЕ (Німеччина). ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 594-66-88, e-mail: info@bionorica.ua.

Стандарт медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)»

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.08.2023 № 1401

Загальна частина

Назва діагнозу: Аборт (штучне переривання вагітності)

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

- O04 Медичний аборт
- O05 Інші види аборту
- O06 Неуточнений аборт
- O07 Невдала спроба аборту

Розробники:

Резніченко Галина Іванівна – професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, д.мед.н., заступник голови робочої групи з клінічних питань;

Банніков Володимир Іванович – експерт із репродуктивного здоров'я IPPF/Міжнародної федерації планування сім'ї (за згодою);

Бойчук Алла Володимирівна – завідувач кафедри акушерства та гінекології факультету післядипломної освіти Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського;

Грищенко Ольга Валентинівна – завідувач кафедри акушерства та гінекології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна;

Квашенко Валентина Павлівна – провідний експерт з акушерства та гінекології медичного центру ТОВ «Фамілія Медікус», д.мед.н., професор (за згодою);

Макарчук Оксана Михайлівна – професор кафедри акушерства та гінекології імені професора І.Д. Ланового Івано-Франківського національного медичного університету, д.мед.н.;

Майструк Галина Павлівна – керівник Благодійного фонду «Здоров'я жінки та планування сім'ї» (за згодою);

Трещак Іван Іванович – лікар акушер-гінеколог комунального неприбуткового підприємства «Ужгородський пологовий будинок» Ужгородської міської ради, к.мед.н. (за згодою);

Хаджинова Наталія Афанасіївна – начальник відділу реалізації політики у сфері медичного забезпечення Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України;

Шаповал Ольга Сергіївна – професор кафедри акушерства та гінекології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, д.мед.н.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення:

Гуленко Оксана Іванівна – начальник відділу стандартизації медичної допомоги державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.

Рецензенти:

Камінський В'ячеслав Володимирович – в.о. ректора Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, академік НАМН України, д.мед.н., професор;

Посохова Світлана Петрівна – професор кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, д.мед.н., заслужений лікар України.

Дата оновлення стандартів — 2028 рік.

Список скорочень

- ВА** – вакуумна аспірація
- ВІЛ** – вірус імунодефіциту людини
- ВМК** – внутрішньоматковий контрацептив
- ЗОЗ** – заклад охорони здоров'я
- ЕВА** – електрична вакуумна аспірація
- ІФА** – імуноферментний аналіз
- ІПСШ** – інфекція, що передається статевим шляхом
- КМП** – клінічний маршрут пацієнта
- КОК** – комбінований оральний контрацептив
- МА** – медичний аборт
- МВА** – мануальна вакуум-аспірація
- НПЗЗ** – нестероїдний протизапальний засіб
- РМП** – реакція мікропреципітації
- РПГА** – реакція прямої гемаглютинації
- СМД** – стандарти медичної допомоги
- УЗД** – ультразвукове дослідження
- Форма № 003-1/о** – форма первинної облікової документації № 003-1/о «Медична карта переривання вагітності № ___», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 травня 2013 року № 423, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 27 червня 2013 року за № 1099/23631
- Форма № 003/о** – форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № ___», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975

Розділ I. Організація надання медичної допомоги під час медичного аборту

1. Положення Стандарту медичної допомоги

Жінки з небажаною вагітністю звертаються по медичну допомогу для діагностики терміну вагітності, встановлення локалізації плодового яйця та вибору методу переривання вагітності. Медична допомога надається як амбулаторно, так і стаціонарно у ЗОЗ державної або приватної форми власності, обраному пацієнткою незалежно від місця реєстрації чи фактичного проживання.

Надання вичерпної інформації та проведення консультування щодо можливостей та умов переривання вагітності (медикаментозні та хірургічні методи) відповідно до додатка 1 до цього Стандарту, наявність доступу до належних медичних послуг або можливість перенаправлення у разі вибору жінкою хірургічного методу переривання вагітності здійснює підготовлений медичний працівник (лікар-фахівець), який несе відповідальність за завершення даної процедури.

2. Обґрунтування

У разі прийняття жінкою рішення щодо переривання вагітності у термін, визначений законодавством, послуги мають бути надані за використанням безпечних методик та дотриманням репродуктивних прав жінки. Аборти, які виконуються із застосуванням небезпечних методик (дилатація, кюретаж та ін.), є причиною ускладнень, що негативно впливають на стан репродуктивного здоров'я жінки та завдають значних економічних збитків. Використання нових науково обґрунтованих технологій переривання небажаної вагітності, до- та післяабортне консультування, профілактика інфекційних ускладнень суттєво впливають на

зниження рівня материнської смертності та збереження репродуктивного здоров'я жінки.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Наявність локально узгоджених письмових документів, що координують та інтегрують медичну допомогу для забезпечення своєчасного направлення, діагностики та лікування пацієнток із небажаною вагітністю.

2) Проведення операції (процедури) штучного переривання небажаної вагітності у вагітної жінки віком до 14 років або у недієздатної особи здійснюється за заявою її законних представників. Штучне переривання вагітності у вагітної жінки, яка досягла 14 років, здійснюється за її згодою відповідно до статті 284 Цивільного кодексу України.

3) Пацієнтки і, за потреби, законні представники забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнтки, терміну вагітності, плану обстеження, процедури проведення переривання вагітності, можливих ускладнень, післяабортної контрацепції, контактів для отримання додаткової інформації та консультації відповідно до Пам'ятки для пацієнтки, наведеної в додатку 1 до цього Стандарту.

4) У зв'язку із процедурою (операцією) штучного переривання вагітності за бажанням жінки медичний висновок про тимчасову непрацездатність видається на 3 дні з урахуванням дня операції. У разі виникнення ускладнень під час процедури (операції) або в післяабортному періоді медичний висновок про тимчасову непрацездатність видається на весь період тимчасової непрацездатності.

5) У випадках переривання вагітності з інших причин медичний висновок про тимчасову непрацездатність видається для госпіталізації жінки на весь період.

Бажані:

6) ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнткам із небажаною вагітністю, розміщують інформаційні матеріали стосовно методів контрацепції.

Розділ II. Визначення гестаційного терміну вагітності та обстеження

1. Положення Стандарту медичної допомоги

Визначення терміну вагітності є обов'язковим етапом, що передуює вибору найбільш оптимального методу переривання вагітності.

Визначення терміну вагітності може здійснюватися тільки на підставі дати настання останньої менструації або в комплексі з використанням підтвердженого інструменту (наприклад, мобільного додатка, чек-листа або календаря вагітності), що дає жінці можливість самостійно оцінити термін вагітності.

Коли дата настання останньої менструації не відома, гестаційний вік можна визначити шляхом клінічного/фізикального обстеження (бімануального обстеження органів малого таза та черевної порожнини) або за допомогою УЗД.

Необхідно використовувати найменш інвазивний метод, відповідний для даної ситуації і доступний у ЗОЗ.

Як при медикаментозному, так і при хірургічному перериванні вагітності не рекомендовано застосування УЗД як умови для надання послуг із переривання вагітності.

Продовження на стор. 10.

Стандарт медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)»

Продовження. Початок на стор. 9.

2. Обґрунтування

Обмеження щодо терміну гестації окремо або разом з іншими регуляторними вимогами, включаючи підходи, що базуються на обґрунтуванні причин, призводять до затримок у доступі до переривання вагітності, особливо у жінок, які звертаються за послугами з переривання вагітності, у яких термін вагітності наближається до граничного, а також у жінок, як проживають у місцевостях з обмеженим доступом до ЗОЗ. Доведено, що обмеження терміну гестації пов'язані зі збільшенням показників материнської смертності та несприятливих медичних результатів.

Надмірне, необґрунтоване призначення лабораторних, інструментальних та інших досліджень знижує доступність проведення процедури (операції) переривання небажаної вагітності на малих термінах гестації.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Перед проведенням абортів лікар акушер-гінеколог повинен підтвердити наявність вагітності і визначити термін гестації.

2) Діагностика небажаної вагітності проводиться на підставі анамнезу, клінічних ознак, даних загального фізикального і гінекологічного обстеження.

3) Лабораторні обстеження: оцінка мікробіоценозу піхви (мазок на флору, визначення групи крові та резус-фактора у першовагітної).

Бажані:

4) Загальний аналіз крові.

5) Кров на сифіліс (РМП, РПГА, ІФА).

6) Аналіз крові на ВІЛ (за добровільною згодою після дотестового консультування).

7) За наявності екстрагенітальної патології обстеження жінок проводиться згідно із чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

8) У разі підозри на ектопічну вагітність обстеження пацієнток проводиться згідно із чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

9) У разі клінічної необхідності рекомендовано провести УЗД.

Розділ III. Медикаментозне переривання вагітності

1. Положення Стандарту медичної допомоги

Медикаментозний аборт — безпечний та ефективний метод переривання вагітності за допомогою лікарських засобів антипрогестагенної дії (міфепристон) та простагландинів (мізопропростол). Проведення медикаментозного абортів у терміні вагітності до 12 тижнів є оптимальним і може виконуватись в умовах денного стаціонару/стаціонару, вдома або за допомогою телекомунікаційних послуг.

2. Обґрунтування

При медикаментозному аборті задля штучного абортів (як при життєздатній, так і при нежиттєздатній вагітності) на ранніх термінах гестації застосовуються схеми з одноразовими дозами або комбіновані схеми лікарських засобів для прийому у певній послідовності, у певних дозуваннях та через певні шляхи введення.

Медикаментозне переривання вагітності включає в себе надання інформації щодо процедури; встановлення вірогідної причини настання небажаної вагітності; проведення консультування щодо сучасних методів контрацепції з урахуванням особливостей післяабортного періоду.

Особливість процедури медикаментозного абортів дає жінці можливість самостійно виконати процес поза межами медичного закладу (наприклад, вдома), з підтримкою, у разі потреби, та контролем медичного працівника. Такі підходи до самооцінки і самопомоги дозволені у терміні <12 тижнів вагітності.

Ефективність медикаментозного абортів залежить від якісного консультування та чіткого взаєморозуміння між лікарем та пацієнткою протягом усієї процедури.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Проведення процедури медикаментозного переривання небажаної вагітності здійснюється після обов'язкового підписання пацієнткою або її законними представниками інформованої добровільної згоди вагітної жінки на проведення операції (процедури) штучного переривання небажаної вагітності відповідно до нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України.

2) Проведення процедури медикаментозного переривання небажаної вагітності можливе лише до терміну <12 тижнів (як при життєздатній, так і при нежиттєздатній вагітності).

3) Підтвердження відсутності протипоказань до проведення процедури медикаментозного переривання вагітності.

4) Для переривання вагітності рекомендовано застосування схеми послідовного використання міфепристону та мізопростола, зазначеної у додатку 2 до цього Стандарту.

5) Запропонувати препарати для знеболення: НПЗЗ.

6) За наявності показань із метою підтвердження факту завершення абортів рекомендовано провести огляд пацієнтки та УЗД через 10-14 днів.

7) За відсутності ефекту (продовження вагітності, неповний аборт) рекомендовано хірургічне втручання (вакуумна аспірація).

8) Після переривання першої вагітності до 12 тижнів гестації жінкам із резус-негативним типом крові імунізація антирезусним імуноглобуліном не рекомендована.

Бажані:

9) Застосування телемедицини у режимі надання медичних послуг, за якого постачальники послуг та одержувачі або постачальники послуг та консультанти розділені відстанню. Така взаємодія може відбуватися в режимі реального часу (синхронізовано), наприклад телефоном або за допомогою відеоконференції; взаємодія може відбуватися асинхронно (збереження повідомлення та пересилання), коли сторона, що запитує, отримує відповідь на свій запит пізніше, наприклад електронною поштою або у вигляді текстового/відео/аудіоповідомлення.

10) Використання контрацепції бажано розпочинати відразу після точного встановлення факту переривання вагітності та евакуації плодового яйця. За умови відсутності ускладнень можливе застосування всіх методів контрацепції.

Розділ IV. Хірургічне переривання вагітності

1. Положення Стандарту медичної допомоги

Метод ВА (МВА та ЕВА) є одним із безпечних хірургічних методів штучного переривання вагітності у терміні до 12 тижнів.

Методиці МВА слід надавати перевагу, оскільки за рахунок використання шприца-аспіратора та гнучких пластикових канюль зменшується ризик перфорації стінки матки та ушкодження базального шару ендометрія.

Переваги місцевої анестезії перед внутрішньовенним наркозом полягають у зменшенні часу відновлення функцій організму, а постійне перебування жінки у свідомому стані дозволяє медичному фахівцю попередити виникнення можливих ускладнень.

Загальна анестезія не рекомендована як рутинний метод, оскільки пов'язана з високими ризиками побічних ефектів порівняно з іншими методами знеболення.

2. Обґрунтування

Хірургічне переривання вагітності включає надання повної інформації щодо процедури та методів знеболення; оцінку терміну вагітності, дилатацію шийки матки (за необхідності), проведення процедури та оцінку повноти абортів; консультування щодо сучасних методів контрацепції з урахуванням особливостей післяабортного періоду.

Підготовка шийки матки, як і хірургічне переривання вагітності, є безперервним процесом, який здійснює підготовлений медичний працівник (лікар-фахівець), що несе відповідальність за проведення та завершення даної процедури. ВА з міркувань безпеки пацієнтів рекомендовано проводити підготовленими фахівцями — лікарями акушерами-гінекологами.

Потреба в анестезії зростає зі збільшенням терміну вагітності. Ступінь болю варіюється залежно від віку, кількості вагітностей, попередніх вагінальних пологів, дисменореї в анамнезі та рівня тривоги/страху у жінки, яка перериває вагітність, а менша тривалість процедури пов'язана з меншим болем. Знеболювальні лікарські засоби завжди мають бути в наявності, їх слід вводити заздалегідь, передбачаючи початок болю, або надавати жінці на випадок, якщо вони знадобляться їй пізніше вдома.

У випадку вибору тактики ведення неповного абортів рішення має прийматись з урахуванням клінічного стану жінки та переваг у лікуванні. Вичікувальне ведення неповного абортів може бути так само ефективним, як і застосування мізопростола; його можна запропонувати як вибір за умови, якщо пацієнтка поінформована про більш тривалий процес експульсії ембріональних тканин та підвищений ризик неповного спорожнення матки.

Наявність інфекції в нижніх статевих шляхах при хірургічному перериванні вагітності є фактором ризику розвитку інфекцій статевих шляхів після переривання вагітності. Метою введення антибіотиків під час переривання вагітності (профілактики) є запобігання подібним ускладненням хірургічного переривання вагітності. При хірургічному перериванні вагітності, незалежно від ризику запальних захворювань малого таза у жінки, рекомендована періопераційна антибіотикопрофілактика, принципи якої наведені в додатку 3 до цих Стандартів. Проте відсутність антибіотиків не повинна бути обмеженням доступу до послуги переривання вагітності.

Після неускладненого хірургічного переривання вагітності немає необхідності в наступних рутинних відвідуваннях. Пацієнтку необхідно адекватно поінформувати про симптоми вагітності, що триває (що може бути або може не бути ознакою невдалого переривання вагітності), та про інші медичні причини для повторного відвідування медичного працівника, такі як тривала рясна кровотеча, повна відсутність кровотеч при хірургічному перериванні вагітності, біль, який не зменшується із прийомом знеболювальних лікарських засобів, або лихоманка.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Проведення процедури медикаментозного переривання небажаної вагітності здійснюється після обов'язкового підписання пацієнткою або її законними представниками добровільної інформованої згоди вагітної жінки на проведення операції (процедури) штучного переривання небажаної вагітності відповідно до нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України.

2) Проведення процедури хірургічного переривання небажаної вагітності можливе лише до терміну <12 тижнів (як при життєздатній, так і при нежиттєздатній вагітності) і виконується згідно із чинним законодавством за поінформованим бажанням та згодою жінки.

3) Підтвердження відсутності протипоказань до проведення процедури хірургічного переривання вагітності.

4) Метод хірургічного переривання вагітності включає такі компоненти: переабортне консультування щодо особливостей перебігу процедури та знеболення, визначення доцільності призначення антибіотикопрофілактики, підготовка шийки матки (за необхідності), виконання процедури відповідно до методики та обраного методу знеболення, візуальне дослідження видалених тканин, післяабортне консультування. Детальніше процедура хірургічного переривання вагітності описана у додатку 4 до цього Стандарту.

5) Виконання процедури хірургічного аборту необхідно здійснювати з використанням відповідно обраного методу знеболення. Основні принципи знеболення під час процедури переривання вагітності наведено у додатку 5 до цього Стандарту.

6) Динамічний нагляд медичного персоналу за пацієнткою — не менше 2 год після процедури.

7) Після хірургічного переривання вагітності до 12 тижнів гестації жінкам із резус-негативним типом крові імунізація антирезусним імуноглобуліном не рекомендована.

8) Не проводити рутинний кюретаж стінок порожнини матки.

Бажані:

9) Застосування телемедицини у режимі надання медичних послуг, за якого постачальники послуг та одержувачі або постачальники послуг та консультанти розділені відстанню. Така взаємодія може відбуватися в режимі реального часу (синхронізовано), наприклад телефоном або за допомогою відеоконференції; взаємодія може відбуватися асинхронно (збереження повідомлення та пересилання), коли сторона, що запитує, отримує відповідь на свій запит пізніше, наприклад електронною поштою або у вигляді текстового/відео/аудіоповідомлення.

10) Використання контрацепції бажано розпочинати відразу після точного встановлення факту переривання вагітності та евакуації плодового яйця. За умови відсутності ускладнень можливе застосування всіх методів контрацепції.

Розділ V. Профілактика небажаної вагітності після медичного аборту

1. Положення Стандарту медичної допомоги

Оразу після хірургічного або медикаментозного аборту може бути розпочато використання всіх методів контрацепції, включаючи ВМК і гормональні контрацептиви.

2. Обґрунтування

Надання послуг із планування сім'ї для жінки необхідно розпочати одразу після медичного аборту, оскільки здатність до зачаття відновлюється дуже швидко — протягом 2 тижнів після штучного або самовільного аборту, проведеного у I триместрі вагітності, та впродовж 4 тижнів після аборту, що мав місце у II триместрі вагітності. Інволюція матки при цьому відбувається швидко, і навіть бар'єрні методи, такі як шийковий ковпачок або діафрагма, можуть активно використовуватися жінками після аборту, проведеного у I триместрі вагітності. Хірургічна стерилізація може бути проведена безпосередньо після аборту, проте жінка повинна ретельно обдумати своє рішення з урахуванням незворотності методу та ризику можливих ускладнень. До відновлення менструального циклу після аборту необхідно обов'язково використовувати бар'єрні методи або утримуватися від статевих контактів.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Під час консультування жінок до процедури переривання вагітності необхідно надати інформацію щодо методів планування сім'ї, які можна використовувати після операції/процедури медичного аборту.

2) Консультування після аборту слід проводити, коли жінка зможе адекватно сприймати інформацію.

3) Жінка повинна отримати доступну й достовірну інформацію, яка дозволить їй вибрати оптимальний для неї метод контрацепції.

4) Жінка повинна бути поінформована про методи невідкладної контрацепції.

5) Якщо жінка зробила аборт на підставі контрацептивної невдачі методу, який вона застосовувала, слід обговорити з нею питання щодо правильності його використання, розглянути причину контрацептивної невдачі для запобігання негативному ставленню до методів контрацепції або рекомендувати перейти на інший метод контрацепції.

6) Жінка повинна бути поінформована щодо профілактики ІПСШ, включаючи ВІЛ, та можливості застосування методу подвійного захисту (бар'єрна та гормональна контрацепція одночасно).

Бажані:

7) Надати інформацію щодо кожного із сучасних методів контрацепції: механізм дії обраного методу; правила використання; ефективність методу; переваги і недоліки методу; неконтрацептивні властивості методу; зворотність методу; можливі побічні ефекти та небажані явища.

Індикатори якості медичної допомоги

Перелік індикаторів якості медичної допомоги:

1. Наявність у закладах охорони здоров'я клінічного маршруту пацієнта (КМП) із МА.

2. Співвідношення медикаментозного переривання вагітності та МВА+ЕВА до дилатації та евакуації/кюретажу.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта із МА.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги:

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандартів медичної допомоги

«Медичний аборт (I триместр вагітності)».

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів у регіоні.

Якість надання медичної допомоги пацієнткам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинним Стандартам медичної допомоги даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік — 90%

2024 рік та подальший період — 100%.

Інструкція з обчислення індикатора

ЗОЗ, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані подаються лікарями, які надають первинну медичну допомогу; лікарями акушерами-гінекологами ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів із питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані подаються поштою, у тому числі електронною.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів, які надають первинну медичну допомогу, та лікарів акушерів-гінекологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам), зареєстрованих на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, та лікарів акушерів-гінекологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам), зареєстрованих у районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів із питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про лікарів, які надають первинну медичну допомогу, та лікарів акушерів-гінекологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам), зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, та

лікарів акушерів-гінекологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП із МА (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, поданий лікарями, які надають первинну медичну допомогу, та лікарями акушерами-гінекологами (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Співвідношення медикаментозного переривання вагітності та МВА+ЕВА до дилатації та евакуації/кюретажу.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги:

Індикатор ґрунтується на положеннях стандартів медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)».

Даний індикатор характеризує якість і безпеку надання медичної допомоги пацієнткам, яким переривають вагітність.

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік — 70%;

2024 рік та подальший період — 80%.

Інструкція з обчислення індикатора

ЗОЗ, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані подаються лікарями акушерами-гінекологами (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів із питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані подаються поштою, у тому числі електронною.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Знаменник індикатора складає загальна кількість жінок, яким проведено медикаментозний аборт і аборт методом МВА та ЕВА протягом календарного року.

Джерелом інформації є: форма № 003-1/о та форма № 003/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість жінок, яким проведено переривання вагітності методом дилатації та евакуації (кюретажу) протягом 12 місяців.

Джерелом інформації є: форма № 003-1/о та форма № 003/о. Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці Стандарту медичної допомоги

- Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Медичний аборт», 2023 року.
- Постанова Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 року № 144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України».
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522.
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29 «Про внесення змін до первинних облікових форм та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360.
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 236/34519.
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 3 серпня 2021 року № 1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1318/36940.
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України 18 травня 2022 року № 823 «Про затвердження стандарту медичної допомоги «Рациональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою».
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 червня 2023 року № 1102 «Про затвердження п'ятнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

Продовження на стор. 12.

Стандарт медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)»

Продовження. Початок на стор. 9.

Додаток 1 до Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)» (пункт 1 розділу I)

Пам'ятка для пацієнтки

Згідно із законодавством в Україні штучне переривання небажаної вагітності за бажанням жінки може здійснюватися у терміні до 12 тижнів.

Для виконання процедури (операції) штучного переривання небажаної вагітності ви можете звернутися до будь-якого акредитованого закладу охорони здоров'я, незалежно від форми власності та підпорядкування, із максимальним збереженням конфіденційності.

Ви можете обрати лікаря, який буде виконувати процедуру (операцію).

Ви можете обрати метод штучного переривання небажаної вагітності та прийняти рішення після одержання повної, достовірної та чіткої інформації щодо особливостей кожної з них. Найбезпечнішими методами є медикаментозний (прийом таблеток) та вакуумна аспірація (ручна та електрична). Використання методу розширення шийки матки та вишкрібання (дилатація та кюретаж) допустимі лише за відсутності можливостей проведення переривання медикаментозними засобами або методами вакуум-аспірації у терміні вагітності 12 повних тижнів.

Ви маєте пройти обстеження, запропоноване лікарем. Прийти на процедуру (операцію) переривання небажаної вагітності до медичного закладу необхідно у зазначений час.

Ви маєте право вибору методики знеболення та прийняття рішення після отримання повної, достовірної та чіткої інформації щодо анестезії або внутрішньовенного наркозу, ризиків та можливих ускладнень, пов'язаних зі знеболенням. За відсутності протипоказань можна вибрати місцеву анестезію, комбінацію місцевої анестезії зі знеболювальними препаратами, різновиди внутрішньовенного наркозу. Вибір процедури (операції) штучного переривання небажаної вагітності та методу знеболення необхідно підтвердити письмово у формі інформованої згоди.

Лікар має поінформувати вас про ризики виникнення ускладнень під час та після процедури (операції) переривання небажаної вагітності й у разі яких ознак необхідно негайно звернутися по медичну допомогу. Уточніть у лікаря, до якого медичного закладу слід звернутися (адреса, контактні телефони).

У разі появи ознак, які перераховані нижче, необхідно терміново звернутись по медичну допомогу:

- Кровотеча (промокання двох або більше великих прокладок за годину, що не припиняється протягом 2 год, виділення згустків крові).
- Взагалі відсутність кров'яних виділень.
- Підвищення температури тіла, лихоманка.
- Вагінальні виділення з неприємним запахом.
- Різкий, тривалий біль у животі, який посилюється.

У зв'язку з процедурою (операцією) штучного переривання небажаної вагітності жінка може отримати на 3 дні (з урахуванням дня операції) листок непрацездатності. У разі виникнення ускладнень під час операції або в післяабортному періоді листок непрацездатності видається на весь період тимчасової непрацездатності.

Після процедури (операції) штучного переривання небажаної вагітності слід утримуватися від статевих контактів до повної зупинки менструальноподібної кровотечі (приблизно 3-5 днів).

Рекомендовано через 10-14 днів після процедури (операції) штучного переривання вагітності відвідати лікаря з метою консультації та планового огляду.

Фертильність (спроможність до зачаття) може відновитися протягом 2 тижнів після процедури (операції), але в більшості жінок овуляція відбувається протягом 6 тижнів. Ви можете завагітніти знову ще до появи наступної менструації. Якщо ви не плануєте вагітність, то почати використовувати контрацепцію (засоби запобігання вагітності) необхідно відразу ж після процедури (операції)

переривання вагітності та поновлення сексуальної активності. У разі відсутності медичних протипоказань, незалежно від методу переривання небажаної вагітності, використання будь-якого методу контрацепції можна починати відразу ж після процедури (операції).

Першу таблетку КОК (таблетки, які містять низькі дози жіночих гормонів) можна прийняти в день проведення процедури (операції) або протягом 5 днів після. Ін'єкційний контрацептив (препарат, який вводиться шприцом внутрішньом'язово і містить жіночий гормон прогестин) може бути введений перед випискою після процедури (операції) або протягом 7 днів.

Внутрішньоматковий контрацептив (ВМК – невеликий девайс, що вводиться всередину матки та перешкоджає заплідненню) лікар може ввести відразу після процедури (операції) або протягом 7 днів (для ВМК зі спеціальним гормоном) та 12 днів (для ВМК, що містить мідь) за умови відсутності симптомів інфекції.

Презерватив може використовуватися із відновленням статевої активності (після повного припинення післяабортних кров'янистих виділень). Методи природної контрацепції не можуть бути використані до відновлення менструальної функції після процедури (операції) штучного переривання небажаної вагітності (до 3 місяців). Тому необхідно обов'язково використовувати презерватив або утримуватися від статевих стосунків.

Хірургічна стерилізація може бути проведена безпосередньо після процедури (операції) штучного переривання небажаної вагітності, проте ви повинні ретельно обдумати своє рішення з урахуванням незворотності методу. Якщо ви не обрали постійний метод контрацепції одразу, можна тимчасово використовувати презерватив і звернутися за додатковою консультацією до лікаря.

Додаток 2 до Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)» (підпункт 4 пункту 3 розділу III) Медикаментозне ведення штучного переривання вагітності у терміні <12 тижнів

Медикаментозне переривання вагітності – це не окрема процедура, а процес, який відбувається протягом кількох днів. Жінка отримує інформацію (включаючи пояснення причин, через які вона терміново повинна звернутися по медичну допомогу на будь-якому етапі процесу).

Методика процесу медикаментозного аборту дає жінці можливість самостійно виконати процедуру поза межами медичного закладу (наприклад, вдома), з підтримкою у разі потреби. Такі підходи до самооцінки і самодопомоги можуть розширити можливість жінок та сприяти розподілу потоків допомоги, що приводить до більш оптимального розподілу ресурсів сектора охорони здоров'я з урахуванням потреб жінок. На сучасному етапі розвитку

медицини можливе використання послуг телемедицини при проведенні процедури медикаментозного аборт. Це дозволить значно покращити доступність та своєчасність допомоги жінкам.

Рекомендовано спочатку застосовувати міфепристон у дозі 200 мг перорально, потім, через 24-48 год, застосовується мізопростол у дозі 800 мкг (4 таблетки по 200 мкг). Мінімальний рекомендований інтервал між прийомом міфепристону і мізопростолу має становити не менше 24 год.

Шляхи введення мізопростолу для медикаментозного переривання вагітності обирають разом із пацієнткою:

- трансбукальний – таблетки поміщаються між щокою та яснами і проковтуються через 20-30 хв;

- сублінгвальний – таблетки поміщаються під язиком і проковтуються через 30 хв;

- вагінальний – таблетки поміщаються у піхву.
- Найбільш ефективним визначено сублінгвальний шлях застосування.

При використанні тільки мізопростолу: мізопростол рекомендовано застосовувати в дозі 800 мкг (4 таблетки по 200 мкг) сублінгвально.

Знеболення під час МА. При проведенні МА в гестаційному терміні <12 тижнів рекомендовано застосування НПЗЗ (наприклад, ібупрофену). За його відсутності або неможливості використання для знеболення можливо використовувати ацетаминофен.

Додаток 3 до Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)» (пункт 2 розділу IV) Загальні принципи профілактики інфекційних ускладнень

Однією з важливих умов безпеки та зменшення кількості ускладнень при наданні комплексної медичної допомоги при небажаній вагітності є антибіотикопрофілактика, за необхідності – антибіотикотерапія та впровадження комплексу універсальних заходів профілактики інфекцій. Універсальні заходи профілактики інфекцій – це стандарти з інфекційного контролю, якими необхідно керуватися під час штучного переривання вагітності хірургічними методами (МВА, ЕВА, дилатація та кюретаж) із метою запобігання поширенню інфекцій, що передаються через кров та біологічні рідини.

Роль антибіотиків актуальна при хірургічному аборті. Наявність інфекції в нижніх статевих шляхах при хірургічному перериванні вагітності є фактором ризику інфекцій статевих шляхів після переривання вагітності. Метою введення антибіотиків під час переривання вагітності (профілактики) є запобігання подібним ускладненням хірургічного переривання вагітності.

При хірургічному перериванні вагітності, незалежно від ризику запальних захворювань малого таза у жінки, рекомендована правильна перед- або періопераційна антибіотикопрофілактика.

Антибіотикопрофілактика полягає у створенні необхідних концентрацій антимікробного засобу в тканинах матки з моменту можливої мікробної контамінації й підтриманні цього рівня протягом операції та 3-4 год після неї (час генерації бактерій). Це досягається шляхом призначення до або під час операції антимікробних засобів, зокрема антибіотиків широкого спектра дії (пеніцилінового чи тетрациклінового ряду) або протимікробних та протипротозойних засобів, похідних 5-нітроїмідазолу (метронідазол). За рекомендаціями ВООЗ, антибіотикопрофілактику при штучному перериванні небажаної вагітності хірургічними методами (МВА, ЕВА, дилатація і кюретаж) слід проводити шляхом призначення доксицикліну в дозі 200 мг перорально за 1-3 год

до втручання або одноразового введення метронідазолу в дозі 100 мл внутрішньовенно (можливо під час проведення внутрішньовенного наркозу).

При медикаментозному перериванні вагітності: профілактичний прийом антибіотиків не рекомендований.

Антибіотикотерапія (тривалий курс застосування антимікробних засобів) після штучного переривання небажаної вагітності призначається у разі неефективності антибіотикопрофілактики або виникнення у пацієнтки ускладнень під час та після процедури (операції) переривання вагітності. Препарати, які використовують для антибіотикопрофілактики, для лікування не застосовують. Тривалість та дозу подальшого прийому антимікробних засобів визначають індивідуально. У разі наявності хронічної інфекції, призначаючи антибіотикотерапію, слід враховувати дані бактеріологічних досліджень.

Додаток 4 до Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)» (підпункт 5 пункту 3 розділу IV) Хірургічне переривання вагітності у терміні <12 тижнів

Метод вакуумної аспірації

Є одним із безпечних хірургічних методів штучного переривання вагітності у терміні до 12 тижнів. ВА впроваджується на заміну методу вишкрібання (кюретажу) стінок порожнини

матки, який є травматичним і небезпечним для здоров'я жінки.

Перевагою методу є низький відсоток ускладнень, зокрема: травматизму шийки та матки, кровотечі, інфекційних ускладнень.

ВА виключає необхідність проведення рутинного кюретажу стінок порожнини матки. При виконанні штучного переривання вагітності методом ВА проводиться обов'язково антибіотикопрофілактика. Видами ВА є мануальна (МВА) й електрична (ЕВА) вакуумна аспірація.

Протипоказання для проведення:

- відсутність достовірних даних про наявність вагітності;
- ектопічна вагітність або підозра на неї;
- гострі запальні захворювання органів малого таза*;
- гострі запальні захворювання іншої локалізації*;
- гострі інфекційні захворювання*.

МВА передбачає використання портативного пластикового шприца-аспіратора об'ємом 60 мл (або шприца), з одним або двома клапанами, що створюють вакуум із тиском 55 мм рт. ст. до початку процедури. До шприца-аспіратора додаються пластикові канюлі різного діаметра, від 4 до 12 мм, одноразового або багаторазового використання за умови можливості їх промивання, високорівневої дезінфекції та стерилізації.

Відповідність розмірів матки та канюль для МВА

Розміри матки, тижні	Розміри канюль, мм
5-6	5-6
7-8	7
9-10	7-10
10-12	9-12

Шприц-аспіратор дає можливість обстежити видалені тканини після проведеної процедури та виключає необхідність додаткового втручання.

Методика МВА виключає необхідність проведення рутинного кюретажу. Після проведення операції штучного переривання вагітності методом ЕВА та МВА без ускладнень пацієнтка має перебувати під наглядом медичного персоналу щонайменше 2 год.

Переваги МВА:

- Атрауматичність методу, що зумовлено використанням шприца-аспіратора та гнучких пластикових канюль.
- Зменшення ризику перфорації стінки матки та uszkodження базального шару ендометрія.
- Зменшення ризику травматизації шийки матки, що призводить до розвитку цервікальної недостатності, оскільки розмір канюль підбирається залежно від ступеня відкриття цервікального каналу. При цьому у терміні вагітності до 7-8 тижнів відсутня необхідність розширення шийки матки розширювачами Гегара.
- Можливість візуалізації та контролю видалених тканин (плодове яйце, хоріальна тканина), оскільки видалені тканини збираються в індивідуальний резервуар.
- Зменшення ризику інфікування завдяки одноразовому використанню канюлі та безконтактній методиці проведення процедури (без необхідності виведення канюлі з порожнини матки до закінчення процедури).
- Зменшення витрат на придбання обладнання завдяки можливості багаторазового використання (шприц-аспіратор).

Методика проведення МВА:

Провести бімануальне обстеження для визначення розмірів матки та її позиції.

Підготувати шприц та канюлю відповідно до розміру матки. Бажано мати ще один шприц-аспіратор та декілька канюль для можливості заміни в разі необхідності (втрата здатності створювати вакуум та ін.).

Попросити пацієнтку розслабитись (якщо використовується місцеве знеболення), обережно ввести теплі стерильні дзеркала (Сімпса) та вивести шийку матки, яка має розташуватись між ложками дзеркал. Обробити шийку матки тампоном з антисептиком. Зафіксувати шийку матки кульовими щипцями у проекції 12 год та обережно підтягнути її.

У випадку обрання пацієнткою місцевого знеболення провести парацервікальну блокаду.

Обережно, без докладання сили, ввести канюлю в матку, у разі неможливості використовувати розширювачі Гегара для поступового розкриття шийки матки. Після введення канюлі в порожнину матки необхідно провести аспірацію тканин шприцом-аспіратором, виконуючи обережні рухи «назад-вперед» без застосування сили, щоб запобігти перфорації матки.

Важливо пам'ятати:

- Канюля під час процедури знаходиться у порожнині матки. Не потрібно проводити вишкрібання за допомогою канюлі, оскільки ендометрій відокремлюється самостійно під дією від'ємного тиску.
- Сильні скорочення матки та відчуття стиснення канюлі свідчать про спорожнення матки. У цей момент процес аспірації ускладнюється і в канюлі з'являються пухирці та червона піна. Відчувається шорсткість у порожнині матки, що свідчить про завершення процедури. Останній вміст аспірату складається із крапель чистої крові.
- Необхідно завершити аспірацію і лише після цього вивести канюлю з порожнини матки.
- Категорично заборонено «перевірка» порожнини матки за допомогою кюретки.
- Видалені тканини плодового яйця обов'язково необхідно дослідити з метою підтвердження повної аспірації або наявності ознак міхурцевого занеску.
- У разі підозри на міхурцевий занесок видалені тканини необхідно направити на гістологічне дослідження. За відсутності залишків плодового яйця слід переконатись у відсутності помилок при проведенні самої процедури, а також виключити подвоєння матки, перфорацію та ектопічну вагітність. Обов'язковим для МВА є візуальний огляд видалених тканин після кожної процедури.

Електрична вакуумна аспірація

Виконання методики ЕВА не відрізняється від виконання МВА, але передбачає використання електричного вакуумного насоса при від'ємному тиску до 0,8-1,0 атмосфер. Методика ЕВА виключає необхідність проведення рутинного кюретажу. Обов'язковим для ЕВА є дослідження видалених тканин після кожної процедури.

Операція розширення шийки матки (дилатація) та вишкрібання стінок порожнини матки (кюретаж)

Передбачає розширення шийки матки за допомогою механічних розширювачів Гегара або фармакологічних засобів із наступним використанням металевих кюреток для вишкрібання стінок порожнини матки.

Використання цього методу допустиме лише за відсутності можливості проведення переривання вагітності медикаментозними засобами або методом МВА чи ЕВА.

При виконанні штучного переривання небажаної вагітності методом дилатації та кюретажу обов'язково проводиться антибіотикопрофілактика.

Протипоказання до дилатації та кюретажу:

- ектопічна вагітність або підозра на неї;
- гострі запальні захворювання органів малого таза*;
- гострі запальні захворювання іншої локалізації*;
- гострі інфекційні захворювання*.

За наявності інших протипоказань (захворювання, стани, при яких переривання вагітності становить загрозу для життя або завдає значної шкоди здоров'ю) питання вирішуються індивідуально в кожному конкретному випадку.

Підготовка шийки матки

Підготовка шийки матки перед перериванням вагітності методом дилатації та кюретажу проводиться в усіх випадках.

Пріоритетними групами є:

- жінки, що не народжували;
- жінки, які мали попередні операції або втручання на шийці матки;
- дівчатка-підлітки, які мають високий ризик травмування та кровотеч.

Підготовка шийки матки проводиться одним із наступних методів:

- вагінальне введення 400 мкг мізопростану за 3-4 год до операції;
- пероральний прийом 400 мкг мізопростану за 3-4 год до операції;
- пероральний прийом 200 мг міфепристону за 36 год до операції;
- введення ламінарії або іншого аналогічного гідрофільного розширювача шийки матки за 12-24 год до початку операції в умовах стаціонару.

Методика проведення операції дилатації та кюретажу

Попросити пацієнтку розслабитись (якщо вона у свідомості). Ввести у піхву теплі стерильні дзеркала (Сімпса) адекватного розміру. Розкрити ложки дзеркал для виведення та розташування шийки матки між ними. Тричі протерти шийку матки тампоном з антисептиком. Накласти кульові щипці на шийку матки в позиції на 12 год.

У випадку обрання пацієнткою місцевого знеболення провести парацервікальну блокаду.

Провести зондування порожнини матки: обережно ввести зігнутий матковий зонд для визначення довжини та кута згину. Зонд вводиться до появи почуття опору, при цьому слід враховувати термін вагітності та положення матки.

Розширення шийки матки: обережно розпочати розширення з найменшого розміру розширювача Гегара та обережно ввести його у цервікальний канал. Поступово вводити розширювачі більших розмірів доти, доки зовнішнє вічко цервікального каналу буде відповідати діаметру кюретки, яка використовується. Як правило, розміри розширювачів відповідають терміну вагітності у тижнях.

Обережно провести вишкрібання внутрішньої поверхні матки рухами «всередину та назад» з урахуванням довжини матки за зондом. Вишкрібання не має бути надмірним, оскільки це сприяє виникненню синехій та інших ускладнень.

Впевнитись у відсутності кровотечі з матки та шийки матки у місці накладання щипців (у разі кровотечі притиснути тампонами на декілька хвилин).

Після операції необхідно відразу дослідити залишки плодового яйця для відповідності терміну вагітності та виключення вірогідності ектопічної вагітності.

Після проведення операції штучного переривання вагітності методом дилатації та кюретажу без ускладнень пацієнтка має перебувати під наглядом медичного персоналу не менше 2 год.

* Переривання вагітності проводиться після лікування.

Додаток 5

до Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)» (підпункт 6 пункту 3 розділу IV)

Знеболення та анестезія під час хірургічного переривання вагітності

Розв'язання питань знеболення під час процедури (операції) штучного переривання вагітності та в післяабортному періоді є важливою частиною при наданні комплексної медичної допомоги при небажаний вагітності. При проведенні МА рекомендований прийом ненаркотичних анальгетиків, зокрема НПЗЗ. При перериванні вагітності хірургічними методами (МВА, ЕВА, дилатація та кюретаж) за відсутності протипоказань жінка може вибирати місцеву анестезію, комбінацію місцевої анестезії з анальгетиками або з атаралгією, різновиди внутрішньовенного наркозу. Переваги місцевої анестезії перед внутрішньовенним наркозом полягають у зменшенні часу відновлення функцій організму, а постійне перебування жінки у свідомому стані дозволяє медичному спеціалісту попередити виникнення можливих ускладнень.

Поширеною місцевою анестезією є парацервікальна блокада місцевим анальгетиком: прокаїном (0,5-1%), лідокаїном (0,5-1%)

та комбінованим препаратом артикаїн + епінефрин (1% розчин). Перед проведенням місцевої анестезії рекомендовано ретельно зібрати алергологічний анамнез.

Місцевий анальгетик вводиться під слизову оболонку по окружності шийки матки, зокрема в ділянці на 4 та 8 год (за годинниковою стрілкою), включаючи місце прикріплення кульових щипців.

Введення препарату слід проводити обережно (з обов'язковим періодичним відтягуванням поршня шприца на себе), щоб виключити вірогідність проникнення у судинне русло. Інтервал між введенням місцевого анальгетика та початком виконання операції має бути не менше 2 хв. Місцева анестезія можлива в поєднанні із застосуванням ненаркотичних анальгетиків за 4 год до початку операції, зокрема НПЗЗ, які мають достатню знеболювальну дію. Місцева анестезія можлива в поєднанні з атаралгією (стан

пригнічення свідомості та больової чутливості, що виникає у результаті поєднаної дії анальгетиків та транквілізаторів).

За наявності кваліфікованого персоналу (лікаря-анестезіолога й анестезиста) та місця, обладнаного апаратурою для спостереження за станом пацієнтки (монітором) та всім необхідним для терапії ускладнень цієї методики (респіраторна, медикаментозна підтримка), можливе використання різновидів внутрішньовенного наркозу. Після внутрішньовенного наркозу жінка повинна залишатись під наглядом кваліфікованого персоналу.

Загальна анестезія не рекомендована як рутинний метод при виконанні переривання вагітності у I триместрі, оскільки пов'язана з високим ризиком побічних ефектів порівняно з іншими методами знеболення.

З метою знеболення в післяабортному періоді рекомендовано застосування НПЗЗ (наприклад, ібупрофену, диклофенаку).

Анкета читача *Здоров'я України*

Заповніть анкету та надішліть за адресою:

**Медична газета «Здоров'я України»,
04123, м. Київ, вул. Світлицького, 35.**

**Вкажіть відомості, необхідні
для відправки тематичного номера
«Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»**



Прізвище, ім'я, по батькові

Спеціальність, місце роботи

Індекс

Місто

Село

Район область

Вулиця буд.

корпус квартира

Телефон: дом.

роб.

моб.

E-mail:

* Я добровільно передаю зазначені в анкеті персональні дані ТОВ «Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». Також даю згоду на їх використання для отримання від компанії (пов'язаних осіб, комерційних партнерів) видань, інформаційних матеріалів, рекламних пропозицій, а також на включення моїх персональних даних до бази даних компанії, необмежене у часі зберігання даних.

Підпис



Нам важливо знати Вашу думку!

Чи сподобався Вам тематичний номер

«Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»?

Назвіть три кращих матеріали номера

1.

2.

3.

Які теми, на Ваш погляд, можна розглянути в наступних номерах?

.....

.....

Публікації яких авторів Вам хотілося б бачити?

.....

Чи хотіли б Ви стати автором статті для тематичного номера «Акушерство.

Гінекологія. Репродуктологія»?

На яку тему?

.....

Чи є для Вас наше видання ефективним у підвищенні лікарської

кваліфікації?

.....

**Відповісти на дані запитання
ви можете також онлайн,
відсканувавши QR-код**



Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»

Редакційна колегія

К.М. Амосова, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України

О.Я. Бабак, д. мед. н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Харківського національного медичного університету

Г.М. Бутенко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України і РАМН, директор Інституту генетичної та регенеративної медицини НАМН України

Б.М. Венцківський, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки, президент-засновник Асоціації акушерів-гінекологів України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця

Ю.В. Вороненко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика

С.І. Герасименко, д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, керівник відділу захворювань суглобів у дорослих, заступник директора з науково-лікувальної роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

І.І. Горпинченко, д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, головний сексопатолог МОЗ України, президент Асоціації сексологів і андрологів України, директор Українського інституту сексології та андрології

Ю.В. Давидова, д. мед. н., професор, головний спеціаліст з акушерства і гінекології НАМН України, керівник відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України»

Д.І. Заболотний, д. мед. н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, директор Інституту отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України

Д.Д. Іванов, д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії НМАПО ім. П.Л. Шупика

В.М. Коваленко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, заслужений діяч науки і техніки, віце-президент НАМН України, директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України

В.В. Корпачов, д. мед. н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач відділу вікової ендокринології та клінічної фармакології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

Б.М. Маньковський, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, голова Правління Української діабетологічної асоціації, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика

Ю.М. Мостовой, д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

В.І. Паньків, д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, завідувач відділу профілактики, лікування цукрового діабету та його ускладнень Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів і тканин

О.М. Пархоменко, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України

Н.В. Пасечнікова, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, Заслужений лікар України, директор Інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України

С.С. Страфун, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, Заслужений лікар України, віце-президент Асоціації ортопедів-травматологів України, керівник відділу мікрохірургії та реконструктивної хірургії кисті та заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

І.М. Трахтенберг, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, Заслужений діяч науки і техніки, завідувач лабораторії промислової токсикології та гігієни праці при використанні хімічних речовин ДУ «Інститут медицини праці ім. Ю.І. Кундієва НАМН України»

М.Д. Тронько, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, віце-президент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, директор ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

Ю.І. Фещенко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач відділу пульмонології та директор Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України

Н.В. Харченко, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика

В.І. Цимбалюк, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України по відділенню біохімії, фізіології та молекулярної біології, президент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки, завідувач кафедри нейрохірургії НМУ ім. О.О. Богомольця, науковий керівник відділу відновлювальної нейрохірургії ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»

В.П. Черних, д. ф. н., д. х. н., професор, академік НАН України, почесний ректор Національного фармацевтичного університету МОЗ України

Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович

Видавець: ТОВ «Медичні аспекти здоров'я людини»

Медична газета «Здоров'я України»

Тематичний номер «Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»

Свідоцтво КВ № 17674-6524Р від 04.04.2011 р.

Передплатний індекс: 89326

Генеральний директор **Сергій Черкасов**

Шеф-редактор **Анна Хиць**

Редакційний відділ **a.khyts@health-ua.com**

Відділ реклами **+38 (095) 940 47 55**

Фінансовий відділ **fin@health-ua.com**

Відділ передплати та розповсюдження ... **+38 (050) 410 72 62**

podpiska@health-ua.com

Адреса для листів:

вул. Світлицького, 35, м. Київ, 04123

E-mail: **zu@health-ua.com**

Газету віддруковано в ТОВ «ПРИНТ-ІНК»,

офіс 1, вул. Зодчих, 50а, м. Київ, 03162

Підписано до друку жовтень 2023 р.

Замовлення № 0384. Наклад **12 750** прим.

Редакція має право публікувати матеріали,

не поділяючи точки зору авторів.

За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв

та інших відомостей відповідають автори.

Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу

редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.

Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер

«Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»

є спеціалізованим виданням для медичних установ

та лікарів.

Провідні спеціалісти зі США провели в Києві безкоштовні консультації й огляд пацієнтів зі стомами

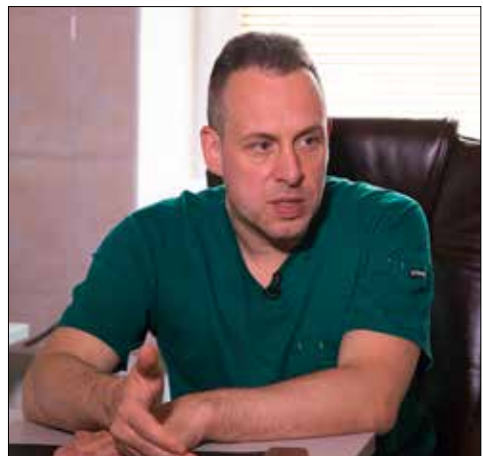
27 українських пацієнтів зі стомами отримали консультації та були оглянуті спеціалістами з Northwestern Memorial Hospital (Чикаго, США). Це стало можливим завдяки співпраці ДНП «Національний інститут раку», ГО «Українська спілка онкохірургів» та фонду підтримки дорослих онкопацієнтів Inspiration Family з провідними лікарями Чикаго.



Юлія Балан

У рамках співпраці хірурги зі США допомогли організувати стажування українських лікарів у Чикаго. Понад рік американські фахівці співпрацюють з українськими, активно обмінюються досвідом, практичними навичками, організовують конференції. У колаборації лікарі організували спільну конференцію на базі ДНП «Національний інститут раку», а протягом 12-14 липня залучили двох спеціалістів зі стом для консультацій та огляду пацієнтів у Києві в рамках заходу «Школа для пацієнтів зі стомами».

«Завдання онкологів – не лише вилікувати пацієнта, а й дати змогу жити повноцінно. Сучасні технології дозволяють здійснювати мінімальні хірургічні втручан-



Андрій Лукашенко

ня. Так, ми видаляємо пухлину та зберігаємо можливість для пацієнта займатися спортом, не обмежувати себе в соціальних стосунках тощо. На жаль, у нас все ще недостатньо підтримки надається пацієнтам після лікування: реабілітація, психологічна підтримка та, наприклад, супровід кваліфікованих гастроентерологів і спеціалістів зі стом, які є тільки у великих онкоцентрах. У США для цього існують окремі напрями в медицині, які в нас лише починають розвиватись», – поділився Андрій Лукашенко, хірург-онколог, засновник ГО «Українська спілка онкохірургів».

«Я щодня спілкуюсь із пацієнтами, тому розумію, наскільки важливо знати, що є люди, які живуть активним життям зі стомою. Ця тема – інтимна та стигматизована.

Мене дуже надихнув відгук дочки пацієнтки, яка відвідала цей захід. Вона написала нам, що останні 10-13 років вмовляла маму почати ділитися своєю історією. Вона дуже соромиться та каже, що це нікому не потрібно, що звичайні люди «показуватимуть пальцем». Принаймні так вона казала до нашої зустрічі. Вона приїхала до нас, а потім казала доньці: «Полю, там стільки людей!». Увесь вечір після події був присвячений обговоренню цього питання: пацієнтка тішилася, що її назвали профі у питанні догляду за стомою, за вечерею родина дивилася тік-токи людей зі стомами, читала форуми», – розповіла Юлія Балан, співзасновниця Фонду підтримки дорослих онкопацієнтів Inspiration Family.



Rachel Hendee, помічник лікаря, магістр охорони громадського здоров'я, так розповіла про мету свого приїзду: «Я прибула в Україну, щоб допомогти українцям та одночасно познайомитися з українською культурою, тому що ще до війни хотіла приїхати сюди. У 12 років у мене був український друг по листуванню. Дуже важливо мати можливість поширювати знання про стомування та допомагати пацієнтам, які потребують допомоги, оскільки я знаю, що в Україні не так багато підтримки для таких людей. Вважаю, що і в США, і в Україні багато стигми навколо наявності стоми. Я хочу, щоб пацієнти знали, що не варто соромитися. Я також хочу, щоб пацієнти знали: немає абсолютно нічого, чого вони не могли б зробити зі стомою. Вони можуть плавати, займатися спортом, подорожувати, працювати, робити все що заманеться! Стоми рятують життя. Стигма навколо стом у США змен-



шується, але все ще дуже велика. Багато молодих людей відкриті в соціальних мережах,

можливо, деякі українські пацієнти могли б підписатися на них, щоб побачити життя інших. Вони не приховують своїх стом. Ми також бачимо деякі реклами одягу тощо з людьми, які мають стоми, що теж добре».

На сьогодні в Україні не існує офіційного реєстру пацієнтів зі стомами. За підрахунками онкологічної та проктологічної служб і згідно з епідеміологічними й популяційними даними, стомованих пацієнтів в Україні може нараховуватися близько 70 тисяч.

Кишкова стома – штучний отвір, сформований хірургічним шляхом після видалення всього кишечника або його частини, виведений на передню черевну стінку та призначений для видалення кишкового вмісту. Накладення стоми можливе у пацієнтів із пухлинами, пораненнями, із хворобою Крона та неспецифічним виразковим колітом.



Rachel Hendee

Спеціалізованих груп підтримки для дорослих онкопацієнтів зі стомами немає, але можна додатися у групу «Inspiration Family. Все про рак» і дізнатись про досвід інших пацієнтів, отримати відповіді на свої запитання та підтримку людей, які вас зрозуміють.

Довідка від редакції

Inspiration Family – це благодійний фонд підтримки дорослих онкопацієнтів, який створили у 2020 році п'ять жінок, що поборили рак.

Наразі фонд працює за такими напрямками:

- займається системними змінами у сфері «дорослої» онкології та представленням інтересів пацієнтів;
- надає консультативну підтримку онкопацієнтам щодо безоплатних послуг і ліків, якими забезпечує держава;
- у співпраці з Міністерством охорони здоров'я та міжнародними організаціями координує медичну евакуацію пацієнтів, які не можуть продовжити лікування в Україні;
- представляє Україну на міжнародному рівні та інформує міжнародну онкоспільноту про ситуацію з лікуванням раку під час війни;
- робить рак зрозумілим для суспільства через просвітницькі заходи.

З початку повномасштабного вторгнення фонд прийняв більш ніж 2000 звернень.

Сайт: <https://inspirationfamily.org>
 Фейсбук: <https://www.facebook.com/InspirationFamilyUkraine>
 Інстаграм: <https://www.instagram.com/p/Ceaf2QMN1GG>

Фото Макс Мартин

Фетальне програмування: вплив нутритивної підтримки у прегравідарному періоді та під час вагітності на здоров'я майбутньої дитини

Концепція фетального, або епігенетичного, програмування є нагальним питанням сучасної акушерської практики. Програмування хвороб дитини та дорослої людини у внутрішньоутробному онтогенезі розглядається як феномен, що визначає якість здоров'я як індивіда, так і суспільства загалом. Науковці вже довели прямий причинно-наслідковий зв'язок між несприятливим перебігом вагітності, у тому числі викликаним дефіцитом нутрієнтів у материнському організмі, та народженням дітей із низькою масою тіла, а також високим ризиком розвитку синдрому Х (або метаболічного синдрому), ішемічної хвороби серця, порушень згортання крові та розладів обмінних процесів уже в дорослому організмі. Ключові слова: фетальне програмування, нутритивна підтримка, вагітність, критичний період розвитку плода, фолати, холін.

Принцип фетального програмування: які материнські фактори впливають на розвиток майбутніх захворювань дитини?

Концепція фетального програмування передбачає вплив факторів зовнішнього й внутрішнього середовища у внутрішньоутробному періоді на епігенетичну регуляцію геному, що призводить до фенотипічних змін у плода, а також до постнатальних хвороб, які маніфестують протягом життя людини. Програмування плода відбувається під час ембріонального та внутрішньоутробного розвитку, критичного періоду, коли у процесі швидкої диференціації клітин формуються тканини та органи. Недостатнє харчування вагітної у цей період викликає незворотні зміни певних структурних і фізіологічних метаболічних функцій плода.

Британський епідеміолог D.J. Barker уперше сформулював припущення, відоме як «гіпотеза Баркера», згідно з яким епігенетична регуляція геному визначає фенотипічні зміни у плода, а також зумовлює розвиток певних постнатальних захворювань, які маніфестують впродовж життя [1]. По суті, концепція фетального програмування ґрунтується на ідеї, що певні стимули або умови можуть впливати на фізіологічний і метаболічний розвиток плода. Цей процес визначається не тільки генетичними факторами, а й екологічними, епігенетичними та іншими внутрішніми і зовнішніми чинниками, які впливають на материнський організм під час перебігу вагітності [2].

Існуюча гіпотеза про негативний вплив недостатнього харчування на розвиток та здоров'я плода ґрунтується на тому, що «пам'ять» організму про недоїдання на ранніх етапах розвитку перетворюється на патологічний стан, який визначає майбутні захворювання [3].

Харчовий статус матері, який головним чином впливає на процес фетального програмування, визначається будовою тіла матері, її дієтою та кількістю споживаних вітамінів і мікроелементів, функціонуванням матково-плацентарного кровотоку та генами плода. Плід адаптується до умов недостатнього харчування матері через зміни у виробленні фетальних і плацентарних гормонів, які регулюють метаболізм, перерозподіляють кровотік і контролюють ріст [4]. Негайною метаболічною реакцією плода на недостатнє харчування є споживання його субстратів для вироблення енергії шляхом катаболізму [5]. Недостатнє харчування плода викликає метаболічну залежність від глюкози, зумовлену необхідністю її використання як для гальмування, так і для посилення окислення інших субстратів, зокрема амінокислот та молочної кислоти. Тривале недоїдання призводить до внутрішньоутробної затримки росту, зменшення використання субстратів та зниження швидкості метаболізму для підвищення життєздатності плода.

З огляду на вищезазначене можна припустити, що метаболічний процес накопичення глюкози в немовлят, які мали нутритивний дефіцит в утробі матері, продовжується у зрілому віці й що резистентність до інсуліну в подальшому є результатом зниження швидкості процесу окислення в периферичних тканинах, нечутливих до інсуліну, що також є наслідком недостатнього харчування. На пізніх термінах вагітності, коли

тканини та органи швидко розвиваються, будь-які затримки росту здатні викликати диспропорції у розмірах органів, порушення їх будови та функціонування. Таким чином плід запускає адаптивні механізми. У разі вповільнення росту фетус намагається захистити перш за все тканини мозку, які є критично важливими для негайного виживання, шляхом перерозподілу кровотоку, що призводить до більшої втрати абдомінальної вісцеральної жирової тканини [6]. Процес супроводжується ендокринними змінами: доведено, що фетальний інсулін та інсуліноподібний фактор росту (IGF), які відіграють ключову роль у контролі росту, швидко реагують на зміни харчування плода [7]. Зменшення споживання їжі матір'ю та, як наслідок, зниження в неї рівня IGF, ймовірно, спричиняють зниження рівня інсуліну, IGF та глюкози у плода. Внаслідок цих змін зменшується передача амінокислот і глюкози від матері до плода і, зрештою, уповільнюється швидкість росту плода [8]. Коли плід має обмежений доступ до поживних речовин, концентрація анаболічних гормонів контролю росту, таких як IGF-1 та інсулін, знижується, натомість як рівні катаболічних гормонів, таких як глюкокортикоїди, зростають [9].

Роль нутритивної підтримки у прегравідарному періоді й на всіх етапах вагітності: як «запрограмувати» плід на здоров'я?

Харчовий статус матері у прегравідарному періоді має вкрай важливе значення, оскільки він тісно пов'язаний із виникненням гестаційної гіпертензії, преєклампсії та діабету, що негативно впливає на розвиток плода, виживання немовлят і збільшує ризик неінфекційних захворювань у дорослому віці [10]. Дієта матері визначає «епігенетичний підпис» плода, який у подальшому впливає на сприйнятливості дитини до захворювань у дорослому житті. Харчування може впливати на метилювання ДНК шляхом одновуглецевого метаболізму та пов'язаних із ним речовин, зокрема фолатів, рибофлавіну, холіну і бетаїну [11]. Материнський дефіцит нутрієнтів та дієти з обмеженим вмістом білків призводять до артеріальної гіпертензії, нечутливості до інсуліну та ниркової дисфункції у дітей [12]. Багатий жирами раціон матері часто спричиняє ожиріння й розвиток діабету в дорослого потомства. Нещодавні дослідження також продемонстрували зв'язок між дієтою з високим вмістом фруктози та зміною вуглеводного й ліпідного обміну в дітей [13]. Гестаційний діабет асоційований із довгостроковими несприятливими впливами на потомство, що є результатом епігенетичних модифікацій фетального геному [14].

Доведено, що дефіцит вітамінів, мікро- і макроелементів під час вагітності перешкоджає нормальному формуванню та розвитку тканин і органів плода, підвищуючи тим самим ризик розвитку неінфекційних захворювань у дорослому віці після зміни спрямованості епігенетичної регуляції. Раціональна нутритивна підтримка має містити достатню кількість метіоніну, холіну, фолатів, вітаміну B₁₂, білків, жирів, вуглеводів та фітонутрієнтів для забезпечення потреб матері й дитини.

Зважаючи на принцип фетального програмування та його роль у розвитку захворювань у дорослому віці, нутритивна підтримка у прегравідарному періоді й під

час вагітності є першочерговою стратегією для уникнення небажаних наслідків мікронутрієнтного дефіциту та забезпечення оптимального пренатального програмування.

Холін та фолати як незамінні компоненти нутритивної підтримки вагітної

Фолати відіграють важливу роль у багатьох біологічних процесах. Фолієва кислота та її похідні беруть участь у синтезі амінокислот (у тому числі метіоніну, серину, гліцину), нуклеїнових кислот, пуринів, піримідинів, вітамінів, впливають на обмін холіну й гістидину, захищають плід від дії тератогенних та ушкоджуючих чинників, сприяють нормальному дозріванню і функціонуванню плаценти, а також є важливим фактором метилювання ДНК і РНК. Вітамін B₉ (фолієва кислота) необхідний для утворення та підтримки у здоровому стані нових клітин, тому достатня забезпеченість організму фолатами особливо важлива в періоді швидкого росту організму – на стадії раннього внутрішньоутробного розвитку і в ранньому дитинстві.

Функції фолатів повною мірою реалізуються за рахунок їх метаболізму, що становить основу фолатного циклу. Фолатний цикл – каскадний процес, ключовим етапом якого є синтез амінокислоти метіоніну з гомоцистеїну, який контролюється трьома ферментами: метилентетрагідрофолатредуктазою (MTHFR), метіонін-синтазою (MTR) та метіонін-синтазаредуктазою (MTRR). Синтез метіоніну відбувається у процесі перетворення фолатів: відновлення 5,10-метилентетрагідрофолату (5,10-МТГФ) до 5-МТГФ, який містить метильну групу, необхідну для перетворення гомоцистеїну на метіонін. Відновлення фолатів відбувається за участю ферменту MTHFR. Метильна група переноситься на B₁₂, який потім віддає її гомоцистеїну, утворюючи метіонін за допомогою ферменту MTR. У випадках окислення B₁₂, що призводить до пригнічення MTR, необхідне відновне метилювання за участю MTRR.

Холін є основою для синтезу фосфатидилхоліну та сфінгомієліну – основних фосфоліпідів клітинних мембран. Він відіграє важливу роль в експресії генів, передачі сигналів клітинної мембрани, транспортуванні та метаболізмі ліпідів, а також у розвитку нервової трубки плода та головного мозку дитини. Крім того, холін бере участь у метилюванні ДНК через синтез бетаїну (похідне холіну – триметилглїцин/бетаїн), на основі якого синтезується молекула S-аденозилметіоніну (джерело метильних груп). Холін також відіграє важливу роль у синтезі незамінної амінокислоти метіоніну з гомоцистеїну через похідне холіну – бетаїн, відповідно, дефіцит холіну призводить до нестачі метіоніну і, як наслідок, до накопичення гомоцистеїну [15]. Останній є сірковмісною амінокислотою із цито- і нейротоксичним ефектом, накопичення якої призводить до виникнення вроджених вад розвитку. Молекула S-аденозилметіоніну бере участь у нейтралізації гомоцистеїну в каскаді з вітаміном B₁₂, фолієвою кислотою та вітаміном B₆. Однак при зміні ланцюга у каскаді трансформації гомоцистеїну без участі фолатів може відбутися посилення метилювання ДНК внаслідок підвищення рівнів S-аденозилметіоніну та катехоламінів. Доведено, що рівень холіну

й бетаїну в раціоні негативно корелює з концентрацією гомоцистеїну в крові [16].

Холін присутній у багатьох продуктах харчування, однак є група високого ризику за дефіцитом холіну: вагітні та жінки, що годують грудьми, діти (під час внутрішньоутробного розвитку й у критичні періоди росту). Дослідження продемонстрували, що холін здатний проникати через гематоенцефалічний бар'єр за рахунок простої дифузії, зберігається у структурі мембранних фосфоліпідів головного мозку, які метаболізуються за необхідності до холіну та ацетилхоліну [17]. Фізіологічна потреба у холіні збільшується під час вагітності з огляду на його необхідність для розвитку плода, особливо для правильного формування структур головного мозку [18]. У систематичному огляді Т.С. Borge et al. (2017) зазначено, що харчування матері під час вагітності має позитивну кореляцію з розвитком нервової системи та когнітивних функцій дитини [19].

Важливість забезпечення достатнього споживання холіну під час вагітності є беззаперечною. Американська медична асоціація (АМА) у 2017 році опублікувала рекомендації, відповідно до яких пренатальні вітамінні добавки мають містити «доказову та науково обґрунтовану» кількість холіну [20]. Водночас у 2018 році Американська академія педіатрії (ААР) визнала холін поживною речовиною, яка грає ключову роль у «будові мозку», і закликала педіатрів забезпечити належне його споживання вагітними, жінками, що годують грудьми, та дітьми молодшого віку.

У 1998 році Інститут медицини США (нині – Національна медична академія) встановив дієтичні рекомендації щодо споживання холіну [21]. Рівень адекватного його споживання становить 425 мг/день для жінок репродуктивного віку з підвищенням дози до 450 мг/день під час вагітності та 550 мг/день у період лактації. Хоча холін дуже поширений у харчовому раціоні, він відсутній у більшості пренатальних вітамінів, і, за статистикою, менше 10% вагітних жінок досягають цільового рівня споживання цієї речовини [22].

Оптимальна мультикомпонентна добавка для забезпечення потреб вагітної та плода

Якість харчування матері у період планування вагітності, впродовж усієї вагітності й до закінчення лактації впливає на програмування ризику розвитку в майбутньої дитини таких захворювань, як ожиріння, гіпертензія та діабет. Калорії, отримані з їжею, необхідні для росту як плода, так і дитини, але звичай їх недостатньо для нормального розвитку мозку. Ключові поживні речовини, які підтримують нервовий розвиток, включають білок, цинк, залізо, холін, фолати, йод, вітаміни А, D, В₆ і В₁₂, а також довголанцюгові поліненасичені жирні кислоти. Дефіцит цих речовин протягом критичного періоду розвитку мозку плода може призвести до незворотного дефіциту функції мозку, інтелектуальних розладів та когнітивної дисфункції, незалежно від подальшого насичення поживними речовинами дитини протягом життя.

Дані, отримані в дослідженні Е.С. Keats et al. (2021), свідчать про те, що мультикомпонентні добавки, які містять у своєму складі більше чотирьох вітамінів та мікроелементів, покращують стан здоров'я матері й дитини, запобігаючи розвитку у вагітної анемії, пре-еклампсії/еклампсії, передчасних пологів, мертвородження, а також невідповідності плода гестаційному віку й народження немовляти з низькою масою тіла [23].

З огляду на поширену проблему материнського дефіциту нутрієнтів на особливу увагу заслуговує вітамінно-мінеральний комплекс, одна таблетка якого містить холін, фолати (у тому числі фолієву кислоту та біологічно активну форму Метафолін®), близько десятка вітамінів (вітаміни групи В, вітаміни С, Е, D), йод, селен і залізо, здатний забезпечити необхідну нутритивну підтримку жінки як у період планування вагітності, так і на всіх етапах розвитку плода. Слід зазначити, що, за статистикою, у кожній другій українській жінці репродуктивного віку фолієва кислота не перетворюється на активну форму й не засвоюється організмом повною мірою [24]. Метафолін® – активний фолат, який легко засвоюється та допомагає підтримувати достатню концентрацію фолатів в організмі вагітної.

Результати нещодавнього українського дослідження продемонстрували, що у жінок із порушеннями менструальної функції на фоні хронічного стресу застосування комплексної прегравідарної підготовки сприяло реалізації репродуктивної функції [25].

Варто також згадати про значення вітаміну D, дефіцит якого під час вагітності пов'язаний із багатьма несприятливими акушерськими та перинатальними наслідками, зокрема прееклампсією, гестаційним діабетом, невідповідністю плода гестаційному віку, ризиком неврологічних розладів у новонародженого тощо. Згідно із сучасними даними, більшість вагітних жінок не отримують вітамін D у достатній кількості. Враховуючи ці дані, з метою уникнення ускладнень у матері та плода рекомендований профілактичний прийом вітаміну D вагітним та жінкам, які планують вагітність [26].

Адекватна нутритивна підтримка жінок на всіх етапах вагітності, у прегравідарному періоді та під час лактації є фундаментом для здорового розвитку плода й запобігання ризику виникнення багатьох захворювань у дитини в подальшому житті. З огляду на збільшення потреби вагітної в багатьох есенціальних вітамінних і мікроелементах, зокрема у фолатах, холіні та інших речовинах, прийом мультикомпонентних добавок є найкращою рекомендованою стратегією для забезпечення здоров'я дитини.

Література

1. Barker D. J. In utero programming of chronic disease. Clin Sci (Lond). 1998 Aug;95(2):115-28. PMID: 9680492.
2. Lucas A. Role of nutritional programming in determining adult morbidity. Arch Dis Child. 1994;71:288-290.
3. Barker D. J. Fetal origins of coronary heart disease. BMJ. 1995;311:171-174.

4. Fowden A. L. Endocrine regulation of fetal growth. Reprod Fertil Dev. 1995;7:351-363.
5. Harding J. E., Johnston B. M. Nutrition and fetal growth. Reprod Fertil Dev. 1995;7:539-547.
6. Campbell A. G., Dawes G. S., Fishman A. P., Hyman A. I. Regional redistribution of blood flow in the mature fetal lamb. Circ Res. 1967;21:229-235.
7. Fowden A. L. The role of insulin in prenatal growth. J Dev Physiol. 1989;12:173-182.
8. Oliver M. H., Harding J. E., Breier B. H., Evans P. C., Gluckman P. D. Glucose but not a mixed amino acid infusion regulates plasma insulin-like growth factor-I concentrations in fetal sheep. Pediatr Res. 1993;34:62-65.
9. Fowden A. L., Forhead A. J. Endocrine mechanisms of intrauterine programming. Reproduction. 2004;127:515-526.
10. Hanson M. A., Bardsley A., De-Regil L. M., Moore S. E., Oken E., Poston L. et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition: "Think Nutrition First" Int J Gynaecol Obstet. 2015;131(Suppl 4): S213-53.
11. Stevenson K., Lillycrop K. A., Silver M. J. Fetal programming and epigenetics. Curr Opin Endocr Metab Res. 2020;13:1-6.
12. Öztürk H. N. O., Türker P. F. Fetal programming: could intrauterine life affect health status in adulthood? Obstet Gynecol Sci. 2021 Nov;64(6):473-483. doi: 10.5468/ogs.21154. Epub 2021 Oct 20. PMID: 34670066; PMCID: PMC8595045.
13. Saad A. F., Dickerson J., Kechichian T. B., Yin H., Gamble P., Salazar A. et al. High-fructose diet in pregnancy leads to fetal programming of hypertension, insulin resistance, and obesity in adult offspring. Am J Obstet Gynecol. 2016;215:378.e1-6.
14. Monteiro L. J., Norman J. E., Rice G. E., Illanes S. E. Fetal programming and gestational diabetes mellitus. Placenta. 2016;48(Suppl 1): S54-60.
15. Al-Humadi A., Al-Humadi H., Liapi C. (2019) Novel insight on the impact of choline deficiency in sepsis. ARH:3:12 http://dx.doi.org/10.21037/ah.2
16. Atkinson W., Slow S., Elmslie J. et al. Dietary and supplementary betaine: effects on betaine and homocysteine concentrations in males. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2009;19(11):767-73.
17. Biswas S., Giri S. The importance of choline as an essential nutrient and its role in the prevention of various toxicoses. Prague Med Rep. 2015;116:5-15. doi:10.14712/23362936.2015.40.
18. Farias P. M., Marcelino G., Santana L. F. et al. Minerals in Pregnancy and Their Impact on Child Growth and Development. Molecules. 2020;25:5630. doi:10.3390/molecules25235630.
19. Borge T. C., Aase H., Brantsæter A. L. et al. The importance of maternal diet quality during pregnancy on cognitive and behavioural outcomes in children: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2017;7: e016777. doi:10.1136/bmjopen-2017-016777.
20. AMA Wire AMA Backs Global Health Experts in Calling Infertility a Disease. [accessed on 10 June 2019]; Available online: https://wire.ama-assn.org/ama-news/ama-backs-global-health-experts-calling-infertility-disease.
21. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B₆, Folate, Vitamin B₁₂, Pantothenic Acid, Biotin and Choline. National Academy Press; Washington, DC, USA: 1998.
22. Wallace T. C., Fulgoni V. L. Usual Choline Intakes Are Associated with Egg and Protein Food Consumption in the United States. Nutrients. 2017;9:839. doi: 10.3390/nu9080839.
23. Keats E. C., Oh C., Chau T., Khalifa D. S., Imdad A., Bhutta Z. A. Effects of vitamin and mineral supplementation during pregnancy on maternal, birth, child health and development outcomes in low- and middle-income countries: A systematic review. Campbell Syst Rev. 2021 Jun 26;17(2): e1127. doi:10.1002/cl2.1127. PMID: 37051178; PMCID: PMC8356361.
24. Фесай О.А та ін. Аналіз частоти поліморфізму генів фолатного циклу в жінок із різних регіонів України: власне дослідження та огляд // Репродуктивна ендокринологія. № 4 (42). 2018.
25. Лимар Л.С., Лимар Н.А., Маланич І.М. та ін. (2023) Особливості прегравідарної підготовки жінок із порушеннями менструальної функції на тлі хронічного стресу. Матеріали підсумкової LXVI науково-практичної конференції «Здобутки клінічної та експериментальної медицини», Тернопіль, 2023.
26. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control Prenatal del Embarazo Normal, 2017.

Підготувала Дарина Чернікова

КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ



Нетримання сечі у жінок: навчальний посібник

За ред. В.І. Горового, О.І. Яцини. – Вінниця: ТОВ «Твори», 2020. – 460 с.; іл.

Навчальний посібник висвітлює сучасні питання анатомії, термінології, епідеміології, етіології, патофізіології, діагностики та лікування різних видів нетримання сечі у жінок. Наведена власна оригінальна класифікація стресового нетримання сечі у жінок, а також методи консервативного та хірургічного лікування цього поширеного захворювання з позицій уродинамічних досліджень. Представлено сучасні класифікації пролапсів тазових органів та методи їх корекції у жінок із нетриманням сечі. Описані причини, методи діагностики та лікування імперативного, нейрогенного, парадоксального, коїтального, функціонального та нетримання сечі після завершення акту сечовипускання, які недостатньо повно описані у вітчизняній літературі. Дана характеристика сучасним абсорбуючим захисним гігієнічним засобам для пацієнток із нетриманням сечі.

Пропонується для практичного використання урологам, акушерам-гінекологам, хірургам, невропатологам, сімейним лікарям, фізіотерапевтам, клінічним ординаторам, інтернам, а також студентам вищих медичних закладів III-IV рівня акредитації.

Стосовно придбання посібника звертається за тел.: (097) 751 81 53.

Харчовий раціон жінки 40+: нутриціологічна та дієтологічна практика

За матеріалами конференції

У рамках семінару з міжнародною участю «Дні нутриціолога та дієтолога», що відбувся в Одесі, провідні українські та зарубіжні гастроентерологи й нутриціологи поділилися власним досвідом і останніми досягненнями в галузі лікування розладів шлунково-кишкового тракту. Програма заходу була насиченою та включала доповіді, панельні дискусії, семінари і майстер-класи.



Із вступним словом до учасників семінару звернувся завідувач кафедри педіатрії № 1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, доктор медичних наук, професор **Сергій Леонідович Няньковський**, який зазначив, що на сьогоднішній день все більше уваги приділяється дієтології та нутриціології, адже правильний харчовий раціон

корисно впливає на загальне здоров'я населення і продовжує тривалість життя. Також професор анонсував велику кількість цікавих доповідей із різних галузей медицини і запросив усіх долучитися до обговорення важливих питань.

До слів привітання також долучився президент Асоціації дієтологів України, доцент, кандидат медичних наук **Олег Віталійович Швець**, який зазначив, що за останній рік, навіть попри війну, була проведена масштабна робота задля розвитку дієтології та нутриціології в Україні. Українським фахівцям було надано безкоштовний доступ до всесвітньовідомих джерел та найкращих онлайн-ресурсів доказової медицини. Асоціація дієтологів впритул наблизилася до членства в Європейській асоціації дієтологів. Однак бажання більшого спонукає до тривалої роботи.



Член Європейського товариства дитячих гастроентерологів, гепатологів і нутриціологів (ESPGHAN), професор Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, доктор медичних наук **Олена Сергіївна Няньковська** зазначила, що безкоштовні глобальні медичні заходи в Україні та за кордоном для українських фахівців протягом 2023 року будуть продовжені.



Першим свою доповідь про «Нутритивні інтервенції для сповільнення біологічного годинника» представив **Олег Віталійович Швець**:

— Сьогоднішній інтерес до продовження тривалості життя набуває значного додаткового сенсу, адже люди не просто хочуть жити довше, а й зберегти активність і виглядати молодо. Ще Елеонора Рузвельт зазначала, що «красиві молоді люди є природним випадковим даром, тоді як красиві люди у похилому віці — це скоріше витвори мистецтва».

Сучасна історія досліджень впливу харчування на процес старіння починається у ХХ столітті, коли вченим вдалося встановити вплив обмеження вживання їжі у гризунів на тривалість їхнього життя. Було виявлено, що зменшення калорійності їжі зумовлює збільшення тривалості життя. Роботи Weindluch, Masoro, Walford у 70-90-х роках попереднього століття підтверджували парадигму обмеження споживання калорій як антиейджингову інтервенцію. У подальших дослідженнях ці гіпотези не лише підтвердилися, а й встановлено зменшення кількості захворювань та вікових втрат функцій у гризунів при обмеженні калоражу [1].

Термін «антиейджинг» дуже часто використовують у маркетингу косметичних процедур та дієтичних

добавок із сумнівною ефективністю, які претендують на уповільнення або спроможність регресу процесів старіння. Подібні вислови часто мінімізують публічну довіру до реальних наукових досліджень. Тому під «антиейджингом» варто розуміти уповільнення або регрес проявів, що визначені ключовими складовими процесу старіння [2].

Механізми ефективності противікових нутритивних інтервенцій є досить складними. Ключовими молекулярними компонентами нутритивно-сенсорної мережі є механістична мішень рапаміцинази (mTOR), інсуліновий фактор росту 1 (ІФР-1), аденозин-5-монофосфат-активована протеїнкіназа (АМПК), активуючий перетворювальний протеїн (АКП), сіртулін, сестрін, рапаміцин та ін. Багато доказових факторів свідчать на користь того, що блокування mTOR є спільним механізмом нутритивних інтервенцій, які сповільнюють старіння. У гризунів цей компонент зумовлює омолоджувальний ефект на широкий спектр тканин мозку, нирок, серця тощо.

Основними нутритивними «омолоджувальними» інтервенціями є:

- дієта з обмеженням калорійності;
- кетогенна дієта;
- інтервальне голодування з обмеженням часу вживання їжі;
- обмеження вживання білків.

У продовженні своєї доповіді О.В. Швець навів приклад дієти жителів острова Окінава. Населення острова традиційно споживає на 20% менше калорій, ніж решта жителів Японії. Їхня дієта містить мало білка та багато вуглеводів. Очікувана тривалість життя жителів острова найбільша серед усього населення країни, а кількість жителів старше 99 років є найбільшою в усьому світі. Тому в окінавців низький рівень захворюваності на серцево-судинні хвороби, діабет, рак та інші патології, пов'язані з віком [3].

У серії досліджень CALERIE (Comprehensive Assessment of Long-Term Effects of Reducing Intake of Energy) із включенням дорослих із нормальною/надмірною масою тіла досліджувалося зменшення калорійності їхньої дієти на чверть. Встановлено, що у таких осіб відмічалось поліпшення показників, таких як індекс маси тіла, толерантність до глюкози та чутливість до інсуліну, а також знижувався кардіометаболічний ризик [4].

Публікація визначення калорійності була представлена в журналі Nature Aging. 145 учасників дослідження, випадково відібраних для дотримання плану харчування з обмеженням споживання калорій, мали ознаки уповільнення процесів старіння на 2-3% протягом 2 років порівняно із 75 людьми, котрі продовжували харчуватися звичайно. Окрім цього, уповільнення процесу старіння було пов'язане зі зниженням ризику смертності на 10-15% протягом наступних 10-15 років, що є серйозним результатом [5].

До біомаркерів процесу старіння відносяться:

- годинник ДНК (DNAmclock) — перша версія була заснована на дослідженні генома при різному хронологічному віці, друга — особливості генома співставилися з ризиком захворюваності та смертності;
- годинник фенотипу та вік — співставлення дев'яти біомаркерів, віку та ризику смертності (NHANES);
- годинник GrimAge заснований на аналізі восьми протеїнових маркерів, кількості пачок цигарок, віку, статі та смертності з Framingham Hearts Study Offspring;
- годинник Dunedin PACE базується на даних дослідження Dunedin з аналізом 19 біохімічних маркерів та функціональних тестів у різних вікових групах [5].

У журналі Molecular Psychiatry за 2022 була надрукована стаття про вплив споживання алкоголю на довжину теломер (біомаркер старіння). Отримані дані свідчать про те, що вживання алкоголю (дозозалежне) вкорочує довжину теломер і негативно впливає на ризик захворювань, пов'язаних із віком. Результати дослідження були послідовними та незалежними від супутнього куріння [6].

Наприкінці своєї доповіді спікер висвітлив поширені оманливі уявлення про так звані омолоджувальні дієти. Існує думка, що обмеження калорій завжди працює, а певні метааналізи підтверджують позитивний вплив малокалорійних дієт на тривалість життя. Проте опублікована низка досліджень, що спростовують ці дані. Ефективність обмеження калорій значно залежить від статі, генетичних особливостей та низки інших факторів.

Ще одним поширеним твердженням є те, що обмеження калорій продовжує життя лише завдяки запобіганню виникненню раку. Дійсно, у багатьох дослідженнях висвітлено потужну протипухлинну дію обмеження калорій у лабораторних тварин. Однак гіпокалорійна дієта достовірно затримує вікове погіршення імунітету та функціонального стану внутрішніх органів (мозку, серця, нирок). Обмеження калорій також продовжує тривалість життя у видів живих організмів, які не хворіють на рак, наприклад дріжджів, нематод тощо.

Існує теорія, що окремі макронутрієнти сприяють або перешкоджають довголіттю. Композиція дієти, загальна калорійність, інтервальне голодування можуть сприяти довголіттю та продовженню здорового життя, що було підтверджено в експериментах на лабораторних тваринах. Проте механізми, що лежать в основі цих ефектів, залишаються погано вивченими.

Останнє упередження полягає в тому, що антиейджингові нутритивні інтервенції ефективні у людей. Однак, незважаючи на тривалу популяризацію, дієти все ще залишаються недостатньо вивченими і бракує доказів того, що можна транслювати на людях ефективність інтервенцій у лабораторних тварин. Тому все ще має бути встановлена доказова ефективність та безпечність рестриктивних дієт для уповільнення старіння людей без ожиріння.

Нутритивні інтервенції мають потенціал для продовження тривалості життя і збереження високої функціональної спроможності. Обмеження калорій, ймовірно, є найбільш ефективною модифікацією дієти. Вживання алкоголю значно пришвидшує старіння, вкорочуючи довжину теломер, та збільшує ризик хвороб, асоційованих із віком. А обмеження надходження калорій та споживання макронутрієнтів може викликати мальнутрицію з негативними наслідками для здоров'я.



З доповіддю «Харчовий раціон жінки 40+: на що звернути увагу?» виступила засновниця Академії довголіття **Dr. Skytalinska, віце-президент Асоціації дієтологів України, лікар-дієтолог Оксана Скиталінська**:

— Імунні системи чоловіків та жінок влаштовані по-різному. Чоловіки частіше страждають на серцево-судинні захворювання, хвороби печінки, хворобу Паркінсона, а жінки — на аутоімунні хвороби. У Європі чоловіки живуть у середньому на 5,5 року менше за жінок, а середня світова тривалість життя жінок на 7 років більша за чоловіків.

Це пов'язано з певними відмінностями — різним набором хромосом, мітохондрій, гормонів (статеві, IGF-1, кортикостероїди), мікробіом, циркадний ритм та репродуктивний статус [7, 8].

Естрогени класично вважалися репродуктивними гормонами, але їх роль набагато ширша — вони впливають на метаболізм та виживання. Естрогени присутні в печінці, серці, м'язах, кишечнику, кровотворних клітинах тощо. Захисна роль жіночих гормонів полягає у збільшенні м'язової маси, зменшенні жиру у черевній порожнині, зниженні артеріального тиску, підтриманні кишкового мікробіому, імунної системи, щільності кісток, покращенні настрою та сну.

Жінки у період постменопаузи через вікові зміни рівня естрогенів вразливі до багатьох хвороб, пов'язаних зі старінням: центрального ожиріння, діабету, метаболічного синдрому, остеопорозу, раку молочної залози, хвороби Альцгеймера тощо. Як відзначив Клаудіо Франческі, «жирова тканина — головне джерело запалення». Вісцеральний жир, дефектні мітохондрії, відмерлі клітини призводять до неконтрольованого запалення та інсулінорезистентності. Звідси й виникають схильність до інфекцій, імунопатології, метаболічні порушення та онкозахворювання.

У період пременопаузи (до 40 років) рівень естрогену в організмі жінки збільшений, що проявляється високим енергетичним метаболізмом головного мозку та збалансованим окисно-відновним гомеостазом. У перименопаузальному періоді рівень гормонів залишається високим, проте знижується синтез АТФ, гіпометаболізм глюкози та антиоксидантна активність. Це початок репродуктивного старіння — критичне вікно можливостей. А період постменопаузи характеризується зниженням рівня естрогенів, внаслідок чого пригнічується метаболізм головного мозку і порушується окисно-відновний гомеостаз.

Фактори ризику виникнення хвороб, пов'язаних зі старінням жіночого організму, поділяють на дві групи. До немодифікуючих відносять вік, стать, менопаузу та спадковість. Відомо, що наявність ішемічної хвороби серця у батьків збільшує ризик виникнення цієї патології у нащадків жіночої статі на 70%. Серед факторів, на які можна вплинути:

- режим харчування та голодування;
- вибір дієти;
- куріння та вживання алкоголю;
- рівень фізичної активності, час та кількість сну;
- вживання гормонів;
- стрес;
- фактори впливу на добовий режим [9].

Основні завдання харчування полягають у зниженні запалення, оксидативного стресу і підвищенні чутливості до інсуліну, стресостійкості та імунної відповіді. Досягти цього можна, дотримуючись режиму харчування, споживаючи продукти з низьким глікемічним індексом, рівнем глюкози, фруктози та оксистеролів. Варто надавати перевагу антимутогенній дієті, контролювати рівень амінокислот та періодично скорочувати калорійність продуктів.

Щоб визначити реакцію організму на певні продукти, протягом кількох днів слід дотримуватися простих кроків:

- виміряти рівень глюкози до їди у спокої;
- повторити обстеження через 50-60 хв після їди;
- намагатися, щоб рівень глюкози після прийому їжі не перевищував 6,8 ммоль/л.

Стрибок рівня цукру в крові викликає ендотеліальну дисфункцію, яка провокує розвиток атеросклерозу та збільшує ризик смертності.

Групою дослідників оцінювалася когорта людей віком від 45 років, котрі мали предіабет із переходом у цукровий діабет 2 типу. Було встановлено, що дієта та фізичні вправи — найефективніші засоби лікування цього стану і мають перевагу перед прийомом метформіну [10]. Однак при прогресуванні захворювання розпочинати прийом ліків необхідно.

Коллаген і еластин є довго живучими білками, що розташовані у шкірі та кровоносних судинах. Вони формуються у ранньому віці й повільно оновлюються, модифікуються біохімічними процесами, зумовленими нашим метаболізмом. Ключовим уражаючим фактором є глікація, при якій цукор пошкоджує E-аміногрупу залишків амінокислоти лізину в білках. При активації поширених рецепторів кінцевих продуктів глікації (AGE)

на макрофагах, клітинах ендотелію та гладком'язових клітинах судин може виникати хронічне судинне запалення — атеросклероз [11].

Понад 10% маси тіла здорової людини складають мітохондрії; особливо їх багато в мозку, печінці та м'язах. Для покращення мітогенезу існують біологічно активні молекули їжі, такі як ресвератрол, куркумін, астаксантин, олеуропеїн, спермидин та кверцетин. Також важливим є вітамін К, який у дозі 626 мкг/добу знижує рівень смертності у людей із високим ризиком серцево-судинних захворювань на 50% [12]. Для захисту головного мозку та нервових клітин корисним є фізетин, гліцин, N-ацетилглюкозамін, куркумін та ін. Знижують ризик виникнення хвороби Альцгеймера кофеїн, фітинова кислота, холін, докозагексаєнова кислота, вітаміни D, B₁, B₆, проте залізо, мідь, трансжирні кислоти значно провокують виникнення хвороби.

Варто також дотримуватися харчування згідно із циркадними ритмами. Вживати їжу слід приблизно в один і той самий час, обмежувати перекуси, перерва між вечерею та сніданком має бути не менше 13 годин, а сніданок повинен бути об'ємним. Їжа має бути збалансованою та різноманітною. Рацион харчування має містити клітковину, інулін, квашення. На зменшення запалення впливають омега-3-жирні кислоти, ягоди, какао, оливкова олія, зелень, горіхи. Цибуля, часник, перець, капуста, гранат, шпинат мінімізують ризик виникнення онкологічних патологій. Також варто обмежити споживання метіоніну та відмовитися від десертів, прохолодних напоїв і рафінованих страв.

Корисні властивості правильного харчування мінімізуються при тривалому стресі, нераціональному сні та відсутності фізичних вправ. А при дотриманні усіх умов здорового способу життя та правильного харчування додається 5 років життя.



Лікар-гастроентеролог, дієтолог Діана Олександрівна Птушкіна представила свою доповідь «1000 та 1 запитання дієтологу про рак», у якій розповіла про поживні речовини та дієтичні фактори, найбільше пов'язані з підвищеним ризиком розвитку раку. Надмірна маса тіла у дорослому віці, збільшені окружність талії та/або співвідношення об'єму талії до стегон підвищують ризик розвитку раку. Найбільш часто через ожиріння виникають злоякісні захворювання стравоходу, печінки, підшлункової залози та навколоректальної ділянки.

Що стосується харчових продуктів, то для зниження ризику розвитку раку рекомендовано обмежити або взагалі не споживати оброблене м'ясо та скоротити вживання червоного м'яса. Відомо, що в необробленому м'ясі містяться канцерогени групи 2А, а в обробленому — групи 1. Червоне м'ясо містить гемове залізо, яке сприяє утворенню N-нітрозосполук і призводить до продукції вільних радикалів. Також під час його термічної обробки можуть виділятися гетероциклічні аміни та поліциклічні ароматичні вуглеводи. Оброблене м'ясо містить нітроти й амінокислоти, котрі в поєднанні зі шлунковим соком утворюють N-нітрозосполуки. Високий рівень розвитку раку через надмірне вживання обробленого м'яса спостерігається у шлунку, підшлунковій залозі та стравоході. Тому протягом тижня рекомендовано споживати не більше 3 порцій (360 г) м'яса.

Відомо, що споживання алкоголю (пива, вина, міцних спиртних напоїв) підвищує рівень ризику виникнення раку. З метою мінімізації цих ризиків слід обмежити або повністю відмовитися від вживання алкоголю, незалежно від його міцності. Негативні властивості алкоголю полягають у посиленні вільнорадикальних процесів, погіршенні засвоєння в кишечнику вітамінів групи А, В, D, С та Е, а також збільшенні рівня естрогену. Доведено, що не існує безпечної дози алкоголю, котра не впливає на ризик розвитку раку глотки, гортані, стравоходу, молочної залози, печінки та ін.

Що стосується споживання солі, то велика її кількість підвищує ендогенні утворення N-нітрозамінів, які є канцерогенами, пошкоднують слизову оболонку

шлунка та збільшують ризик виникнення інфекції *Helicobacter pylori*. Обмеження споживання продуктів, консервованих у солі, може знизити ризик виникнення раку шлунка. Також підвищувати ризик розвитку раку шкіри та сечового міхура може високий вплив миш'яку у питній воді.

Здоровий режим харчування, включаючи середземноморську дієту, пов'язаний зі зниженням розвитку коло ректального раку, раку легень, печінки та смертності від них. Для цього типу харчування характерне споживання цільного зерна, горіхів, насіння, овочів, фруктів, твердих жирів. Важливо надавати перевагу некрохмальним овочам (баклажанам, капусті, буряку, моркві). Існують обмежені докази щодо користі споживання горіхів для профілактики раку, проте велика кількість горіхів у харчовому раціоні пов'язана зі зниженням загального ризику розвитку раку на 15%. Тому перевагу слід віддавати горіхам із мінімальним вмістом насичених жирних кислот (фундуку, мигдалю, кедровому).

Вживання кисломолочних продуктів знижує рівень розвитку раку сечового міхура, стравоходу та колоректального раку. Загальний ризик розвитку раку знижується на 14%, а при споживанні йогуртів — на 19%. Однак не було виявлено істотного впливу на злоякісні захворювання споживання твердого сиру.

Чорний чай знижує ризик раку сечового міхура. Вплив кави слід розглядати в контексті здорового режиму харчування, враховуючи інші проблеми зі здоров'ям. Споживання кави в дозі, що не перевищує 400 мг кофеїну на добу, знижує ризик раку печінки, глотки, гортані та шкіри.

Відомо, що добавка вітаміну D не пов'язана зі зниженням захворюваності на рак, проте існує думка, що вітамін D₃ знижує ризик смертності на 15%. Тому потрібні додаткові дослідження для визначення ідеальної дози цього вітаміну.

Дієтичні добавки бета-каротину у високих дозах (50 мг щодня) не підвищують ризик немеланомного раку шкіри та раку простати, проте збільшують ймовірність раку легень у людей, які в минулому курили. Адже при вживанні біологічно активних добавок бета-каротину захисна дія природних каротиноїдів втрачається.

Існують неоднозначні дані щодо переваг добавок селену для профілактики раку. Селен може захищати від росту ракових клітин завдяки впливу на стабільність ДНК, клітинну проліферацію, апоптичну загибель здорових і ракових клітин та регуляції окисного стресу. Також селен бере участь у профілактиці раку через антиоксидантні властивості селенпротеїнів. Проте лабораторні дослідження показали, що селен може сприяти трансформації та прогресуванню ракових клітин.

Застосування полівітамінних та мінеральних комплексів не підтвердило загальної користі для профілактики хронічних захворювань і пов'язаних із ними наслідків. Тому мультивітамінні комплекси не рекомендовані для профілактики хронічних захворювань населення в цілому. Також відсутні достовірні дані щодо корисної дії вітаміну С, Е та фолієвої кислоти.

Суперечливі дані було отримано при дослідженні впливу кальцію на розвиток злоякісних захворювань. Підвищення споживання кальцію пов'язане зі зниженням ризику розвитку колоректального раку, але збільшує ризик розвитку раку простати.

Загальний ризик раку може бути нижчим при вегетаріанському харчуванні. Такий тип харчування демонструє тенденцію до зниження ризику певних специфічних типів раку (молочних залоз, передміхурової залози). Належним чином спланована вегетаріанська дієта може бути корисною для профілактики колоректального раку.

Із загальних рекомендацій щодо модифікації способу життя можна навести наступні. Слід уникати вживання алкоголю та тютюну, бути фізично активним, підтримувати нормальну масу тіла та дотримуватися дієти, що містить багато фруктів, овочів, цільнозернових продуктів, знизити споживання насичених трансжирів та червоного м'яса. Також варто уникати надмірної дії сонячного випромінювання, захищатися від інфекцій, що передаються статевим шляхом, та проходити регулярні профілактичні обстеження на рак молочної залози, шийки матки, легень та колоректальний рак.

Підготувала **Оксана Габрук**

КАЛЬЦІЙ-Д₃ НІКОМЕД

ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

- Знижує ризик розвитку рахіту¹
- Сприяє правильному формуванню та функціонуванню всіх органів та систем плоду²
- Компенсує дефіцит кальцію та вітаміну Д₃^{3*}



500
МГ
КАЛЬЦІЙ

200
МО
ВІТАМІН Д₃

ЗІ СМАКОМ
АПЕЛЬСИНУ

ЗІ СМАКОМ
М'ЯТИ

Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, для розміщення у спеціалізованих виданнях, що призначені для медичних установ та лікарів, а також для поширення на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Повна інформація міститься в інструкції з медичного використання препарату. **Витяг з інструкції Кальцій-Д₃ Нікомед з апельсиновим / з м'ятним смаками.** **Склад:** 1 таблетка містить кальцію карбонату 1250 мг (500 мг кальцію), холекальциферолу (вітаміну Д₃) – 5 мкг (200 МО). **Лікарська форма.** Таблетки жувальні. **Фармакотерапевтична група.** Мінеральні домішки. Кальцій, комбінації з вітаміном D та/або іншими препаратами. Код АТХ А12А Х. **Показання:** Профілактика та лікування дефіциту кальцію та вітаміну D. Додаткове застосування вітаміну D та кальцію як доповнення до специфічної терапії остеопорозу у пацієнтів з ризиком розвитку дефіциту кальцію та вітаміну D. **Протипоказання:** Гіперчутливість до активної речовини або інших компонентів препарату; тяжкий ступінь ниркової недостатності та інші. **Фармакологічні властивості.** Вітамін Д₃ збільшує всмоктування кальцію в кишечнику. Застосування кальцію та вітаміну Д₃ перешкоджає підвищенню рівня паратиреоїдного гормону (ПТГ), яке спричинене дефіцитом кальцію та призводить до підсилення кісткової резорбції (вимивання кальцію з кісток). **Категорія відпуску.** Без рецепта. Кальцій-Д₃ Нікомед з апельсиновим смаком РП № UA/3541/01/01 від 25.03.2020. Кальцій- Д₃ Нікомед з м'ятним смаком РП № UA/10610/01/01 від 09.04.2020. **Виробник:** Такеда АС, Норвегія / Takeda AS, Norway.

*Добова доза не повинна перевищувати 2500 мг кальцію та 4000 МО вітаміну D. Дослідження на тваринах показали, що вітамін D у високих дозах має репродуктивну токсичність. Вагітним жінкам слід уникати передозування препаратом, оскільки тривала гіперкальціємія має несприятливі наслідки для плода. Немає підтвержень, що вітамін D у рекомендованих дозах може спричинити тератогенний ефект у людини. 1. Щеплягіна Л.А. с соавт. «Состояние костного метаболизма и линейный рост младенцев в зависимости от обеспеченности кальцием матери. Вопросы современной педиатрии. 2006; ТОМ 5 (№ 5): 47-50. 2. Кузьмина Э.М. Кальций в комплексной профилактике стоматологических заболеваний у беременных женщин и подростков. Учебное пособие. 2012. 3. Адаптовано з інструкції з медичного застосування лікарського засобу Кальцій-Д₃ Нікомед.

ВІСНИК online

щомісячний дайджест
для лікарів

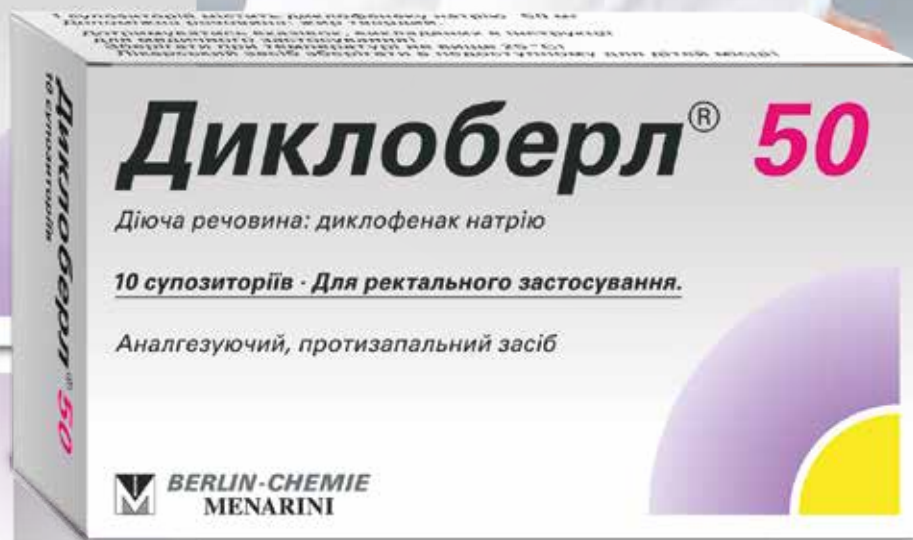
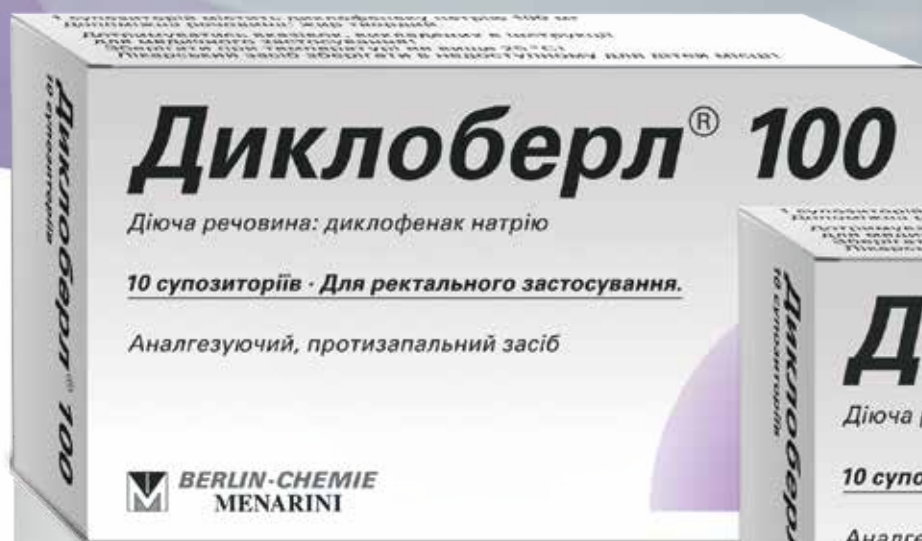
Щомісяця ми збираємо найкращі (за читацьким рейтингом) матеріали з усіх наших друкованих видань — газет і журналів. Тепер ви можете швидко та легко знімати інформаційні «вершки».

Як? - Просто підпишіться на щомісячну розсилку «Вісник online» та читайте без обмежень!



Диклоберл® diclofenac sodium

**ДИКЛОФЕНАК
№1 В УКРАЇНІ
ЗА РЕКОМЕНДАЦІЯМИ ЛІКАРІВ¹**



✓ **МАКСИМАЛЬНА КОНЦЕНТРАЦІЯ
У ПЛАЗМІ КРОВІ ДОСЯГАЄТЬСЯ
ПРИБЛИЗНО ЧЕРЕЗ 1 ГОДИНУ²**

✓ **ТОРПЕДОПОДІБНІ
СУПОЗИТОРІЇ²**

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.
Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу Диклоберл 50, 100.

Склад: Супозиторії: 1 супозиторій містить диклофенаку натрію 100 мг або 50 мг.

Фармакотерапевтична група. Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу Диклоберл 50, 100. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТХ M01A B05.

Показання. Запальні і дегенеративні форми ревматизму: ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондиліт, остеоартрит, включаючи спондилоартрит. Больові синдроми з боку хребта. Ревматичні захворювання позасуглобових м'яких тканин. Посттравматичні і післяопераційні больові синдроми, що супроводжуються запаленням і набряком, зокрема після стоматологічних та ортопедичних операцій. Гінекологічні захворювання, які супроводжуються больовим синдромом і запаленням, наприклад, первинна дисменорея та аднексит. Напади мігрені. Гострі напади подагри. Як допоміжний засіб при тяжких запальних захворюваннях ЛОР-органів, які супроводжуються болісним відчуттям, наприклад, при фарингиті, отиті.

Протипоказання. Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якої допоміжної речовини лікарського засобу, що перелічені у розділі «Склад». Активна форма виразкової хвороби/кровотечі або рецидивуюча виразкова хвороба/кровотеча в анамнезі (два або більше окремих епізоди діагностованої виразки або кровотечі). Кровотеча або перфорація шлунково-кишкового тракту в анамнезі, що пов'язані з попереднім лікуванням НПЗП. Гостра виразка шлунка або кишечника, кровотеча або перфорація. Тяжкі порушення функції печінки або нирок, печінкова недостатність, ниркова недостатність. Застійна серцева недостатність (NYHA II-IV); ішемічна хвороба серця у пацієнтів, які мають стенокардію, перенесли інфаркт міокарда; захворювання пери-

феричних артерій та/або цереброваскулярні захворювання у пацієнтів, які перенесли інсульт або мають епізоди транзиторних ішемічних атак. Проктит. **Спосіб застосування та дози.**

Диклоберл® супозиторії 50 та 100 мг. Небажані ефекти можна мінімізувати шляхом застосування найнижчої ефективної дози впродовж найкоротшого періоду часу, необхідної для контролю симптомів. Не застосовувати внутрішньо, тільки для ректального введення. Супозиторії потрібно вводити у пряму кишку якомога глибше, бажано після очищення кишечника. Початкова доза зазвичай становить 100-150 мг на добу. При невиражених симптомах, а також при тривалій терапії достатньо дози 75-100 мг/добу. Добову дозу розподілити на 2-3 прийоми. Для уникнення нічного болю або ранкової скутості до застосування препарату вдень призначати Диклоберл® 100 у вигляді ректальних супозиторіїв перед сном (добова доза препарату не повинна перевищувати 150 мг). При первинній дисменорей добову дозу підбирати індивідуально, зазвичай вона становить 50-150 мг/добу. Початкова доза може бути 50-100 мг/добу, але у разі необхідності її можна збільшити впродовж кількох менструальних циклів до максимальної, що становить 150 мг/добу. Застосування препарату слід починати після виникнення перших больових симптомів та продовжувати декілька днів, залежно від динаміки регресії симптомів.

Побічні реакції. Біль у грудях, набряки, інфаркт міокарда, інсульт, порушення кровотворення (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, панцитопенія, агранулоцитоз), головний біль, сонливість, розлад зору та диплопія, дзвін у вухах, нудота, блювання, діарея, диспепсія, виразки шлунка і кишечника, що супроводжуються або не супроводжуються кровотечею, гастрит, стоматит, запор, панкреатит, екзантема, екзема, еритема, реакції підвищеної чутливості, такі як висипання на шкірі та свербіж, алергічний васкуліт, астма, підвищення рівня трансаміназ у крові, психотичні розлади, депресія, відчуття тривоги, безсоння, нічні жахіття та інше.

За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженої наказом МОЗ (Диклоберл® супозиторії 100 мг №657 від 07.04.2023 та 50 мг №498 від 16.03.2023). Перед призначенням обов'язково уважно прочитайте інструкцію для медичного застосування лікарського засобу.

Виробник. Диклоберл® супозиторії 50 мг та 100 мг: Берлін-Хемі АГ, Глінкер Вег 125, 12489 Берлін, Німеччина. № UA/9701/02/02, №UA/9701/02/01

Для особистого використання для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Матеріал для ознайомлення спеціалістів у галузі охорони здоров'я під час проведення конференцій, семінарів.

За додатковою інформацією про лікарський засіб звертайтеся за адресою:

Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88.

1. За результатами призначень лікарів лікарських засобів в АТС-групі M01A B05 «Диклофенак» за період квартал 1 2022 - 1 квартал 2023 рр., за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmXplorer»/«Фармстандарт» компанії «Proxima Research».

2. Інструкції для медичного застосування препарату (Диклоберл® супозиторії 100 мг №657 від 07.04.2023 та 50 мг №498 від 16.03.2023).

UA-DIC-03-2023-V1-Print. Затверджено 09/05/2023



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**