Издательский дом «Здоровье Украины. Медицинские издания»

Медицинские аспекты здоровья женщины
Медичні аспекти здоров'я жінки

Журнал для врача-практика

Учрежден в июле 2006 г. Периодичность издания – 10 выходов в год

№ 1 (75) 2014

Содержание

ГИНЕКОЛОГИЯ

Нормалізація клініко-гормонального дисбалансу у жінок пременопаузального віку при застосуванні гормональних та гомеопатичних препаратів
Л.В. Гінчицька 68

АКУШЕРСТВО

Значення лактації для здоров'я молочних залоз. Первинна профілактика та корекція порушень лактації
С.А. Ласачко, Т.І. Холодняк, Т.Ю. Бабич, О.О. Джеломанова 5

Периконцепционный прием фолиевой кислоты и мультивитаминных комплексов с целью профилактики врожденных пороков развития 28

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Клінічний випадок міграції внутрішньоматкового контрацептива в сечовий міхур
В.І. Горовий 35

Беременность и мочекаменная болезнь
П.Н. Веропотвелян, И.В. Гужевская, Н.П. Веропотвелян и др. 39

Роль меди и марганца в метаболизме железа
Е. Семенова, М. Кунина, Н. Стуклов 49

Особенности клинических проявлений и консервативной терапии геморроя у беременных
Ю.В. Чушков 56

Кинути палити: від паліатив до реальних результатів 62

РЕПРОДУКТОЛОГИЯ

Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні
Наказ МОЗ і НАМН України від 29.11.2013 р. № 1030/102 12

ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

С.А. Кубанський 72

ЗАПИСНАЯ КНИЖКА

Анонс 38, 48, 61
Дайджест 37

Учредитель
Игорь Иванченко

Руководитель проекта
Татьяна Артюнина

Издатель
ООО «Медицинские аспекты здоровья человека»

Генеральный директор
Анастасия Чаплыженко

Медицинский директор
Валерий Кидонь

Отдел рекламы
Анастасия Чаплыженко
Chaplyzhenko@id-zu.com

Шеф-редактор
Мария Арефьева
Arefieva@id-zu.com

Ответственный секретарь
Алла Яворская

Медицинские редакторы
Марина Малей
Ольга Жигунова

Литературный редактор
Алла Яворская

Дизайн/верстка
Елена Заболотная

Начальник производственного отдела
Ивалин Крайчев

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

Регистрационное свидетельство
КВ № 10783 от 23.12.05

Подписано в печать 18.02.2014
Заказ № 18/02
Печать – ООО «Издательский дом «Аванпост-Прим».
03035, г. Киев, ул. Сурикова, 3

Тираж 10 000 экз.

Редакция может публиковать материалы, не разделяя точки зрения авторов.
За достоверность фактов, цитат, имен, географических названий и иных сведений отвечают авторы. Материалы с пометкой Ⓡ публикуются на правах рекламы.
Пометка Ⓡ используется для публикаций рекламного характера, содержащих информацию о медицинских лабораториях, услугах медицинских клиник, медицинской аппаратуре, иных, в т.ч. лекарственных, средствах, которые не внесены в перечень запрещенных к рекламированию.
Публикации с пометкой ⓘ содержат информацию о лекарственных средствах и предназначены для медицинских и фармацевтических работников.
Правовой режим информации, изложенной в этом издании или предоставленной для распространения на специализированных мероприятиях по медицинской тематике, в первую очередь определяется Законом Украины от 04.04.1996 г. № 123/96-ВР «О лекарственных средствах». Ответственность за содержание рекламных и информационных материалов несут лица, подавшие указанные материалы для размещения в издании.
Перепечатка материалов допускается только с разрешения редакции.
Защищено авторским правом.
Рукописи не возвращаются.

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

© Иванченко И.Д., 2006.

Редакционная коллегия

Бенюк Василий Алексеевич
д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 3 НМУ им. А.А. Богомольца

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

Веропотвелян Петр Николаевич
к.мед.н., заслуженный врач Украины, заведующий амбулаторным отделом патологии репродуктивной функции человека ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», г. Кривой Рог

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

Воробьева Людмила Ивановна
д.мед.н., профессор, руководитель отдела онкогинекологии Национального института рака АМН Украины

Гнатко Елена Петровна
д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2 НМУ им. А.А. Богомольца

Давыдова Юлия Владимировна
д.мед.н., заведующая акушерским отделением экстрагенитальной патологии и постнатальной реабилитации Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Дубоссарская Зинаида Михайловна
заслуженный деятель науки и техники Украины, д.мед.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО Днепропетровской государственной медицинской академии

Дубоссарская Юлианна Александровна
д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО Днепропетровской государственной медицинской академии

Жабченко Ирина Анатольевна
д.мед.н., заведующая отделением патологии беременности и родов Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Калюжная Лидия Денисовна
д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Князькова Ирина Ивановна
д.мед.н., профессор кафедры внутренней медицины №1 и клинической фармакологии Харьковского национального медицинского университета

Кузнецов Валерий Николаевич
д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии НМАПО им. П.Л. Шупика

Лившиц Людмила Аврамовна
д.мед.н., профессор, заведующая отделом геномики человека Института молекулярной биологии и генетики НАН Украины

Маньковский Борис Никитич
член-кор. НАМН Украины, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой диабетологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Медведь Владимир Исаакович
член-кор. НАМН Украины, д.мед.н., профессор, заведующий отделением внутренней патологии беременных Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Поворознюк Владислав Владимирович
д.мед.н., профессор, руководитель отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата Института геронтологии НАМН Украины,

Смоланка Иван Иванович
д.мед.н., профессор, руководитель отдела опухолей грудной железы и ее реконструктивной хирургии Национального института рака АМН Украины

Татарчук Татьяна Феофановна
член-кор. НАМН Украины, д.мед.н., профессор, заведующая отделом эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Ткаченко Руслан Афанасьевич
д.мед.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО им. П.Л. Шупика,

Шунько Елизавета Евгеньевна
д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой неонатологии НМАПО им. П.Л. Шупика

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

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

Значення лактації для здоров'я молочних залоз. Первинна профілактика та корекція порушень лактації

С.А. Ласачко, к.мед.н., доцент кафедри; Т.І. Холодняк, к.мед.н;
Т.Ю. Бабич, д.мед.н, професор; О.О. Джеломанова
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ННІПО Донецького національного медичного університету ім. Максима Горького
Донецький регіональний центр охорони материнства та дитинства

Представлені сучасні погляди на значення грудного вигодовування для здоров'я матері та новонародженого. Особлива увага приділена даним доказової медицини щодо профілактики злоякісних пухлин молочної залози. Викладено основні принципи підтримки грудного вигодовування згідно з рекомендаціями ВООЗ та нормативними документами МОЗ України. Наведені класифікація основних порушень лактації та методи їх первинної профілактики і корекції.

Ключові слова: *грудне вигодовування, лактація, молочна залоза, рак молочної залози, профілактика.*

Лактація – це створений природою унікальний феномен, який забезпечує дитину їжею в перші місяці життя та є одним з показників репродуктивного здоров'я жінки. Грудне вигодовування (ГВ) має велике значення для фізичного і психоемоційного здоров'я новонародженого та для здоров'я жінки як в перші тижні та місяці після пологів, так і через багато років. За оцінкою ВООЗ, тільки виняткове ГВ до 6 міс може знизити дитячу смертність на 10%. За даними доказової медицини, ГВ є найбільш збалансованим видом годування дитини в самому ранньому періоді життя, а також дієвим методом профілактики шлунково-кишкових та інфекційних захворювань, вносить безцінний вклад у нормальний фізичний, розумовий, емоційний та соціальний розвиток дитини. Ранній початок ГВ сприяє фізіологічному перебігу післяпологового періоду, прискорює інволюцію матки, знижує частоту інфекційно-септичних ускладнень, зменшує крововтрату та ризик післяпологових кровотеч.

У літературних джерелах зазначається, що лактація знижує ризик розвитку раку молочної залози (РМЗ), раку яєчників і онкологічних захворювань матки в майбутньому, сприяє профілактиці мастопатій, покращенню мінералізації кісткової тканини та зниженню ризику переломів тазової кістки в постклімактеричному періоді.

Згідно з МКХ 10, виокремлюють наступні порушення лактації (О91-92):

О91 – лактаційний мастит;
О92.1 – тріщина соска;
О92.2 – інші та неуточнені порушення;
О92.3 – агалактія первинна;
О92.4 – гіпогалактія;
О92.5 – агалактія вторинна та за медичними показаннями;
О92.6 – галакторея післяпологова;
О92.7 – лактостаз, полігалактія та інші порушення лактації.

В Україні ГВ є традиційним, однак починаючи з 70-х років минулого сторіччя спостерігається тенденція до зниження його частоти та тривалості. Нині традиції ГВ послідовно, хоча й поволі, відроджуються. Із 1996 р. у нас впроваджується прийнята в європейських країнах і США фізіологічно обгрунтована методика ВООЗ з підтримки ГВ, затверджена декларацією ВООЗ/ЮНІСЕФ 1989 р. Основні принципи підтримки ГВ докладно відображені в наказах МОЗ України: від 31.07.2006 р. № 529/49 «Про затвердження галузевої програми "Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки"»; від 04.08.2006 р. № 540 «Про затвердження принципів підтримки грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність

статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини»»; від 25.07.2006 р. № 519 «Про затвердження навчального посібника "Підготовка сім'ї до народження дитини в Україні"». Змінилося на краще відношення жінок і медичних працівників до ГВ, розуміння його важливості для здоров'я матері та дитини. Оптимальним вигодовуванням, згідно з даними ВООЗ і програми «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки», вважається виняткове ГВ до шести місяців і його продовження до двох років з відповідним догодовуванням.

Разом із тим, на жаль, в ряді випадків, стикаючись з тими або іншими проблемами в період лактації, жінки і навіть інколи медичні працівники віддають перевагу відмові від годування грудьми та вибирають більш простий шлях – дати дитині замінники грудного молока. Надаючи своєчасну та кваліфіковану допомогу матерям-годувальницям, можна уникнути ускладнень, пов'язаних з лактацією. Саме тому важливою є організація всебічної і в першу чергу інформаційної підтримки жінці ще під час вагітності й надалі – після пологів.

Значення лактації для здоров'я молочних залоз

Фізіологічні процеси, що відбуваються в молочній залозі (МЗ) під час вагітності та лактації, забезпечують еволюцію та диференціацію залозистого епітелію, завдяки чому його клітини мають більшу резистентність до впливу канцерогенів. До факторів, які виявляють захисний ефект, відносять: пологи у жінок віком 20-25 років, годування грудьми, кількість пологів (більше двох) з повноцінною лактацією. Зниження ризику РМЗ становить 7% на кожні пологи без врахування ефекту лактації. На ризик також впливає вік жінки під час перших пологів. Вважається, що віковою межею для перших пологів, які можна визначити як ранні, є вік до 24 років. Кожний наступний рік відстрочки перших пологів підвищує ризик розвитку РМЗ на 3%. Протекторний ефект лактації спостерігається навіть за короткої її тривалості, що є характерним для більшості розвинутих країн. Ризик РМЗ знижується на 5% на кожний додатковий місяць лактації. За сумарною тривалістю лактації протягом 24 міс і більше статистично значуще зниження ризику РМЗ спостерігається навіть через 50 років після останньої лактації. Відсутність пологів, лактації відіграє ключову роль у підвищенні розповсюдження РМЗ.

Відсутність овуляції в період лактації впливає на рівень гормонів, потенційно пов'язаних з підвищенням ризику розвитку РМЗ. Більшість дослідників вважає відсутність овуляції одним з провідних механізмів, внаслідок якого лактація або годування грудьми знижує ризик РМЗ. Окрім гормонального ефекту ановуляції-аменореї, протекторний ефект може бути зумовлений вираженою ексфоліацією епітелію МЗ під час лактації та елімінацією клітин з можливими дефектами дезоксирибонуклеїнової кислоти на фоні масивного епітеліального апоптозу через закінчення годування грудьми.

За результатами дослідження, проведеного в Донецькому регіональному центрі охорони материнства та дитинства (ДРЦОМД), виявлено суттєві розбіжності лактаційного анамнезу пацієнток із РМЗ та дисгормональними захворюваннями МЗ (ДЗМЗ) у порівнянні з контролем. Нами проведено ретроспективний аналіз медичної документації (обмінні карти, історії пологів) та анкетування 3119 пацієнток. Детально вивчені соматичний, акушерсько-гінекологічний анамнез, особливості перебігу вагітності, пологів, характер і тривалість лактації у цих жінок: враховані випадки труднощів прикладання дитини до грудей, лактостазу, маститів, тріщин сосків; підрахована кількість осіб, які дотримувались виключно ГВ до 6 міс. Так, в анамнезі пацієнток із РМЗ і ДЗМЗ у порівнянні з контролем втричі частіше мало місце раптове, але не медикаментозне припинення лактації. У таких пацієнток вірогідно вищим був відсоток маститу, лактостазу у порівнянні зі здоровими жінками, удвічі частіше спостерігалися відхилення та порушення режиму ГВ: годування зцідженим молоком з пляшечки, часте прикладання (до 30 разів на добу) дитини до грудей на другому році життя. Такі стани призводять до порушення регуляторних механізмів як формування, так і згасання лактації і пізніше – до розвитку гіперпролактинемії, галактореї, порушень менструального циклу та патологічних процесів в епітелії МЗ.

У 2001 р. ДРЦОМД одним з перших в Україні був сертифікований як «Лікарня, доброзичлива до дитини» та з честю підтвердив це звання в 2004, 2008 та 2011 рр. Головним напрямком ініціативи ВООЗ-ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини» є сучасні принципи ведення лактації та ГВ, проведення сімейних пологів. За одинадцять років роботи колектив центру постійно намагається вдосконалювати заходи, спрямовані на підтримку та навчання жінок щодо ГВ.

Нами проведено анкетування 1047 осіб, які народжували у ДРЦОМД у 1997-2001 рр. та увійшли до групи порівняння. Основну групу становили 2053 жінки, які народжували в 2009-2010 рр. З метою профілактики порушень лактації, згідно з принципами підтримки ГВ, вони взяли участь у семінарах на тему «Грудне вигодовування» під час вагітності та в післяпологовому стаціонарі. За відсутності протипоказань здійснювали перше прикладання до грудей одразу після пологів, матері постійно перебували разом з новонародженими в палаті. Для оцінки лактаційної функції після виписки зі стаціонару спеціалісти центру підтримували зв'язок з жінками в телефонному режимі. Також було запроваджено гарячу лінію для забезпечення раннього звернення в разі виникнення

питань, пов'язаних з лактацією, та для своєчасного надання консультативної допомоги маммолога. В усіх випадках звернень проводилось додаткове консультування пацієнток з метою підтримки ГВ. Лікування маститу та лактостазу поєднували зі збереженням ГВ. Використовували клінічні, лабораторні методи обстеження, анкетування. Ультразвукове дослідження МЗ виконували на апараті Siemens з використанням сірої шкали та лінійного датчика з частотою 10 МГц у відповідності до загальноприйнятої методики. Також проводили контактну термомаммографію – дослідження МЗ на термографі контактному цифровому ТКЦ-1.

Первинна профілактика та корекція порушень лактації

Годування грудьми – процес природний. Однак у новонароджених за наявністю пошукового рефлексу і рефлексу ссання немає навички захоплення грудей. Дитина потребує навчання так само, як і мати, яка не має досвіду ГВ. Закріплення навичок правильного прикладання вимагає не менше трьох тижнів. Жінка може відчувати невпевненість, у неї можуть виникати сумніви стосовно того, чи все вона робить правильно, що є проявом відповідальності за здоров'я дитини. Тому вона потребує інформаційної підтримки та допомоги кваліфікованого медичного персоналу як для успішного фізіологічного становлення лактації, так і для подальшої її підтримки.

Дуже важливим є забезпечення проведення єдиної політики підтримки ГВ в лікувальному закладі на всіх етапах. Підготовку до ГВ слід починати ще під час вагітності. Організація освітніх семінарів та практичних занять з використанням спеціальних муляжів МЗ та ляльок дає можливість майбутній матері підготуватися до народження дитини та почуватися більш впевненою і спокійною. Враховуючи важливість підтримки сім'ї у післяпологовому періоді, заохочується відвідування таких семінарів як вагітною, так і її чоловіком чи іншими членами родини.

Одразу після народження дитини та викладання її на живіт матері починається процес імпринтингу. Здійснюється формування матриці тривалого зв'язку з матір'ю/батьком та розвитку стійкої прихильності до них. Цей процес відбувається в першу годину життя – чітко визначений період, що має назву критичного, або сенситивного. Важливо, щоб у цей час дитина знайшла груди та почала ссати. Таким чином, запускається пролактин-окситоциновий рефлекс, що встановлює механізм тривалої лактації, а немовля «запам'ятовує», як правильно захопити груди. Після цього настає фаза відпочинку, і воно засинає. Саме тому після народження дитині необхідно полежати на животі у матері не менше 1,5-2 год.

Кількість грудного молока залежить від багатьох факторів: психологічного та фізичного стану матері, тривалості ссання грудей дитиною та кількості молока, яку вона відсмоктує. Чим більше малюк відсмоктує, тим більше молока прибуває. Тому важливо, щоб мати та дитина були разом весь час, і годування відбувалося за вимогою, а не за розкладом. При цьому необхідно дотримуватись декількох важливих правил:

- під час годування дитини матері необхідно зайняти зручне положення (сидячи, лежачи, стоячи);
- дитина повинна бути повернута животом до живота. Вушко, плече, стегно малюка знаходяться в одній площині, він повністю захоплює сосок і більшу частину навколососкової ділянки; нижня губка відвернута на підборіддя.

Грудне молоко містить речовину, що скорочує або стримує вироблення молока (інгібітор), це запобігає надмірному наповненню МЗ. Якщо ж молоко через ссання або зціджування видаляється, концентрація інгібітора знижується, і тоді молока виробляється більше.

Труднощі при годуванні грудьми спричинені наступними факторами:

- плоскі або втягнуті соски;
- нагрубання, закупорка молочного протоку;
- тріщини сосків.

Найбільш частими помилками під час налагодження ГВ є годування штучною сумішшю, водою і т. ін., використання сосок-пустушок. Це заважає формуванню процесу ссання. Зниження стимуляції МЗ потребує більше часу для прибуття молока. Слід зазначити, що на кількість молока не впливають такі чинники: вік матері, статеве життя, менструація, кесарів розтин, передчасні пологи, багатодітність, їжа матері, вік дитини, трудова діяльність.

Гіпогалактія – зниження функції МЗ, що може виявлятися порушенням процесів лактогенезу та лактопоезу (молоковіддачі). Розрізняють первинну та вторинну гіпогалактію, а також період уповільненого прибуття молока. **Первинна гіпогалактія** виявляється у перші 10 днів після пологів, коли з початку лактації спостерігається різка нестача молока (2,8-8% випадків). Причинами гіпогалактії є патофізіологічні та нейрогормональні порушення, що визначають неспроможність лактопоезу (інфантилізм, захворювання органів внутрішньої секреції).

Період уповільненого прибуття молока пов'язаний з акушерськими та екстрагенітальними ускладненнями, оперативним розродженням, посилюється відокремленим перебуванням немовляти від матері та після пологів. **Вторинна гіпогалактія** найчастіше є результатом помилок в організації ГВ і пов'язана з появою тріщин сосків, маститу, психологічних проблем жінки та її невпевненістю у своїй здатності годувати дитину грудьми.

Слід враховувати також наявність так званих лактаційних криз, що зумовлені підвищенням енерговитрат дитини, пов'язаних з її зростанням, а також періодичністю гормонального регулювання

ISSN 2311-5335

лактації. Частіше лактаційні кризи виникають на 3-6-му тижні та на 3; 4; 7 і 8-му місяцях лактації. Їхня тривалість в середньому становить 3-4 доби, вони мають повністю зворотний характер, не являють собою небезпеки для здоров'я дитини та не вимагають догодовування сумішшю. Найбільш ефективним в такій ситуації є надання консультації жінці. При проведенні консультування необхідно з'ясувати наступне:

- чи дійсно дитині не вистачає материнського молока, чи це так здається матері;
- голодування дитини пов'язано з недостатнім надходженням молока при нормальній лактації чи зі зниженням його виведення у жінки.

Головні ознаки недостатньої кількості молока:

- зниження прибавки ваги тіла дитини (< 500 г/міс);
- виділення дитиною невеликої кількості концентрованої сечі (< 6 разів на день);
- незадоволення дитини після годування грудьми (плаче, часто і тривало смокче або відмовляється від грудей);
- у малюка щільні, сухі, зелені або невеликі за обсягом випорожнення.

З метою забезпечення безперервного процесу ГВ обов'язковим є інформування пацієнтки про можливість виникнення лактаційних кризів для спокійного сприйняття нею тимчасового зменшення кількості молока. Необхідно дозволити дитині ссати груди якомога частіше, особливо ефективні нічні годування. Тільки активне ссання і спорожнення грудей збільшує лактацію. Якщо мати отримує повноцінне харчування, їжа та теплий напій допоможуть їй розслабитися і почуватися впевненою. Деякі напої знижують лактацію. Спеціальні трав'яні збори, чаї, що пропонуються фірмами-виробниками молочної суміші для збільшення вироблення грудного молока, не шкідливі, але й не досить ефективні. Необхідно обов'язково перевірити правильність техніки годування та налагодити відповідний відпочинок і сон матері, залучити для допомоги в цей період родичів.

Однією з частих причин припинення ГВ є відмова дитини від грудей. Це може спричинити сильний негативний психологічний вплив на матір. Часто цю проблему можна вирішити, з'ясувавши причину відмови:

- Інколи дитина бере груди, але не смокче і не ковтає або смокче дуже мляво. Найчастіше це відбувається, якщо вона нездорова.
- Дитя кричить і опирається, в той час як мати намагається дати йому груди. Така реакція виникає через натиснення на голівку дитини ззаду матір'ю або особою, яка їй допомагає, через грубе прикладання до грудей.
- Малюк хвилину смокче, після цього відривається від грудей, давиться та плаче. За одне годування він може робити це декілька разів. У нього може бути закладений ніс, може розвинутися запалення в роті (частіше це молочниця) або у матері багато молока та воно надто швидко витікає.
- Годування з пляшечки або ссання соски-пустушки викликає у дитини плутанину сосків, і вона може перестати брати груди.
- Інколи дитина бере одну МЗ і відмовляється від іншої. Це пов'язано з ускладненнями в пологах (перелом ключиці, кефалогематома) або анатомічними особливостями МЗ, які забезпечують більш вільне отримання дитиною молока з однієї з них.
- Недостатня кількість молока через погане прикладання до грудей або утруднене виведення через їх надмірне нагрубання.
- Обмежене годування грудьми, наприклад годування тільки по годинах.
- Ранні труднощі координації техніки ссання (деякі діти навчаються ефективно ссати довше за інших).

Відчуття у малюків досить сильні, і якщо їх щонебудь засмучує, вони можуть відмовитися від грудей. Це найчастіше трапляється у дітей віком 3-12 міс. Буває так, що дитина відмовляється брати груди декілька годувань поспіль. Її поведінку інколи називають «страйк проти годування грудьми». Можливими причинами можуть бути такі:

- відчуття розлучення з матір'ю, наприклад, коли вона виходить на роботу;
- поява нової особи, яка доглядає за малюком, або занадто багато людей, які за ним доглядають;
- зміни домашньої обстановки (переїзд до іншого будинку, приїзд родичів тощо);
- хвороба матері або інфікування МЗ;
- зміна запаху матері, наприклад, інше мило, інші продукти.

Жінці необхідно навчитися визначати причини відмови від грудей і допомогти дитині продовжити ГВ.

Одинадцятирічний досвід роботи ДРЦОМД щодо підготовки сімейних пар до пологів, їх проведення, підтримки тривалого ГВ, а також постійне вдосконалення заходів за цими принципами дали змогу за цей період значно поліпшити акушерські показники роботи центру, зокрема ГВ. Прикладання дитини до грудей протягом першої години життя було здійснене у більшості жінок. При цьому слід зазначити, що в основній групі це відбувалося достовірно частіше, ніж у жінок групи порівняння – 92,6 і 87,2% ($p < 0,05$) відповідно. Більшість дітей, народжених цими жінками, під час виписки з центру знаходилися виключно на ГВ – відповідно 97,7 і 90,8% ($p < 0,05$).

Оцінюючи тривалість ГВ, необхідно відзначити наступне. Так діти, народжені жінками, які активно відвідували семінари та мали телефонну підтримку фахівців ДРЦОМД, у порівнянні з дітьми, які народилися до дії проекту «Лікарня,

Таблиця. Основні показники ГВ

Показник	Основна група (n = 2053)		Група порівняння (n = 1047)	
	n	%	n	%
Прикладання до грудей протягом першої години життя	1901	92,6*	913	87,2
Виписка на виключно ГВ	2005	97,7*	951	90,8
Порушення лактації, зокрема:	304	14,8*	436	41,6
• мастит	39	1,9*	38	3,6
• лактостаз	110	5,4*	81	7,7
• гіпогалактія	39	1,9*	113	10,8
• труднощі прикладання до грудей	116	5,7*	204	19,5
Раптове немедикаментозне припинення лактації	-	-	247	23,6
Медикаментозний метод припинення лактації	127	6,2*	9	0,9
Тривалість виключно ГВ до 3 міс	1667	81,2*	649	62,0
Тривалість виключно ГВ до 6 міс	1115	54,3*	384	36,7
ГВ більше 1 року	726	35,4*	144	13,8
Тривалість ГВ протягом 1,5 року	536	26,1*	127	12,1
Тривалість ГВ протягом 2 років і більше	169	8,2*	29	2,8

* Різниця між групами достовірна ($p < 0,05$).

доброзичлива до дитини», одержували винятково ГВ значно частіше як до трьох, так і до шести місяців, також частіше їх вигодовували грудним молоком до 1-1,5 року (табл.). Відомо, що на другому році життя вживання грудного молока виконує профілактичну роль, запобігаючи у дітей зниженню імунітету та гіповітамінозу. До цього віку ГВ продовжували в 2,7 разу більше жінок основної групи, ніж у групі порівняння.

У ході дослідження встановлено, що у жінок, які проходили відповідну підготовку до ГВ та мали змогу постійно звертатися до спеціалістів, порушення лактації відмічено майже втричі менше, ніж у тих, які народжували до започаткування проекту. Разом із тим в обох групах найчастіше мали місце труднощі прикладання до грудей, однак у жінок основної групи це спостерігалося в 3,4 разу рідше (5,7 і 19,5%; $p < 0,05$ відповідно) (табл.). Саме тому у них значно рідше розвивався мастит, лактостаз, було відмічено зменшення випадків гіпогалактії. В основній групі частота її виникнення становила 1,9%, в той час як у групі порівняння – більше ніж в п'ять разів (10,9%; $p < 0,05$). Справжня гіпогалактія зустрічається зрідка. Жінки, які пройшли необхідне навчання, були підготовлені до того, що протягом періоду ГВ можуть розвинутися «лактаційні кризи», і вони змогли подолати ці труднощі. Недостатнє поінформовування спонукало матерів до прикорму малюків молочними сумішами, що в свою чергу призводило до зменшення вироблення молока і відповідно – до гіпогалактії.

Припинення грудного вигодовування

У ході дослідження, проведеного в ДРЦОМД, нами виявлено, що спосіб припинення лактації впливає на ризик виникнення захворювань МЗ. Так, в анамнезі у пацієнток із РМЗ епізоди раптового, але немедикаментозного припинення лактації зустрічалися удвічі частіше в порівнянні з хворими на мастопатію та здоровими жінками. Навпаки, фізіологічне згасання лактації в анамнезі жінок із РМЗ відмічено в 1,5 разу рідше.

Процес поступового згасання та припинення лактації є абсолютно природним, однак може мати місце ряд індивідуальних особливостей. На другому році життя дитина, яка отримала своєчасно всі необхідні прикорми, зазвичай сама відмовляється від грудей. При введенні прикормів, починаючи з шестимісячного віку, поступово збільшуються інтервали між прикладанням дитини до грудей і зменшується кількість годувань. У нормі на другому році життя кількість годувань грудьми повинна дорівнювати 2-3 (перед сном, якщо дитина просинається вночі, і вранці). При такому режимі поступово зменшується кількість молока, і з часом лактація самостійно припиняється. Якщо кількість годувань більша, то рекомендується скорочувати її на одне годування щодоби кожні 2 тиж. Основними правилами фізіологічного припинення лактації є:

- взаємне бажання матері та дитини припинити ГВ;
- поступове зменшення кількості та тривалості годувань грудьми.

У тих випадках, коли відомо про необхідність припинення лактації внаслідок будь-яких обставин заздалегідь, необхідно залишити час для поступового припинення лактації описаним вище фізіологічним способом. Не рекомендується припиняти ГВ в період підвищеного ризику

ISSN 2311-5335

інфекційних захворювань (спекотна пора, епідемія грипу). У разі необхідності негайного припинення лактації (наприклад смерть дитини, захворювання матері, коли годування протипоказане) не рекомендується туге бинтування МЗ в поєднанні з очікувальною тактикою через низьку ефективність та часті ускладнення (гіпертермія, мастит в 50% випадків). Застосування даного методу призводить до формування кіст МЗ, галактореї більше ніж у половині випадків.

Перевага надається **медикаметозному методу припинення лактації**. З цією метою призначають дофамінергічні засоби, які є похідними алкалоїдів споринні (каберголін або бромокриптин). Препарати каберголіну (достинекс, алактин) призначають по 0,25 мг (1/2 таблетки) після їди через 12 год 4 рази (на курс 2 таблетки). За необхідністю (за індивідуальними показаннями) лікування може бути продовжене. Бромокриптин починають приймати з 1/2 таблетки, також після їди, поступово підвищують дозу до 2-3 таблеток на добу. Тривалість прийому є індивідуальною до повного припинення лактації. Відміняти бромокриптин необхідно поступово, протягом декількох днів, повільно знижуючи дозу. Можливі побічні ефекти: зниження артеріального тиску, головний біль, запаморочення, слабкість, нудота. Для препаратів каберголіну у порівняні з бромокриптином характерним є менша кількість побічних реакцій і більш висока ефективність. Крім того, препарати каберголіну відрізняються зручнішою схемою прийому. Протипоказаннями до призначення алкалоїдів споринні є: післяпологовий психоз, індивідуальна непереносимість, печінкова недостатність, прееклампсія, післяпологова гіпертензія. Ці препарати не призначають одночасно з іншими похідними споринні або антагоністами дофаміну (фенотіазини, метоклопрамід), з обережністю – при одночасному прийомі антигіпертензивних засобів. Важливо підібрати зручний бюстгальтер. Після медикаментозного припинення лактації необхідним є проведення динамічного спостереження за пацієнткою через 3 тиж. У разі виникнення так званої рикошетної лактації лікування повторюють, застосовуючи більш тривалі схеми.

За відсутності ефекту від медикаментозного припинення лактації необхідно виключити гіперпролактинемію. Визначення рівня пролактину у сироватці крові виконується не раніше, ніж через 4 тиж після відміни каберголіну та через тиждень після відміни бромокриптину. У разі підвищеного рівня пролактину з метою виключення аденоми гіпофізу виконується МРТ. Таке обстеження показано також і хворим, у яких після припинення ГВ розвивається постлактаційна субінволюція МЗ, що може бути проявом гіперпролактинемії або аденоми гіпофіза.

У випадках, коли про протипоказання до ГВ відомо ще під час вагітності або виникає необхідність запобігання лактації відразу після пологів, каберголін, згідно з інструкцією до застосування, призначають в перші 48 год після пологів по 1/2 таблетки через 12 год, 2 таблетки на курс. Бромокриптин – за тією ж схемою, що наведена вище для припинення лактації.

Висновки

1. ГВ має велике значення для фізичного і психоемоційного здоров'я новонародженого та для здоров'я жінки, зокрема знижує ризик онкозахворювань органів репродуктивної системи.

2. За результатами дослідження, проведеного в ДРЦОМД, встановлено, що в анамнезі жінок з РМЗ і ДЗМЗ у порівнянні з контрольною групою втричі частіше було раптове (але немедикаментозне) припинення лактації. У таких пацієнток відмічено значно вищий відсоток маститу, лактостазу в лактаційному анамнезі порівняно зі здоровими жінками, вдвічі частіше спостерігалися порушення режиму ГВ.

3. Для успішного фізіологічного становлення лактації і подальшої її підтримки дуже важливим є інформаційна та практична допомога підготовленого медичного персоналу. Підготовку жінки до ГВ необхідно починати ще під час вагітності та продовжувати підтримку в післяпологовому стаціонарі. Після виписки породіллі можлива підтримка ГВ шляхом організації гарячої телефонної лінії. Дуже важливим є дотримання єдиної політики підтримки ГВ в лікувальному закладі на всіх етапах медичної допомоги.

4. Одразу після народження дитину рекомендується викладати на живіт матері на 1,5-2 год. Важливо, щоб годування відбувалося за вимогою, а не за розкладом.

5. Згідно з протоколами МОЗ України, однією з передумов успішного ГВ є обстеження МЗ жінки при плануванні вагітності та двічі під час вагітності. При підозрі на наявність пухлини МЗ потрібна консультація онколога. Непухлинні (дисгормональні) захворювання МЗ не є протипоказанням до ГВ.

6. Якщо годування грудьми з будь-яких причин неможливе, перевага віддається медикаментозному методу запобігання або припинення лактації.

7. Застосування системи організаційних, профілактичних та діагностично-лікувальних заходів, розроблених і впроваджених в ДРЦОМД, дає можливість значно покращити якісні показники лактації, підвищити прихильність до годування грудьми до 6 міс з 36,7 до 54,3% та знизити частоту порушень лактації з 41,6 до 14,8%, гіпогалактії – з 10,8 до 1,9%.

Список використаної літератури

1. Куприненко Н.В. Фармакокинетика антимикробных препаратов во время беременности и их действие на плод / Н.В. Куприненко // Новости медицины и фармации. – 2010. – № 310. – С. 50-57.

2. Підготовка сім'ї до народження дитини в Україні: навчальний посібник/ Н. Я. Жилка, Г. О. Антоненкова, Л. І. Тутченко [та ін.]; під ред. Жилки Н. Я. – К. : Сім'я від А до Я, 2006. – 160 с.

3. Наказ МОЗ України від 31.07.2006 р. № 529/49 «Про затвердження галузевої програми "Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні"».

4. Наказ МОЗ України від 04.08.2006 р. № 540 «Про затвердження принципів підтримки грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу "Лікарня, доброзичлива до дитини"».

5. Бабич Т. Ю. Сімейні пологи: профілактика та зниження акушерських і перинатальних ускладнень: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / Т. Ю. Бабич. – Донецьк, 2009. – 40 с.

6. Бабич Т. Ю. Становление лактации у женщин с различным уровнем субъективного контроля, рожавших при поддержке мужа и традиционно / Т. Ю. Бабич // Укр. мед. альманах. – 2009. – Т. 12, № 1. – С. 19-22.

7. Бабич Т.Ю. Вплив сімейних пологів і підготовки до них на становлення лактації / Т. Ю. Бабич: зб. наук. праць Асоц. акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2010. – С. 404-408.

8. Бабич Т. Ю. Лактация и здоровье молочных желез / Т. Ю. Бабич, С. А. Ласачко, О. А. Джеломанова // Основы репродуктивной медицины: практическое руководство / под ред. чл.- корр. НАМН Украины В.К. Чайки. – [2-е изд. испр. и доп.]. – Донецк: ЧП «Лавис», 2011. – С. 483-488.

9. Городенчук З. Лактація та рак молочної залози: чи варто годувати грудьми також після року / З. Городенчук, О. Шлемкевич // З турботою про здоров'я жінки. – 2009. – № 6 (12). – С. 26-29.

10. Городенчук З. Лактация и ее продолжительность: отдаленные эффекты для здоровья женщины / Городенчук З., Шлемкевич О., Лехновская Т. // Медицина світу – март 2009. – С. 183-197.

11. Джеломанова О.А. Влияние продолжительности и особенностей лактации на здоровье молочных желез (обзор литературы) / Джеломанова О.А., Ласачко С.А., Бабич Т.Ю. // Сучасні медичні технології. – 2010. – № 4. –С. 84-87.

12. Ласачко С. А. Послеродовой мастит и лактостаз: тактика ведения / С. А. Ласачко, О. Н. Долгошапко // Основы репродуктивной медицины: практическое руководство / под ред. чл. - корр. НАМН Украины В.К. Чайки. – [2-е изд. испр. и доп.]. – Донецк: ЧП «Лавис», 2011. – С. 489-509.

13. Чайка В. К. Рожаем вместе. Семейные роды: «за» и «против» / В.К. Чайка, Т.Ю. Бабич. – Донецк: ЧП «Лавис», 2006. – 208 с.

14. Ретроспективная оценка факторов риска возникновения заболеваний молочных желез / В.К. Чайка, А.А. Трегубенко, С.А. Ласачко, М.Г. Тарасова // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2009. – Т. 14, № 4. – С. 4-7.

15. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease / Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer // Lancet. – 2002. – Vol. 360, N 9328. – P. 187-195.

16. Parity, breastfeeding and breast cancer risk by hormone receptor status in women with late age at first birth — A Case Control Study / S.J. Lord, L. Bernstein, K. Johnson [et al.] // AACR Meeting Abstracts. – 2007. – Vol. 2005. – P. 754.

Значение лактации для здоровья молочных желез. Первичная профилактика и коррекция нарушений лактации

С.А. Ласачко, Т.И. Холодняк, Т.Ю. Бабич, О.А. Джеломанова

Представлены современные взгляды на значение грудного вскармливания для здоровья матери и новорожденного. Особое внимание уделено данным доказательной медицины относительно профилактики злокачественных новообразований молочной железы. Изложены основные принципы поддержки грудного вскармливания согласно рекомендациям ВОЗ и нормативным документам МЗ Украины. Приведены классификация основных нарушений лактации и методы их первичной профилактики и коррекции.

Ключевые слова: грудное вскармливание, лактация, молочная железа, рак молочной железы, профилактика.

The role of lactation for the health of the mammary glands. Primary prophylaxis and correction of lactation disorders.

S.A. Lasachko, T.I. Holodnyak, T.J. Babich., O.A. Dzelomanova

The modern looks to the role of the breast feeding for mothers and new-born childs health presented. The special attention is spared given scientific-evidential medicine in relation to the prophylaxis of malignant breast tumors. Basic principles of support of the breast feeding are expounded in obedience to recommendations WHO and normative documents of Ministry of Health of Ukraine. Classification of basic lactation disoders and methods of the primary prophylaxis and correctionis resulted.

Keywords: breast feeding, lactation, mammary gland, cancer of breast, prophylaxis

Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні

Методика організації діяльності системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні

Наказ МОЗ і НАМН України від 29.11.2013 р. № 1030/102*

I. Загальні положення

1. Система планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я сприяє окремим особам та подружнім парам у досягненні певних репродуктивних результатів: народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини залежно від віку батьків та інших чинників, визначати кількість дітей в родині, запобігати непланованій вагітності.

2. Комплекс заходів з планування сім'ї включає:
- інтеграцію системи планування сім'ї до первинної ланки медико-санітарної допомоги, сфери надання послуг з репродуктивного здоров'я, профілактики та лікування раку шийки матки та раку молочної залози, інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), у т.ч. ВІЛ/СНІДу;
- інформування та консультування щодо поінформованого вибору методу контрацепції;
- наявність та доступність методів контрацепції.

3. Важливими ефективними цільовими заходами удосконалення та покращення медичної допомоги з планування сім'ї може стати впровадження підходу щодо вибору методу контрацепції відповідно до періодів життя, консультування щодо післяпологової та післяабортної контрацепції з дотриманням прав пацієнта, його бажань, можливостей, прихильності до застосування того чи іншого контрацептива.

4. Заходи з планування сім'ї дають можливість знизити рівень:
- материнської захворюваності та смертності;
- малюкової та дитячої захворюваності та смертності;
- непланованої вагітності, а також
- запобігти ВІЛ-інфікуванню завдяки правильному та послідовному застосуванню контрацептивів.

Використання сучасних контрацептивів пов'язане зі зменшенням числа абортів, при цьому не знижується рівень фертильності.

5. Діяльність системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні здійснюється відповідно до структури системи планування сім'ї та репродуктивного здоров'я в Україні **(додаток 1)**.

6. Організація та забезпечення діяльності обласних (міських) центрів планування сім'ї та репродукції людини і кабінетів планування сім'ї (ЦПСРЛ і КПС) полягає в організації в кожній адміністративно-територіальній одиниці (АР Крим, областях, містах Києві та Севастополі) центрів планування сім'ї та репродукції людини. У районах та містах організовуються кабінети планування сім'ї.

7. Кількість посад медичного персоналу ЦПСРЛ і КПС встановлюється згідно з чинними штатними нормативами.

8. Медична допомога з питань планування сім'ї надається як амбулаторно, так і в умовах стаціонару.

9. У системі планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я медична допомога надається за трьома рівнями **(додаток 2)**.

10. Основні принципи надання медичної допомоги з планування сім'ї:
- наявність чіткої системи наступництва між рівнями надання медичної допомоги;
- консультування, що є однією з ключових гарантій високої якості допомоги;
- спроможність медичного персоналу проводити консультування, спрямоване на ефективне надання допомоги пацієнту у здійсненні усвідомленого і добровільного вибору конкретного методу контрацепції;

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

- доступність медичної допомоги для жінок як міста, так і села;
- надання медичної допомоги на всіх рівнях відповідно до клінічних протоколів.

II. Організація надання медичної допомоги населенню з питань планування сім'ї

1. Основні завдання системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я:

- формування у населення засад здорового способу життя, в т.ч. безпечної статевої поведінки, підготовка молоді до сімейного життя;
- підвищення культури планування сім'ї, забезпечення населення необхідною інформацією про сучасні методи контрацепції;
- проведення консультування з питань планування сім'ї з урахуванням особливостей різних періодів життя;
- допомога жінкам, чоловікам та подружнім парам у поінформованому виборі методу контрацепції та підтримка його використання;
- надання медичної допомоги з питань планування сім'ї лікарями загальної практики/сімейними лікарями та акушерами-гінекологами амбулаторної та стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги;
- зміцнення зв'язків між різними рівнями надання медичної допомоги у системі охорони здоров'я;
- забезпечення контрацептивами категорій населення, визначених Державною програмою «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р., затвердженою постановою КМ України від 27.12.2006 р. № 1849, а також затвердженими на її основі місцевими програмами та іншими нормативно-правовими актами;
- профілактика ІПСШ, у т.ч. ВІЛ/СНІДу;
- підготовка медичних, педагогічних працівників, представників громадських об'єднань до роботи у сфері планування сім'ї, оволодіння навичками консультування з цих питань та дотримання прав людини;
- залучення засобів масової інформації (ЗМІ) до висвітлення питань здорового способу життя, планування сім'ї, культури статевих відносин;
- проведення просвітницьких кампаній, акцій для населення з питань планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я.

2. Медична допомога з питань планування сім'ї надається в фельдшерсько-акушерських пунктах, фельдшерських пунктах, в амбулаторіях загальної практики/сімейної медицини лікарями загальної практики/сімейними лікарями та підготовленими молодшими спеціалістами з медичною освітою; в кабінетах та центрах планування сім'ї, а також у поліклініках, жіночих консультаціях, пологових будинках, лікарнях, перинатальних центрах – акушерами-гінекологами та підготовленими з цих питань акушерками.

3. Основні завдання акушерки (фельдшера) з питань планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я:

- інформаційна робота з населенням щодо здорового способу життя, культури статевих відносин, поваги до партнера, безпечної сексуальної поведінки, відповідального ставлення до свого здоров'я, формування здорової сім'ї, збереження родинних цінностей, підготовки до батьківства, формування відповідальності за родину та дітей, збереження сім'ї, піклування про виховання дітей, формування і збереження репродуктивного здоров'я дітей, боротьба зі шкідливими звичками, підготовка молоді до сімейного життя;
- проведення консультування з питань запобігання небажаній вагітності, планування сім'ї згідно з періодами життя у межах відповідної компетенції;
- поінформована допомога з вибору сучасних засобів контрацепції та використання контрацептивів (1-ї та 2-ї категорії медичних критеріїв прийнятності використання методів контрацепції відповідно до класифікації ВООЗ);
- надання безкоштовних контрацептивів визначеним за державними і місцевими програмами категоріям населення за попередньою рекомендацією лікаря загальної практики/сімейного лікаря чи акушера-гінеколога (за умови наявності контрацептивів);
- надання консультації протягом періоду застосування контрацептива;
- направлення до лікаря загальної практики/сімейного лікаря чи акушера-гінеколога при появі побічних ефектів, ускладнень під час використання контрацептива або бажанні жінки змінити вид контрацепції, консультування якої є поза межами компетенції акушерки (фельдшера);
- проведення профілактичних оглядів жінок відповідно до встановлених термінів із консультуванням з питань планування сім'ї;
- своєчасне виявлення жінок із захворюваннями, на фоні яких вагітність та пологи можуть бути загрозою для здоров'я або життя, з метою направлення їх до лікаря загальної практики/сімейного лікаря або акушера-гінеколога;
- виявлення та консультування соціально неадаптованих родин з питань запобігання неплановані вагітності.

Методичне керівництво роботою акушерки (фельдшера) здійснює лікар загальної практики/сімейний лікар, відповідальний за надання лікувально-профілактичної допомоги та консультування з питань планування сім'ї і охорони репродуктивного здоров'я населення на території обслуговування.

4. Лікар загальної практики/сімейний лікар виконує наступну роботу з планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я населення:

www.mazg.com.ua
ISSN 2311-5335

- надає консультативно-медичну допомогу;
- забезпечує контроль своєчасності і повноти профілактичних оглядів жіночого населення з одночасним індивідуальним консультуванням та підбором методу запобігання неплановані вагітності;
- інформує населення щодо методів планування сім'ї відповідно до періодів життя жінки з дотриманням її прав, репродуктивних планів, можливостей, стану здоров'я, прихильності до застосування того чи іншого контрацептива та допомагає у виборі сучасних засобів контрацепції;
- за необхідності направляє пацієнток, у т.ч. з високим ступенем ризику загрози вагітності та пологів їх здоров'ю, до лікувальних закладів вищого рівня надання медичної допомоги у виборі та застосуванні методів контрацепції, яку може надати лише акушер-гінеколог;
- забезпечує організацію динамічного контролю за здоров'ям та розвитком дітей, членів родини у періоди підвищеного ризику (період статевого дозрівання, вагітність, післяпологовий період, пременопауза);
- виявляє групи ризику інфікування ІПСШ, включаючи ВІЛ/СНІД. За наявності такого ризику має наполегливо рекомендувати використання бар'єрного методу з метою одночасного запобігання вагітності й профілактики інфекції;
- виявляє та консультує соціально неадаптовані родини з питань запобігання неплановані вагітності та забезпечує їх засобами контрацепції;
- здійснює спостереження за використанням методу планування сім'ї, консультує з проблем, які можуть виникнути під час застосування цього методу, направляє до акушера-гінеколога у разі появи побічних ефектів, а також при бажанні жінки використовувати інший контрацептив, призначення якого є поза межами його компетенції;
- щороку готує запит на забезпечення безкоштовними контрацептивами певних категорій жінок згідно з державними та місцевими програмами з репродуктивного здоров'я та планування сім'ї;
- надає контрацептиви тим категоріям населення, яким показане безкоштовне забезпечення ними, або направляє їх до закладу, де наявні безоплатні засоби контрацепції;
- веде статистичну звітність з використання контрацепції населенням у зоні обслуговування, аналізує показники діяльності та розробляє заходи щодо покращення надання медичної допомоги з планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я.

5. Лікарі акушери-гінекологи жіночих консультацій, пологових стаціонарів, перинатальних центрів, гінекологічних відділень повинні розглядати планування сім'ї як невід'ємний компонент акушерської та гінекологічної допомоги і бути підготовленими для проведення консультування з питань планування сім'ї, підбору та використання усіх наявних методів контрацепції.

Основними обов'язками акушера-гінеколога з питань планування сім'ї є:

- знання поетапного консультування щодо вибору методу контрацепції відповідно до періодів життя жінки з дотриманням її прав, репродуктивних планів, можливостей, стану здоров'я, прихильності до застосування того чи іншого контрацептива, а саме: початкове (первинне) консультування; з конкретного методу контрацепції; з подальшого використання методу контрацепції, якщо жінка вже користується протизаплідним засобом; допомога у вирішенні проблем, пов'язаних із використанням методів контрацепції;
- у разі якщо жінка планує вагітність, але бажає її відстрочити до моменту повного обстеження, консультування повинно бути спрямоване на вибір методу зі швидким відновленням фертильності;
- консультування з питань планування сім'ї у післяпологовому періоді, починаючи зі стаціонару: відновлення фертильності та особливості запобігання неплановані вагітності в післяпологовому періоді; важливість використання методу лактаційної аменореї; початок періоду запобігання неплановані вагітності залежно від часу, який пройшов після пологів та грудного вигодовування;
- консультування жінок щодо методів контрацепції після аборту, починаючи зі стаціонару: консультування жінок щодо методів контрацепції має бути проведено до та після аборту; інформування жінок про можливість швидкого відновлення фертильності після аборту та наявність ефективних безпечних методів контрацепції; допомога жінці в обранні методу контрацепції та навчання ефективному використанню цього методу;
- для категорій населення, яким показане безкоштовне забезпечення контрацептивами, надання безоплатних контрацептивів або направлення до закладу, де вони наявні;
- за умови ризику ІПСШ, у т.ч. ВІЛ/СНІДу, інформування жінок про необхідність використання бар'єрних методів контрацепції або подвійного захисту.

6. Вибір методу контрацепції проводиться відповідно до рекомендацій ВООЗ щодо оцінки ризику для здоров'я та користі від його застосування **(додаток 3)**. Допомогу у виборі конкретного методу контрацепції 1-ї та 2-ї категорії медичних критеріїв прийнятності використання методів контрацепції (відповідно до класифікації ВООЗ) можуть надавати акушери-гінекологи, лікарі

загальної практики/сімейні лікарі, підготовлені молодші спеціалісти з медичною освітою. Призначати методи контрацепції 3-ї та 4-ї категорії слід пацієнткам, які потребують особливого підходу та додаткового обстеження, тому допомогу їм надають акушери-гінекологи спільно з лікарями загальної практики/сімейними лікарями та спеціалістами відповідного профілю.

7. Індивідуальний прийом пацієнтів у центрах (кабінетах) планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я здійснюється конфіденційно, з дотриманням їхніх прав та діючих стандартів (протоколів) надання медичної допомоги. На пацієнта заводиться медична карта амбулаторного хворого (форма № 025/о, затверджена наказом МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110). Рекомендована тривалість прийому пацієнтки – 30 хв; подружньої пари – до 1 год.

8. Ведення медичної документації спеціалістами ЦПСРЛ і КПС здійснюється відповідно до вимог нормативно-правових актів.

9. Для індивідуального підбору контрацептива та підтримки подальшого його використання спеціалісти закладів охорони здоров'я обов'язково проводять консультування пацієнтів з усіх методів планування сім'ї з врахуванням особливостей різних періодів життя жінки **(додаток 4)**.

10. Медичне обстеження перед початком використання обраного методу контрацепції проводиться згідно з **додатком 5**.

11. Якщо в особи при виборі методу контрацепції діагностовано захворювання, яке є тимчасовою перешкодою для його використання, їй призначається лікування, після чого можливе застосування цього контрацептива. Якщо діагностовано захворювання, при якому протипоказане використання бажаного контрацептива, з пацієнтами проводять консультування щодо вибору іншого методу контрацепції.

12. В амбулаторних умовах про проведене консультування і обраний метод контрацепції обов'язково робиться відповідний запис у медичній картці амбулаторного хворого (форма № 025/о, затверджена наказом МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110), у стаціонарі – в історії пологів (форма № 096/о, затверджена наказом МОЗ України від 26.07.1999 р. № 184) та у медичній картці стаціонарного хворого (форма № 003/о, затверджена наказом МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110).

13. З метою ефективного запобігання непланованій вагітності у пацієнток з тяжкою соматичною (екстрагенітальною) патологією, при якій вагітність та пологи загрожують їх життю, відповідно до переліку хвороб, за якими вагітність та пологи загрожують життю матері та майбутній дитині та які зумовлюють необхідність забезпечення безоплатними контрацептивами **(додаток 6)**, в ЦПСРЛ і КПС створюється відповідний реєстр таких жінок за формою, наведеною у **додатку 7**, для безкоштовного їх забезпечення контрацептивами.

14. ЦПСРЛ і КПС взаємодіють з відділами реєстрації актів цивільного стану для надання консультативної допомоги з питань запобігання непланованій вагітності та ІПСШ особам, які беруть шлюб. Консультування здійснюється за спеціальним графіком у визначені дні.

15. Система планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я взаємодіє з медико-генетичною, дерматовенерологічною системами, центрами профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, центрами здоров'я, клініками, дружніми до молоді, ЗМІ, громадськими організаціями з питань, визначених **додатком 8**.

16. Діяльність системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я оцінюється за основними показниками, наведеними **у додатку 9.** Фахівці первинної медико-санітарної допомоги подають інформацію про медичну допомогу до кабінетів планування сім'ї, які в свою чергу подають зведену інформацію до центрів планування сім'ї і репродукції людини для аналізу ситуації у сфері планування сім'ї у відповідній адміністративно-територіальній одиниці.

III. Організація надання допомоги дітям та підліткам з питань формування репродуктивного здоров'я

1. Основна діяльність системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я спрямована на формування у дітей та підлітків основних складових збереження репродуктивного здоров'я:

- здорового способу життя;
- вирішення медичних питань, пов'язаних з раннім початком статевого життя;
- запобігання непланованій вагітності та ІПСШ;
- важливості збереження репродуктивного здоров'я;
- безпечної статевої поведінки;
- основ відповідального батьківства.

2. Організація діяльності системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я сприяє формуванню репродуктивного здоров'я та безпечної статевої поведінки відповідно до вікових особливостей.

3. Підлітків та молодь, які мають статеві стосунки, важливо консультувати з питань вибору і використання контрацепції для запобігання непланованій вагітності (аборту і раннім пологам) та профілактики ІПСШ. Обраний засіб контрацепції має бути доступним за наявністю та ціною або наданий безоплатно.

IV. Організація надання допомоги з планування сім'ї населенню з використанням підходу вибору методу контрацепції відповідно до періодів життя

1. Допомога з планування сім'ї надається особам не лише у момент вибору першого методу контрацепції, але й протягом усього

ISSN 2311-5335

репродуктивного періоду, що дає змогу забезпечити високу якість медичної допомоги, збереження репродуктивного здоров'я.

Репродуктивні плани жінок у різні періоди життя є різними і відповідно вони потребують індивідуального підходу до вибору методу контрацепції.

Виділяють такі періоди життя, ризиковані щодо непланованої вагітності:

- від початку статевого життя до першої вагітності;
- післяпологовий період;
- перерва між пологами (від перших пологів до других тощо);
- період закінчення бажаної фертильності (більше не бажають мати дітей).

2. Особливості надання допомоги жінкам від початку статевого життя до першої вагітності:

- ранній початок статевого життя приводить до збільшення тривалості фази високого ризику, в якій перебувають молоді жінки. Саме тому завдання системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я – це допомога в запобіганні непланованій вагітності та збереженні при цьому фертильності;
- молоді жінки цієї групи потребують консультування з питань профілактики, діагностики та лікування ІПСШ, невідкладної контрацепції та її методів, які є легкими у використанні і високоефективними для запобігання вагітності та ІПСШ або ВІЛ/СНІДу.

3. Особливості надання допомоги у післяпологовому періоді:

- консультування жінки з питань планування сім'ї починається з настання вагітності і закінчується післяпологовим періодом, коли вона знаходиться у відділенні родопомічного закладу;
- основними питаннями післяпологової контрацепції є час початку статевих відносин після пологів, відновлення фертильності, початок використання методу контрацепції та вплив методу на лактацію;
- головне завдання лікарів пологових стаціонарів, жіночих консультацій та центрів (кабінетів) планування сім'ї, а також лікарів загальної практики/сімейних лікарів полягає у тому, щоб пояснити пацієнткам ефективність, критерії та тривалість використання методу лактаційної аменореї;
- за умови успішного використання методу лактаційної аменореї консультування жінки щодо іншого методу контрацепції проводиться не пізніше ніж через 5 міс після пологів;
- за відсутності грудного вигодовування або при недотриманні умов виключно грудного вигодовування проводиться консультування щодо вибору відповідного методу контрацепції.

4. Особливості надання допомоги з метою забезпечення інтервалів між пологами:

- пріоритетним завданням допомоги з планування сім'ї є мотивування жінки дотриматись перерви між пологами не менше 2-3 років, оскільки це є важливим для здоров'я матері і дитини. Інтервал часу у 2-3 роки між пологами знижує ризик ускладнень вагітності та пологів;
- вимоги до методу контрацепції для жінки в цьому періоді життя включають: недовготривалість, швидке відновлення фертильності, зручність у використанні протягом 2-3 років після пологів.

5. Особливості надання допомоги в період закінчення бажаної фертильності:

- для осіб, які більше не бажають народжувати, консультування має бути спрямоване на використання довготривалих методів контрацепції, у т.ч. стерилізації, яка може бути недоцільною для них в інші періоди життя;
- з метою запобігання непланованій вагітності у жінок віком після 40 років до настання моменту втрати фертильності може бути рекомендований будь-який метод, якщо він не протипоказаний за станом її здоров'я.

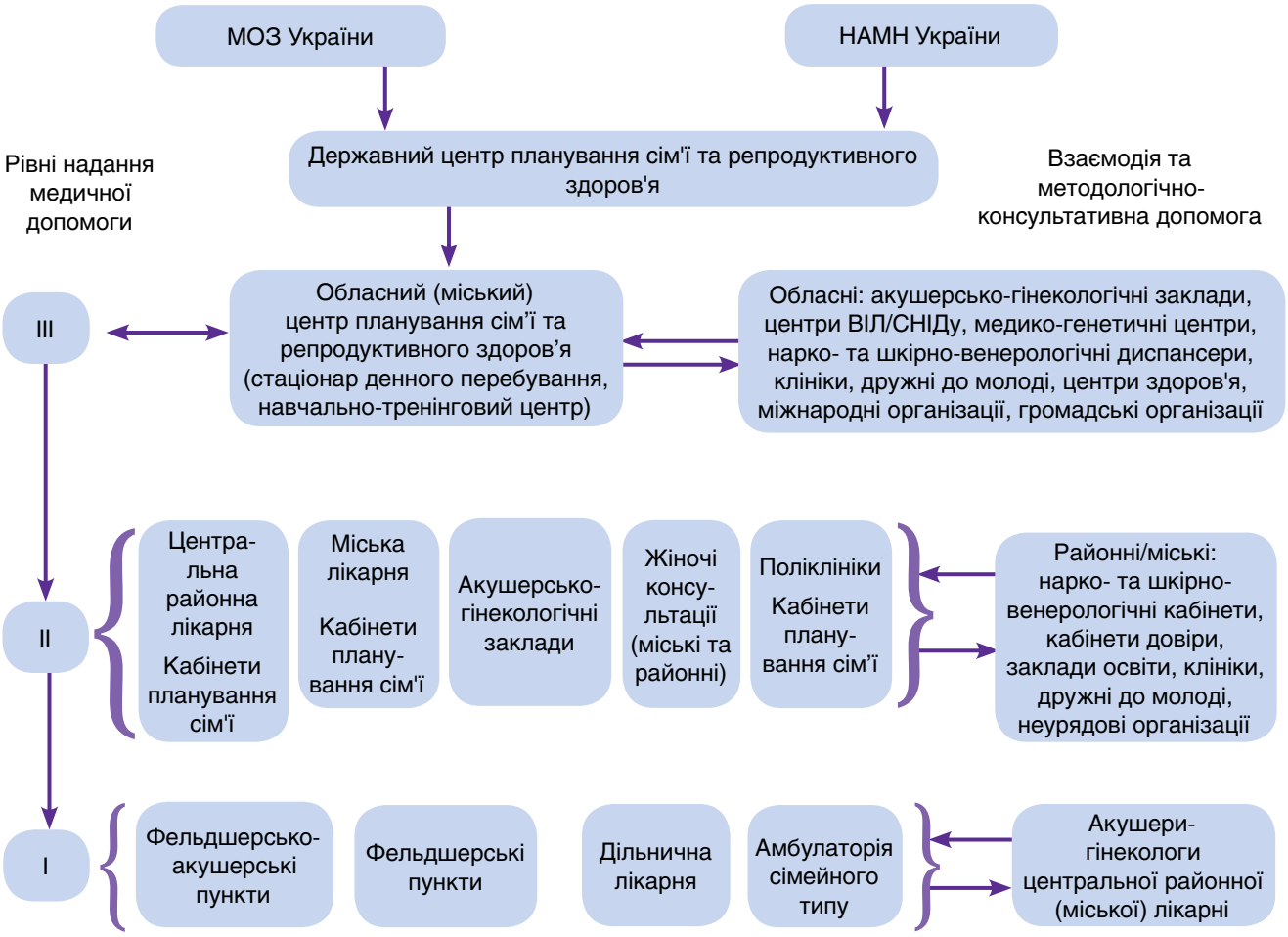
V. Організація медичної допомоги пацієнтам з безпліддям

1. У ЦПСРЛ і КПС здійснюється моніторинг осіб або подружніх пар з безпліддям та надається медична допомога з питань жіночого та чоловічого безпліддя відповідно до встановлених медичних стандартів.

2. У центрах планування сім'ї та репродукції людини ведеться реєстр безплідних подружніх пар, яких направляють на лікування, у т.ч. з використанням допоміжних репродуктивних технологій.

Додаток 1
(п. 5, розд. I)

Структура системи планування сім'ї та репродуктивного здоров'я в Україні



Додаток 2
(п. 9, розд. I)

Рівні надання медичної допомоги з планування сім'ї

1. Надання медичної допомоги з планування сім'ї відповідає рівням надання медичної допомоги, визначеним Основами законодавства України про охорону здоров'я.

2. Медичні працівники кожного рівня надання медичної допомоги повинні бути підготовлені для проведення консультування з питань планування сім'ї та особливостей застосування всіх наявних методів контрацепції.

3. На первинному рівні надання медичної допомоги з планування сім'ї проводиться лікарями загальної практики/сімейними лікарями, акушерками і фельдшерами, які пройшли підготовку з питань планування сім'ї та працюють на фельдшерсько-акушерських і фельдшерських пунктах, в амбулаторіях загальної практики/сімейної медицини.

Обсяг медичної допомоги з планування сім'ї на первинному рівні включає:

- проведення консультування з питань здорового способу життя, статевого виховання, збереження репродуктивного здоров'я, безпечної статевої поведінки, профілактики ІПСШ та онкологічних захворювань молочної залози і шийки матки;
- консультативну допомогу з вибору методу запобігання непланованій вагітності та його подальшого використання відповідно до медичних критеріїв прийнятності ВООЗ та клінічного протоколу з питань планування сім'ї;

www.mazg.com.ua
ISSN 2311-5335

- забезпечення доступу населення до послуг із застосування методу контрацепції, які може надати лікар загальної практики/сімейний лікар та підготовлений середній медичний персонал;
- направлення населення до акушера-гінеколога для вибору і застосування методу контрацепції, що є в компетенції лише лікаря цієї спеціальності;
- своєчасне консультування вагітних, жінок після пологів, а також їхніх партнерів щодо післяпологової контрацепції;
- консультування жінок після аборту щодо вибору прийнятного методу контрацепції;
- своєчасне виявлення жінок із захворюваннями, при яких вагітність та пологи загрожують життю, з метою направлення їх до закладів вищого рівня надання медичної допомоги для індивідуального вибору високоефективного методу контрацепції для тривалого використання;
- проведення у навчальних закладах роботи з питань статевого виховання, здорового способу життя, формування та збереження репродуктивного здоров'я;
- визначення кількості жінок, які потребують безоплатного забезпечення контрацептивами;
- виявлення соціально неадаптованих та малозабезпечених родин з метою забезпечення їх необхідним методом контрацепції;
- видачу контрацептивів (за наявності) жінкам, які за Державною програмою «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р., а також прийнятими на її основі місцевими програмами та іншими нормативно-правовими актами мають бути забезпечені безоплатними контрацептивами.

4. На вторинному рівні надання медичної допомоги з планування сім'ї проводиться акушерами-гінекологами та підготовленими акушерками в кабінетах планування сім'ї районних та міських лікарень, жіночих консультаціях, поліклініках, акушерсько-гінекологічних стаціонарах, а також в клініках, дружніх до молоді.

Вторинний рівень надання медичної допомоги потребує підготовленого з цього питання фахівця акушерсько-гінекологічного профілю, на якого покладається організаційно-методичне забезпечення надання послуг з планування сім'ї.

Обсяг медичної допомоги з планування сім'ї на вторинному рівні включає:

- медичну допомогу з питань планування сім'ї, що надається на первинному рівні;
- консультування акушером-гінекологом з вибору методу запобігання непланованій вагітності та його подальшого використання;
- консультування вагітних, жінок після пологів та аборту щодо вибору методу контрацепції;
- медичну допомогу жінкам репродуктивного віку з обтяженим соматичним, акушерським і перинатальним анамнезом;
- формування реєстру осіб із захворюваннями, при яких вагітність та пологи загрожують життю матері та майбутній дитині, та забезпечення їх безоплатними контрацептивами;
- кількісне визначення категорій населення з метою безоплатного їх забезпечення сучасними ефективними контрацептивами відповідно до Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р., а також прийнятих на її основі місцевих програм та інших нормативно-правових актів за потреби;
- участь у роботі комплексних бригад спеціалістів на території регіону;
- у разі потреби консультативної допомоги на третинному рівні вирішення питання щодо направлення на спеціалізоване обстеження та лікування;
- співпрацю з обласними дерматовенерологічними, наркологічними диспансерами, центрами профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, центрами здоров'я, соціальними службами для інтеграції послуг з питань планування сім'ї;
- співпрацю з громадськими організаціями, місцевими органами управління освітою, ЗМІ з питань здорового способу життя, формування та збереження репродуктивного здоров'я, профілактики непланованої вагітності.

5. На третинному рівні надання медичної допомоги з планування сім'ї проводиться в обласному (міському) центрі планування сім'ї.

На третинному рівні надаються всі послуги з планування сім'ї, а також послуги жінкам групи високого ступеня соматичного та перинатального ризику. Послуги з вибору методу контрацепції надаються акушерами-гінекологами у співпраці із суміжними спеціалістами.

Обсяг медичної допомоги з планування сім'ї на третинному рівні включає:

- медичну допомогу, що надається на первинному і вторинному рівнях;
- надання спеціалізованої медичної допомоги сім'ям репродуктивного віку з груп високого та вкрай високого ризику з обтяженим екстрагенітальним, акушерським та перинатальним анамнезом;
- формування регіональних реєстрів осіб із захворюваннями, при яких вагітність та пологи загрожують життю матері та майбутній дитині, та забезпечення їх безоплатними контрацептивами;
- кількісне визначення категорій населення регіону для планування їх безоплатного забезпечення сучасними ефективними контрацептивами за потреби відповідно до Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р., а також прийнятих на її основі місцевих програм та інших нормативно-правових актів;

- надання організаційно-методичної допомоги медичним працівникам на першому та другому рівнях;
- участь у роботі комплексних бригад спеціалістів;
- взаємодію з іншими закладами охорони здоров'я;
- розробку на місцевому рівні проектів нормативно-правових актів з питань удосконалення діяльності служби планування сім'ї та навчальних матеріалів, адаптацію та впровадження міжнародного досвіду і рекомендацій ВООЗ з питань планування сім'ї;
- підвищення кваліфікації лікарів різних спеціальностей з питань планування сім'ї;
- координацію діяльності служби планування сім'ї у регіоні, аналіз її діяльності та розробку заходів щодо вдосконалення;
- співпрацю з обласними дерматовенерологічними, наркологічними диспансерами, клініками, дружніми до молоді, центрами профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, центрами здоров'я, соціальними службами для інтеграції послуг з питань планування сім'ї.

Додаток 3
(п. 6, розд. II)

Класифікація категорій медичних критеріїв прийнятності використання методів контрацепції

З метою вибору методів контрацепції без шкоди для здоров'я розроблено класифікацію медичних критеріїв прийнятності їхнього використання. Відповідно до цієї класифікації, різні контрацептивні методи оцінюються з точки зору відношення ризику для здоров'я та користі від їх використання за відповідного стану здоров'я, який впливає на вибір методу контрацепції.

За класифікацією ВООЗ визначають чотири категорії медичних критеріїв прийнятності використання методів контрацепції:

- *1-ша категорія* – стан здоров'я, при якому протипоказання до використання даного методу контрацепції відсутні;
- *2-га категорія* – стан здоров'я, при якому очікувана користь від використання даного методу контрацепції в цілому перевищує теоретичні або доведені ризики. Цей метод допускається до застосування, однак при цьому необхідний ретельний контроль лікаря;
- *3-тя категорія* – стан здоров'я, при якому теоретичні або доведені ризики в цілому перевищують очікувану користь від використання даного методу контрацепції. Цей метод не рекомендується використовувати, за винятком ситуацій, коли інші засоби контрацепції недоступні або їх застосування неприйнятне для пацієнтки. У даному випадку показане ретельне клінічне обстеження, за неможливості його проведення у відповідному обсязі використання цього методу контрацепції неприпустиме. При застосовуванні даного методу пацієнтка повинна перебувати під особливим контролем лікаря;
- *4-та категорія* – стан здоров'я, при якому використання даного методу контрацепції абсолютно протипоказано.

Допомогу у виборі конкретного методу контрацепції для 1-ї та 2-ї категорій пацієнток (відповідно до класифікації ВООЗ) можуть надавати акушери-гінекологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, середній медичний персонал. Для 3-ї та 4-ї категорій населення, які потребують спеціалізованого підходу та додаткового обстеження, допомогу надають акушери-гінекологи разом із лікарями загальної практики/сімейними лікарями або зі спеціалістами суміжних спеціальностей (гастроентерологом, судинним хірургом, ендокринологом тощо).

Додаток 4
(п. 9, розд. II)

Порядок проведення консультування з питань планування сім'ї та репродуктивного здоров'я

1. Консультування – це комплекс заходів, спрямованих на усвідомлення пацієнтом своїх проблем у сфері планування сім'ї і репродуктивного здоров'я, пошук шляхів їх вирішення і способів досягнення прийнятих рішень, включаючи зміну поведінки на менш ризиковану.

2. Поінформований вибір – добровільний намір пацієнта, що грунтується на отриманні достовірної важливої для нього інформації.

3. Під час консультування фахівці повинні зважати на:

- період життя та репродуктивні плани жінки чи пари (від початку сексуального життя до першої вагітності – відстрочення чи планування вагітності, післяпологовий період, перерва між пологами, небажання батьків більше мати дітей); бесіда повинна будуватися з урахуванням потреб і їх побажань;

www.mazg.com.ua
ISSN 2311-5335

- стан здоров'я партнерів;
- персональні дані, включаючи прихильність до контрацепції та її доступність і наявність;
- необхідність захисту від ІПСШ, включаючи ВІЛ/СНІД.

4. Вибір методу. Початкове (первинне) консультування – описуються всі методи контрацепції, щоб допомогти обрати той, що найбільше підходить:

а) якщо пацієнтка не має чіткого уявлення про те, який метод хоче використовувати, необхідно:

- проаналізувати репродуктивні плани, а також обговорити важливі питання, що стосуються практичного використання кожного методу контрацепції;
- з'ясувати, які методи контрацепції відомі жінці (це дасть можливість визначити рівень знань і виправити невірну інформацію);
- поінформувати про кожний метод, надати детальну інформацію про метод, який зацікавить пацієнтку, з поясненням механізму його дії, ефективності, переваг, недоліків, правил використання, можливих побічних ефектів, медичних протипоказань;
- заохочувати її ставити запитання;
- обговорити переваги і недоліки різних методів у зв'язку з обставинами і потребами, наприклад: період життя; здатність не забувати, що таблетки необхідно приймати щодня; участь партнера; кількість партнерів;
- запропонувати метод, який найкраще підходить відповідно до періоду життя;
- якщо жінка не бажає використовувати запропонований метод, порекомендувати інший і продовжувати консультування, поки не буде обрано конкретний контрацептив;
- дати їй час на роздуми, якщо не можна визначитись одразу, і призначити дату повторного візиту;
- не нав'язувати метод контрацепції проти волі пацієнтки.

б) якщо особа має чітке уявлення про те, який протизаплідний засіб вона хоче використовувати, необхідно провести консультування з конкретного методу контрацепції:

- переконатися, що вона має правильне уявлення про метод, якому надає перевагу, ставлячи запитання про нього;
- підтримати її вибір за умови, що контрацептив відповідає медичним критеріям прийнятності;
- якщо він підходить, визначити, чи знає пацієнтка про інші методи контрацепції і переконатися у впевненості вибору саме цього методу;
- якщо метод не підходить (наприклад у період грудного вигодовування і пройшло менше 6 міс після пологів, при цьому вона хоче приймати комбіновані оральні контрацептиви), пояснити недоліки його використання і проконсультувати щодо більш прийнятних методів;
- пояснити пацієнтці, як правильно використовувати обраний контрацептив з метою профілактики побічних ефектів, а також тактику її поведінки у разі їх виникнення.

5. При поясненні та обговоренні правил використання методу контрацепції необхідно зупинитись на таких питаннях:

- коли починати і як застосовувати метод;
- дії у разі порушення правил використання;
- можливі побічні ефекти;
- усунення побічних ефектів;
- стани, що вказують на необхідність звернення за медичною допомогою, а також куди звертатись;
- термін повторного візиту;
- перевірити, чи зрозуміла надана інформація по кожному з пунктів, попросивши пацієнтку повторити інструкції своїми словами;
- за необхідності повторити інструкції, звертаючи особливу увагу на незрозумілі аспекти, виправити невірно зрозумілу інформацію і надати подальші роз'яснення;
- пояснити, коли необхідно звернутись для подальшого спостереження;
- підкреслити важливість повторного візиту, якщо пацієнтка: відмічає побічні ефекти; має запитання; хоче перейти на інший метод; бажає припинити використання контрацептива.

6. Консультування з подальшого використання методу контрацепції:

а) під час повторного візиту обговорюється використання пацієнткою обраного методу, задоволення зробленим вибором і будь-які проблеми, які могли виникнути після початку застосуваня контрацептива;

б) якщо пацієнтка не має проблем з використанням методу контрацепції:

- обговорити задоволеність методом контрацепції, тривалість його використання, періодичність подальшого спостереження;
- впевнитись у правильному використанні контрацепції, за необхідності – повторно пояснити правила використання методу;
- надати рекомендації щодо наміру про припинення застосування методу контрацепції або закінчення терміну його використання (для внутрішньоматкових контрацептивів [ВМК]);
- якщо пацієнтка бажає продовжувати використання вибраного методу, перевірити правильність його застосування, за необхідності – повторно пояснити правила його використання;

в) якщо пацієнтка має проблеми, пов'язані з використанням методу:

- з'ясувати причини виникнення проблеми (побічні ефекти, труднощі у застосуванні методу, неприйнятність методу партнером тощо) та допомогти вирішити її;

- якщо проблема полягає у побічному ефекті, запропонувати способи його усунення або призначити лікування, запросити на повторний візит;
- якщо обраним методом контрацепції жінка більше не користується, але є бажання його застосовувати, необхідно відповісти на запитання та надати інформацію, яка допоможе продовжити використання методу;
- у разі незадоволеності методом контрацепції та при бажанні вибрати інший допомогти у його виборі.

Додаток 5
(п. 10, розд. II)

Обстеження, яке проводиться у плановому порядку перед прийняттям рішення на користь того чи іншого методу контрацепції

1. Після консультування та прийняття рішення щодо використання певного методу контрацепції для практично здорових осіб рекомендується провести:
- збір детального анамнезу;
- загальне фізикальне обстеження, вимірювання артеріального тиску (у разі вибору гормонального методу контрацепції);
- обстеження статевих органів (у разі вибору вагінальних контрацептивів і ВМК);
- скринінг на предмет виявлення ІПСШ, у т.ч. ВІЛ/СНІДу, бактеріоскопію вагінального мазка (при виборі ВМК);
- загальний аналіз крові (при виборі ВМК);
- консультування у профільних спеціалістів за наявності екстрагенітальної патології.

2. Гінекологічний огляд не є обов'язковим перед початком використання гормональних контрацептивів, але рекомендується його здійснювати з профілактичною метою не рідше одного разу на рік.

3. Наявність будь-яких захворювань чи інших станів специфічного характеру може вимагати проведення додаткових обстежень і аналізів перед тим, як рекомендувати жінці той чи інший метод контрацепції.

4. Перелік обстежень у випадку вибору пацієнткою методу стерилізації:
- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- визначення групи крові та резус-фактора;
- серологічне дослідження крові на сифіліс, ВІЛ-інфекцію, гепатит (антитіла до антигенів вірусу гепатиту С [анти-HCV]);
- флюорографія органів грудної клітки або рентгенографія органів грудної клітки (пряма проекція);
- визначення тромбоцитів крові, час кровотечі, час згортання крові, протромбіновий індекс;
- глюкоза крові, білірубін;
- бактеріоскопічне дослідження виділень із піхви, цервікального каналу, уретри;
- електрокардіограма;
- онкоцитологічне дослідження;
- ультразвукове дослідження органів малого таза.

Додаток 6
(п. 13, розд. II)

Перелік хвороб, при яких вагітність і пологи загрожують життю матері та майбутній дитині та які зумовлюють необхідність забезпечення безоплатними контрацептивами

Шифр МКХ-10	Діагноз	Форма, стадія, ступінь хвороби
Інфекційні та паразитарні хвороби		
A15-A19	Туберкульоз	Поширені форми Деструктивні форми Хіміорезистентність Функціональна недостатність органа (органів)
B20-B24	Хвороба, спричинена ВІЛ	
Злоякісні новоутворення		
C00-C97	Злоякісні новоутворення будь-якої локалізації	I, II і IV клінічні групи
Хвороби крові та кровотворних органів		
D55-D59	Гемолітичні анемії	
D60, D61	Апластичні анемії	
D65-D69	Геморагічні стани	
D75.0, D75.1	Поліцитемія	

www.mazg.com.ua
ISSN 2311-5335

Шифр МКХ-10	Діагноз	Форма, стадія, ступінь хвороби
D75.2	Тромбоцитоз	
D86	Саркоїдоз	III і IV стадії
Хвороби ендокринної системи, порушення обміну речовин		
E05	Тиреотоксикоз	Не оперований
E10-E14	Цукровий діабет	Тяжкі хронічні ускладнення з функціональною недостатністю органів, систем
E20-E35	Порушення функцій інших ендокринних залоз	Відсутність стійкої компенсації, незважаючи на лікування
Розлади психіки та поведінки		
F01	Судинна деменція	Стійкі прояви розладу когнітивних функцій, сприйняття, мислення, емоційно-вольової сфери та соціальної дезадаптації
F03	Не уточнена деменція	- « -
F04	Органічний амнестичний синдром, не спричинений алкоголем чи іншими психоактивними речовинами	- « -
F06	Інші психічні розлади внаслідок ураження чи дисфункції головного мозку або внаслідок соматичної хвороби	- « -
F07	Розлади особистості та поведінки внаслідок хвороби, ушкодження та дисфункції головного мозку	- « -
F09	Неуточнений органічний або симптоматичний психічний розлад	- « -
F10-F19	Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин	- « -
F20	Шизофренія	- « -
F22	Хронічні маячні розлади	- « -
F25	Шизоафективні розлади	- « -
F28	Інші неорганічні психотичні розлади	- « -
F29	Неорганічний психоз, неуточнений	- « -
F60-F69	Розлади особистості та поведінки у зрілому віці	Стійкі прояви соціальної дезадаптації
F70-F79	Розумова відсталість	
Хвороби нервової системи		
G70-G73	Хвороби нервово-м'язового синапсу та м'язів	Відсутність задовільної компенсації
G80-G83	Церебральний параліч та інші паралітичні синдроми	
G91	Гідроцефалія	Не компенсована
G93	Інші ураження головного мозку	Стійкі необоротні порушення функцій ЦНС
Хвороби системи кровообігу		
I05-I08	Вади мітрального, аортального, тристулкового клапанів	III-V стадії Стан після хірургічного лікування з незадовільним ефектом Штучний механічний клапан
I34-I36	Гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба	III стадія
I10-I13	Вторинна гіпертензія	Тяжка (3-й ступінь)
I25	Хронічна ішемічна хвороба серця	
I27.0	Ідіопатична легенева гіпертензія	
I27.1	Кіфосколіотична хвороба серця	Тяжка форма
I27.9	Легеневе серце (хронічне)	Із серцевою недостатністю IIA-III стадії

Шифр МКХ-10	Діагноз	Форма, стадія, ступінь хвороби
I31	Хвороби перикарда	
I42.0	Дилатаційна кардіоміопатія	
I42.1	Обструктивна гіпертрофічна кардіоміопатія	
I42.3-I42.9	Кардіоміопатія	Тяжка форма із серцевою недостатністю IIA-III стадії
I50	Серцева недостатність	IIA-III стадії (III-IV функціональний клас)
I71	Аневризма та розшарування аорти	
Q20-Q28	Уроджені вади розвитку системи кровообігу	Із серцевою недостатністю IIA-III стадії, ціанозом, високою легеневою гіпертензією Стан після хірургічного лікування з незадовільним ефектом
Хвороби органів дихання		
J43	Емфізема	
J44	Хронічне обструктивне захворювання легень	III-IV стадія
J60-J70	Хвороби легень, спричинені зовнішніми агентами	З дихальною недостатністю
J84	Хронічні інтерстиціальні легеневі хвороби	
J96.1	Хронічна дихальна недостатність	
J98.4	Кістозна хвороба легень	
J98.5	Хвороби середостіння	
J98.6	Хвороби діафрагми	
Хвороби органів травлення		
K22.2	Непрохідність стравоходу	
K31.5	Непрохідність 12-палої кишки	
K50	Хвороба Крона	
K51	Виразковий коліт	
K57	Дивертикулярна хвороба кишечника	
K70	Алкогольна хвороба печінки	
K72.1	Хронічна печінкова недостатність	
K73.2	Хронічний активний гепатит	
K74	Фіброз і цироз печінки	
K76.6	Портальна гіпертензія	
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини		
M30	Вузликовий периартеріїт та споріднені стани	З тяжким ураженням, функціональна недостатність органів, систем
M31	Інші некротизуючі васкулопатії	- « -
M32	Системний червоний вовчак	- « -
M33	Дерматополіміозит	- « -
M34	Системна склеродермія	- « -
M35	Інші системні ураження сполучної тканини	- « -
M40	Кіфоз	Тяжкого ступеня з порушенням функції органів грудної порожнини
M41	Сколіоз	- « -
Хвороби сечостатевої системи		
N00-N08	Гломерулярні хвороби	III-V стадії хронічної хвороби нирок
N10-N16	Тубулоінтерстиціальні хвороби нирок	- « -
N18	Хронічна ниркова недостатність	

ISSN 2311-5335

Додаток 7
(п. 13, розд. II)

Реєстр жінок репродуктивного віку із захворюваннями, при яких вагітність і пологи загрожують життю матері та майбутній дитині та які зумовлюють необхідність забезпечення безоплатними контрацептивами

№ з/п	Прізвище, ім'я, по батькові	Рік народження	Місце проживання	Діагноз	К-сть пологів	Метод, що використовується/рекомендований
1	2	3	4	5	6	7

Додаток 8
(п. 15, розд. II)

Взаємодія системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я з іншими системами

1. Взаємодія з медико-генетичними центрами

1.1. Спеціалістами центрів планування сім'ї та репродукції людини здійснюється організаційно-методична допомога фахівцям медико-генетичної служби щодо методів контрацепції особам, у яких виявлено спадкову патологію, для відстрочення планованої вагітності на період вирішення проблем.

1.2. Пацієнтки з виявленою спадковою патологією забезпечуються ефективними методами контрацепції.

1.3. У разі виявлення генетичної патології в осіб, що беруть шлюб та пройшли добровільне медичне обстеження відповідно до Постанови КМ України від 16.11.2002 р. № 1740 «Про затвердження Порядку здійснення добровільного медичного обстеження наречених» та Наказу МОЗ України від 20.12.2002 р. № 480 «Про перелік видів добровільного медичного обстеження осіб, які подали заяву про реєстрацію шлюбу», останні забезпечуються контрацептивами до вирішення проблем спільно зі спеціалістом з медичної генетики. Для цього заклади охорони здоров'я в системі планування сім'ї налагоджують тісний контакт з відділами реєстрації актів цивільного стану шляхом інформування їх щодо можливостей та порядку отримання послуг з планування сім'ї.

1.4. Спеціалісти ЦПСРЛ і КПС проводять преконцепційну підготовку до майбутньої вагітності шляхом здійснення просвітницької діяльності серед цільових груп молоді віком 18-35 років, обстеження осіб, які планують одружитися, та призначення фолієвої кислоти відповідно до затверджених нормативів з метою запобігання вродженим вадам центральної нервової системи плода.

2. Взаємодія із системою профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом

2.1. Надання послуг ВІЛ-позитивним пацієнтам та членам їх родин має свої особливості щодо конфіденційності, виключення елементів стигматизації та дискримінації під час надання медично-консультативної допомоги відповідно до вимог чинних нормативно-правових актів.

2.2. Спеціалісти центрів профілактики та боротьби зі СНІДом для забезпечення ВІЛ-позитивних пацієнтів медичною допомогою з питань планування сім'ї направляють їх до ЦПСРЛ і КПС або залучають фахівців системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я до роботи за встановленим графіком, затвердженим і погодженим їх керівниками.

2.3. Центри планування сім'ї та репродукції людини забезпечують ВІЛ-позитивних пацієнтів безоплатними засобами контрацепції відповідно до чинного законодавства щодо безоплатної медичної допомоги для ВІЛ-позитивних після проведення консультування щодо рекомендованого методу контрацепції.

2.4. Питання планування вагітності вирішуються спільно з лікарем центру профілактики та боротьби зі СНІДом. Спеціалістами ЦПСРЛ і КПС при наданні послуг з питань планування вагітності враховується рівень вірусного навантаження та стадія розвитку СНІДу. Пацієнтка приймає поінформоване рішення щодо планування народження дитини.

2.5. Особам, які планують народжувати дитину, спеціалісти ЦПСРЛ і КПС надають інформацію щодо існуючих умов та можливостей профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ.

2.6. Співробітники центрів планування сім'ї та репродукції людини надають методичну допомогу фахівцям центрів профілактики та боротьби зі СНІДом з питань планування сім'ї.

2.7. Співробітники центрів планування сім'ї та репродукції людини і центрів профілактики та боротьби зі СНІДом спільно здійснюють просвітницькі заходи з питань профілактики ІПСШ та непланованої вагітності.

3. Взаємодія з дерматовенерологічною системою

3.1. Співпраця ЦПСРЛ і КПС із закладами охорони здоров'я дерматовенерологічної системи полягає передусім у профілактиці ІПСШ.

3.2. Співробітники ЦПСРЛ і КПС надають методичну допомогу фахівцям обласних/міських дерматовенерологічних диспансерів з питань планування сім'ї.

3.3. Фахівці дерматовенерологічної системи та системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я проводять спільні наради, семінари, круглі столи, просвітницькі акції тощо з питань репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, формування безпечної статевої поведінки та стереотипів здорового способу життя, профілактики ІПСШ.

4. Взаємодія з центрами здоров'я

4.1. Взаємодія спеціалістів системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я та центрів здоров'я полягає у проведенні спільних просвітницьких заходів з питань здорового способу життя, профілактики ІПСШ, у т.ч. ВІЛ/СНІДу, непланованої вагітності, онкогінекологічних захворювань.

4.2. Співробітники системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я надають інформаційно-методичну допомогу фахівцям центрів здоров'я з питань профілактики ІПСШ, в т.ч. ВІЛ/СНІДу, непланованої вагітності.

4.3. Спеціалісти системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я та центрів здоров'я спільно розробляють та випускають просвітницькі матеріали для населення.

5. Взаємодія з клініками, дружніми до молоді

5.1. Співробітники системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я надають спеціалістам клінік, дружніх до молоді, інформаційно-методичну допомогу з питань формування репродуктивного здоров'я, статевого виховання, запобігання небажаній вагітності у дітей та молоді, застосування контрацепції, профілактики ІПСШ, в т.ч. ВІЛ/СНІДу.

5.2. Співробітники системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я залучаються до роботи клінік, дружніх до молоді, з метою надання спеціалізованої допомоги з питань планування сім'ї пацієнткам з груп ризику ІПСШ, непланованої вагітності.

6. Взаємодія з громадськими організаціями та ЗМІ

Взаємодія системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я з громадськими організаціями та ЗМІ проводиться для досягнення взаєморозуміння та напрацювання загальної інформаційної політики у сфері планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я, інформаційно-навчальної роботи з населенням, контактів та обміну інформацією між ЗМІ, громадськими організаціями.

Додаток 9
(п. 16, розділ II)

Основні показники для аналізу діяльності системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я

№ з/п	Показники	ФАП, ФП, АСЛ	Кабінет планування сім'ї	Центр планування сім'ї	Методика вимірювання	Джерело інформації
1	Укомплектованість лікарськими кадрами закладів, що надають допомогу з планування сім'ї	+	+	+	К-сть лікарів (основних працівників) х 100/ загальну к-сть штатних посад лікарів	Ф. 17
2	Укомплектованість кадрами молодших спеціалістів з медичною освітою закладів, що надають допомогу з планування сім'ї	+	+	+	К-сть молодших спеціалістів з медичною освітою (основних працівників) х 100/ загальну к-сть штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою	Ф. 17
3	Наявність сучасного медичного обладнання та інструментарію	+	+	+	К-сть наявного сучасного медичного обладнання, інструментарію та медикаментів х 100/к-сть передбаченого табелем оснащення	Табелі оснащення

ISSN 2311-5335

№ з/п	Показники	ФАП, ФП, АСЛ	Кабінет планування сім'ї	Центр планування сім'ї	Методика вимірювання	Джерело інформації
4	Комп'ютеризація структурних підрозділів з доступом до інтернету	Бажано	+	+	К-сть структурних підрозділів, оснащених комп'ютером з доступом до інтернету х 100/ загальну к-сть структурних підрозділів	Ф. 47
5	Контингенти жіночого населення, що обслуговуються закладом охорони здоров'я: • всього жінок, у т.ч.: • 10-14 років • 15-17 років • жінок фертильного віку 15-49 років	+ + + +	+ + + +	+ + + +	Абсолютні числа	Щорічні статистичні збірники «Розподіл постійного населення за віком та статтю»
6	Жінки із захворюваннями, при яких вагітність та пологи загрожують життю	+	+	+	Абсолютні числа	Реєстр жінок репродуктивного віку із захворюваннями, при яких вагітність та пологи загрожують життю матері та майбутній дитині та які зумовлюють необхідність забезпечення безоплатними контрацептивами
7	Профілактика неплановаої вагітності: • користувачі ВМК, яким введено ВМС • які мають у матці ВМС • користувачі гормональними контрацептивами	+ + +	+ + +	+ + +	К-сть жінок фертильного віку, які користуються контрацепцією за видами х 1000/к-сть жінок фертильного віку	Медична карта амбулаторного хворого. Ф. № 025/о Ф. № 20
8	Забезпеченість безоплатними контрацептивами визначених державними програмами категорій жінок	+	+	+	К-сть визначених державними програмами для безоплатного забезпечення контрацептивами жінок, які отримали безоплатні контрацептиви х 100/к-сть жінок цієї категорії	Дані закладу

№ з/п	Показники	ФАП, ФП, АСЛ	Кабінет планування сім'ї	Центр планування сім'ї	Методика вимірювання	Джерело інформації
9	Частота абортів за віковими групами: до 14 років,15-17 років, жінки фертильного віку, в т.ч. медичних (легальних) абортів на строках до 12 тиж		+	+	К-сть абортів медичних (легальних) за кожною віковою групою х 1000/к-сть жінок відповідного віку	Ф. № 025-2/о Ф. № 13
10	Консультування з питань планування сім'ї	+	+	+	К-сть жінок, які отримали консультування з планування сім'ї х 100/к-сть жінок, які звернулися до медичного закладу з приводу питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї	Ф. № 025-о
11	Наявність інформаційно-просвітницьких матеріалів з планування сім'ї	+	+	+	К-сть матеріалів (од.) з планування сім'ї (плакатів, буклетів, брошур тощо) х 100/к-сть жінок, які прикріплені до закладу охорони здоров'я	Дані закладу
12	Задоволеність пацієнток медичною допомогою з питань планування сім'ї	+	+	+	К-сть пацієнток, які за даними анонімного анкетування задоволені медичною допомогою з питань планування сім'ї х 100/к-сть пацієнток, які заповнили анкети	Анкети опитування пацієнток
13	Материнська смертність: • загальний показник			+	К-сть випадків материнської смертності х 100 000/к-сть народжених живими	Ф. № 111/о
	• пов'язана з абортом				Абсолютні числа	

ФАП – фельдшерсько-акушерський пункт; ФА – фельдшерський пункт; АСЛ – амбулаторія сімейного лікаря; ВМС – внутрішньоматкова система.

www.mazg.com.ua
ISSN 2311-5335

Периконцепционный прием фолиевой кислоты и мультивитаминных комплексов с целью профилактики врожденных пороков развития

Вопрос назначения лекарственных препаратов беременным женщинам, особенно мультивитаминных комплексов, сопровождается тщательным взвешиванием всех «за» и «против». С одной стороны, нет необходимости вмешиваться в физиологический процесс зачатия и беременности, а с другой – существующие статистические и научные данные о частоте врожденных пороков развития и возможности их первичной профилактики побудили ученых к проведению множества исследований. Предлагаем вашему вниманию обзор статьи всемирно известного специалиста в области периконцепционной подготовки, автора и вдохновителя многих клинических исследований как в Венгрии, так и за ее пределами, доктора Венгерской академии медицинских наук, научного директора Фонда общественного контроля наследственных заболеваний, профессора Э. Цейзеля. Ученый приводит результаты основных испытаний, позволяющие оценить возможности и эффективность приема мультивитаминных комплексов с фолиевой кислотой для предупреждения врожденных аномалий развития плода.

Впервые система периконцепционной помощи была внедрена в Венгрии в 1984 г. в рамках Венгерской периконцепционной службы (the Hungarian Periconception Service, HPS) (Czeizel, 1999). Одним из основателей этой системы является Э. Цейзель. По его мнению, правильнее использовать термин «периконцепционная» вместо «преконцепционная» помощь, учитывая важность охвата раннего постконцепционного периода. Как правило, диспансерное наблюдение за беременной начинается на сроке 8-12 нед. Однако самым чувствительным и уязвимым периодом развития плода являются первые 5-10 нед гестации, отсчитываемые с первого дня последней менструации, т.е. с 3-й по 8-ю неделю после оплодотворения. Именно этот период оказывается вне рамок медицинского наблюдения, оставляя плод без поддержки и необходимой защиты. Наблюдение за женщиной в рамках HPS охватывает период в первые 3 мес до и после зачатия.

Впервые возможность профилактики повторных случаев рождения детей с дефектами нервной трубки (ДНТ) путем назначения мультивитаминных комплексов с фолиевой кислотой в периконцепционном периоде была доказана в исследованиях Smithells et al. (1980). Э. Цейзель задался целью внедрить данный метод первичной профилактики в протокол HPS и оценить эффективность мультивитаминных комплексов с фолиевой кислотой в рандомизированном контролируемом исследовании (РКИ). Следует отметить, что на тот период (80-е годы прошлого столетия) в Венгрии были доступны только две формы мультивитаминов – поливитаплекс 10, содержащий фолиевую кислоту в дозе 0,1 мг, и поливитаплекс 8 без таковой. В этой ситуации через Smithells исследователь обратился к производителям прегнавита форте F, так как именно на примере этого препарата была доказана возможность периконцепционной профилактики ДНТ. Однако руководителей фармкомпании не устраивала необходимость производства двух типов таблеток (активный препарат и плацебо), которых требовал дизайн исследования. Э. Цейзель, выполнявший в 70-х годах исследование по заказу компании «Хоффманн-Ля Рош», узнал о планируемом выпуске нового мультивитаминного комплекса Элевит пренатал* для беременных. Руководство этой компании согласилось на сотрудничество в рамках задуманного Э. Цейзелем РКИ для исследования возможных побочных эффектов их нового препарата.

* Современное название – Элевит пронаталь.

Венгерская периконцепционная служба

Организация HPS планировалась как часть первичной медицинской помощи, оказываемой квалифицированными и прошедшими специальную подготовку акушерками.

Протокол HPS включает три этапа:

I. Оценка репродуктивного здоровья:

- семейный анамнез потенциальных родителей;
- история предыдущих беременностей женщины;
- оптимальный временной интервал между предыдущими родами и зачатием;
- возраст матери и отца;
- состояние здоровья матери;
- преконцепционный скрининг инфекционных и других заболеваний, передающихся половым путем, у женщины;
- анализ спермы мужчины;
- психосексуальная оценка пары;
- проверка на наличие антител против краснухи у будущей матери;
- вакцинация будущей матери против ветряной оспы и гриппа.

II. Трехмесячная подготовка к зачатию:

- прекращение приема оральных контрацептивов и применения внутриматочных противозачаточных средств. Переход к использованию презервативов;
- защита гамет путем отказа от курения, потребления алкоголя, наркотиков;
- анализ профессиональных вредностей на работе будущей матери;
- проверка гормонального статуса пациентки;
- начало преконцепционного приема будущей матерью мультивитаминных комплексов;
- стоматологическое обследование женщины;
- обеспечение здорового питания;
- поддержание адекватной физической активности будущей матери.

III. Обеспечение необходимой защиты плода на ранних сроках беременности:

- проведение дополнительного обследования/лечения по поводу выявленных в преконцепционном периоде нарушений;
- соответствующее обследование и лечение женщин, страдающих гормональными нарушениями;
- определение оптимальных сроков зачатия в соответствии с овуляцией;
- раннее подтверждение наступившей беременности;
- продолжение приема мультивитаминных комплексов будущей матерью;
- защита от тератогенных и других факторов риска;
- направление беременных женщин в клиники пренатальной помощи.

Проводимое под руководством Э. Цейзеля венгерское РКИ, в котором участвовали женщины, охваченные программой HPS, было организовано с целью получения ответов на два вопроса. *Первый вопрос заключался в том, может ли прием мультивитаминных комплексов, включающих фолиевую кислоту, снизить частоту первичного возникновения ДНТ?* Известно, что примерно у 95% женщин, дети которых родились с ДНТ, их старшие дети не имели такого нарушения. Поэтому предотвращение первичных случаев ДНТ будет реальным достижением общественного здравоохранения. *Второй вопрос, поставленный исследователями, звучал так: какова эффективность приема фолиевой кислоты в дозе ниже 1 мг/сут?*

Венгерское рандомизированное контролируемое исследование

Венгерское РКИ проводилось в рамках HPS с использованием мультивитаминного комплекса (Элевит пренатал), содержащего 5 витаминов (фолиевая кислота 0,8 мг; B_{12} 4,0 мкг; B_6 2,6 мг; B_2 1,8 мг; С 100,0 мг), 7 макро- и микроэлементов (кальций, фосфор, магний, железо, медь, марганец, цинк). Этический комитет венгерского министерства здравоохранения не разрешил использовать истинное плацебо и одобрил для этого плацебоподобную комбинацию трех микроэлементов, которые входили в состав комплекса Элевит пренатал. Проверку приема препаратов проводили тремя методами как минимум на протяжении одного месяца до зачатия и в течение двух месяцев после. Уровни витаминов в крови обследованных не определяли вследствие ограниченного финансирования исследования.

В конечном итоге в исследование вошло 5502 женщины с подтвержденной беременностью. У 49 участниц по различным причинам не удалось получить данные об исходах беременности. Среди исследуемых в полном объеме препарат принимали 70,5% пациенток основной группы (мультивитаминый комплекс Элевит пренатал) и 71,8% – группы плацебо; частично получали – 20,3 и 20,6%, не принимали – 9,2 и 7,7% женщин соответственно (p = 0,14). Средний возраст беременных составил 26,9 года, без существенной разницы между группами. Первородящих в основной группе было 88,3%, в группе сравнения – 89,9%.

Согласно результатам исследования, у представительниц группы, принимавшей Элевит пренатал, не было отмечено случаев рождения детей с ДНТ, в то время как в группе плацебо таких случаев было шесть (p = 0,01) (табл. 1).

Таким образом, в данном испытании было установлено, что прием мультивитаминных комплексов, содержащих 0,8 мг фолиевой кислоты, сопровождается снижением частоты первичных ДНТ примерно на 90%.

Приблизительно в это же время стали известны результаты рандомизированного многоцентрового исследования Vitamin Study Research Group (MRC, 1991), в ходе которого была проведена оценка

ISSN 2311-5335

частоты возникновения повторных случаев ДНТ, с участием женщин из семи стран. Было установлено, что применение фолиевой кислоты в высокой дозе (4 мг/сут) предотвращало риск повторных ДНТ в 71% случаев. Полученные в этом исследовании результаты уже свидетельствовали о значимом профилактическом эффекте назначения мультивитаминных пищевых добавок, содержащих высокие дозы фолиевой кислоты, для предотвращения повторных ДНТ.

В 1992 г. американские эксперты здравоохранения на основании результатов венгерского РКИ рекомендовали всем беременным или планирующим беременность женщинам принимать по 0,4 мг фолиевой кислоты в сутки (CDC, 1992). Вскоре после этого эффективность приема фолиевой кислоты в этой дозе для предупреждения первичных ДНТ была оценена в китайском интервенционном исследовании (Berry et al., 1999). Ученые сообщили, что ежедневный прием данного витамина в дозе 0,4 мг/сут сопровождался существенным снижением риска развития у плода ДНТ (на 79%) в регионах с высокой распространенностью этой патологии (6,5 на 1000 человек) и менее выраженным снижением (на 41%) в областях с низким уровнем ДНТ (0,8 на 1000).

Неожиданной находкой венгерского рандомизированного двойного слепого контролируемого исследования стало достоверное снижение общего уровня врожденных пороков развития. Так, в группе женщин, принимавших Элевит пренатал, частота их равнялась 20,6 на 1000 человек, а в группе, получавшей плацебоподобную кобминацию – 40,6 (относительный риск [ОР] 0,53; 95% доверительный интервал [ДИ]: 0,35-0,70). Даже после исключения шести случаев ДНТ разница в количестве тяжелых пороков развития между группами оставалась высокодостоверной ($p < 0,0001$).

Таким образом, прием Элевита способствовал не только сокращению случаев ДНТ, но и снижению частоты других серьезных врожденных пороков развития.

Детальный анализ результатов венгерского РКИ показал также достоверное снижение частоты пороков развития мочевыводящих путей (ОР 0,21; 95% ДИ: 0,05-0,95) и сердечно-сосудистой системы (ОР 0,42; 95% ДИ: 0,19-0,98) (табл. 2). У детей, рожденных матерями, которые получали Элевит, было отмечено выраженное снижение частоты врожденных обструктивных дефектов мочевыводящих путей и конотрункальных пороков сердца, включая дефект межжелудочковой перегородки – 3 против 10 (ОР 0,29; 95% ДИ: 0,09-0,97).

Кроме того, было отмечено некоторое снижение частоты врожденных пороков развития конечностей, пилоростеноза и рождения детей с синдромом Дауна у матерей, принимавших Элевит. По частоте неклассифицированных множественных пороков развития разницы между двумя группами не обнаружено.

Среди наиболее распространенных врожденных аномалий орофациальной области выделяют незаращение нёба и верхней губы с/без нёбной расщелины. В данном РКИ не выявлено какого-либо снижения частоты рождения детей с этими пороками от матерей, принимавших мультивитаминный комплекс с фолиевой кислотой в низкой дозе (0,8 мг/сут). По этическим причинам исследование было приостановлено.

Для сбора и оценки дополнительных данных, подтверждающих или опровергающих эффективность периконцепционного приема мультивитаминных комплексов с фолиевой кислотой, в дальнейшем было проведено венгерское ККИ.

Таблица 1. Частота первичных случаев рождения детей с ДНТ в двух сравниваемых группах по результатам исследований

Исследование	Пациентки, получавшие Элевит пренатал	Группа плацебо
Венгерское РКИ		
К-во родившихся детей	2471	2391
Ожидаемое/фактическое к-во случаев ДНТ	6,9/0	6,7/6
ОР 0,07; 95% ДИ: 0,04-0,13		
Венгерское когортное контролируемое исследование (ККИ)		
К-во родившихся детей	3056	3056
Ожидаемое/фактическое к-во случаев ДНТ	8,5/1	8,5/9
ОР 0,11; 95% ДИ: 0,01-0,91		
Обобщенные данные		
К-во родившихся детей	5527	5447
Ожидаемое/фактическое к-во случаев ДНТ	15,4/1	15,2/15
ОР 0,08; 95% ДИ: 0,01-0,47		

Таблица 2. Эффективность первичной периконцепционной профилактики основных групп пороков развития при приеме мультивитаминных комплексов с фолиевой кислотой (Czeizel et al., 1996, 2004). Обобщенные результаты

Врожденные дефекты развития	Венгерское РКИ		Венгерское ККИ		Обобщенные данные	
	Плацебо (n = 2391)	Элевит пренатал (n = 2471)	Плацебо (n = 3056)	Элевит пренатал (n = 3056)	Плацебо (n = 5447)	Элевит пренатал (n = 5527)
Мочевыводящей системы, всего	9	2	19	14	28	16
ОР (95% ДИ)	0,21 (0,05-0,95)		0,71 (0,33-1,50)		0,56 (0,30-1,04)	
Сердечно-сосудистой системы, всего	20	10	50	31	70	41
ОР (95% ДИ)	0,42 (0,19-0,98)		0,60 (0,38-0,96)		0,57 (0,39-0,85)	
Недоразвитие конечностей, всего	5	1	3	1	8	2
ОР (95% ДИ)	0,19 (0,03-1,18)		0,33 (0,01-3,71)		0,25 (0,05-1,16)	
Пилоростеноз, всего	8	2	2	0	10	2
ОР (95% ДИ)	0,24 (0,05-1,14)		0,00 (0,00-26,8)		0,20 (0,04-0,90)	
Атрезия/стеноз ануса, прямой кишки, всего	1	0	4	1	5	1
ОР (95% ДИ)	-		0,31 (0,02-2,52)		0,20 (0,02-1,69)	
Орофациальные аномалии, всего	5	4	3	4	8	8
ОР (95% ДИ)	0,77 (0,22-2,69)		1,63 (0,31-2,88)		0,99 (0,37-2,63)	
Синдром Дауна, всего	5	2	8	8	13	10
ОР (95% ДИ)	0,39 (0,07-1,99)		1,00 (0,33-1,73)		0,76 (0,33-1,73)	
Множественные неклассифицированные пороки развития, всего	5	6	15	12	20	18
ОР (95% ДИ)	1,16 (0,35-3,81)		0,79 (0,40-1,48)		0,89 (0,47-1,68)	

Венгерское когортное контролируемое исследование

Группу женщин, принимавших Элевит пренатал (доза фолиевой кислоты 0,8 мг/сут), формировали из пациенток, обратившихся в центры HPS в Будапеште и по всей Венгрии в период с 1993 по 1996 г. Пациентки из этой группы наблюдались на сроках беременности до 14 нед. Лица, вошедшие в контрольную группу, были отобраны из региональных клиник пренатальной помощи, начиная с 14-й недели гестации. Никто из них не принимал фолиевой кислоты или содержащих ее мультивитаминных комплексов, или каких-либо других поливитаминов ни перед зачатием, ни в I триместре беременности.

Все беременные контрольной группы были сопоставимы с пациентками основной группы по таким параметрам, как возраст, социально-экономическое положение и местожительство. Так же, как и в предыдущем РКИ, информацию о наличии врожденных дефектов у детей анализировали на этапах беременности, при рождении и в течение первого года жизни. Эту оценку проводили согласно четко определенным критериям слепым методом. Наблюдение за новорожденными с пороками развития в рамках данного исследования продолжалось до достижения ими одного года.

Таким образом, в финале в общей сложности были сопоставлены данные 3056 пар участниц исследования, принимавших Элевит и не получавших этот препарат. Выяснилось, что среди женщин, обратившихся за помощью в центры HPS, было больше лиц, страдающих сахарным диабетом, эпилепсией, и с неудачным исходом предыдущей беременности (прерывание ее, врожденные пороки развития, включая ДНТ) по сравнению с участницами исследования из региональных центров. Автор исследования объясняет такую ситуацию сложившейся на тот момент положительной репутацией центров HPS по обеспечению оптимальных условий для зачатия и ведения беременных на ранних сроках. Именно это привлекло тех пациенток, у которых уже имелись проблемы во время предыдущей беременности. Таким образом, сложилась ситуация, когда большинство в основной группе (Элевит пренатал) составляли женщины с высоким риском неблагоприятного исхода беременности, в то время как у большинства участниц группы контроля такой риск был низким. Несмотря на такое неожиданное различие между сравниваемыми группами и возможность влияния данного фактора на окончательные результаты, исследование было продолжено.

Согласно окончательным результатам ККИ, соотношение частоты ДНТ у плода между группами, принимавшими Элевит пренатал и плацебо, составило 1 против 9 соответственно (табл. 1). При этом в основной группе у 34 матерей старшие дети имели ДНТ, а шесть женщин и двое мужчин сами родились с ДНТ. В этой группе не было отмечено ни одного

ISSN 2311-5335

повторного случая рождения ребенка с ДНТ. У одной из трех женщин контрольной группы, у которых старшие дети родились с ДНТ, было обнаружено повторное рождение ребенка с этим пороком.

Врожденные дефекты развития сердечно-сосудистой системы являлись гетерогенными по генезу и клинической картине, однако их общая частота была существенно ниже (31 против 50) в группе женщин, принимавших Элевит. В основном это было обусловлено уменьшением количества дефектов межжелудочковой перегородки (5 против 19) в группе Элевита (отношение шансов [ОШ] 0,26; 95%ДИ: 0,09-0,72).

Общая частота пороков развития мочевыводящей системы была ниже в основной группе, но без статистически достоверной разницы. Исследователи отметили, что при анализе по подгруппам дефектов, количество обструктивных пороков (10 против 19), стеноза пиелоуретрального отдела (2 против 13) было существенно меньше в группе беременных, принимавших мультивитаминный комплекс по сравнению с плацебо (ОШ 0,19; 95% ДИ: 0,04-0,86).

Следует отметить, что пороки развития конечностей также характеризовались гетерогенностью, однако прослеживалась общая тенденция их уменьшения при приеме Элевита. В то же время не отмечено каких-либо различий между двумя сравниваемыми группами касательно орофациальных дефектов.

Таким образом, авторы пришли к выводу, что результаты венгерского ККИ так же, как и предыдущего РКИ, свидетельствуют о протективном эффекте приема Элевита в периконцепционном периоде относительно некоторых пороков развития сердечно-сосудистой и мочевыводящей систем. Этот профилактический эффект был весьма очевиден, несмотря на то что большинство основной группы представляли беременные с высокой степенью риска (экстрагенитальная патология, неудачный исход предыдущей беременности и т.д.).

Предупреждение других врожденных аномалий развития путем приема мультивитаминных комплексов с фолиевой кислотой

Эффективность применения мультивитаминных комплексов с фолиевой кислотой в снижении частоты врожденных сердечно-сосудистых пороков, основных конотрункальных дефектов (общий ствол, транспозиция магистральных сосудов, тетрада Фалло) и отдельных видов дефектов межжелудочковой перегородки была продемонстрирована в исследованиях американских ученых Botto et al. (1996, 2000).

В исследованиях Li et al. (1995) и Werler et al. (1999) было отмечено значительное снижение частоты пороков развития мочевыводящей системы на фоне приема мультивитаминного комплекса в I триместре беременности.

Проведенное в 1997 г. в США исследование под руководством Yang et al. показало существенное уменьшение количества пороков развития конечностей у детей, чьи матери во время беременности принимали мультивитамины.

Опубликованные в 1982 г. результаты исследований по применению фолиевой кислоты в высокой дозе (10 мг/сут) в составе мультивитаминного комплекса (Tolarova et al., 1982) свидетельствовали, что такое назначение приводит к снижению частоты повторного рождения детей с незаращением верхней губы. Аналогичные выводы были сделаны авторами по результатам исследования Hungarian Case-Control Surveillance of Congenital Abnormalities (HCCSCA) (Czeizel et al., 1996), в ходе которого беременные получали фолиевую кислоту в лечебной дозе 6 мг/сут. Сравнивая результаты этих двух исследований с выводами венгерских РКИ и ККИ, в которых отсутствовало снижение частоты орофациальных дефектов, Э. Цейзель делает следующее предположение. Поскольку пациентки основных групп в РКИ и ККИ принимали фолиевую кислоту в низкой дозе (0,8 мг/сут), а в исследованиях Tolarova и HCCSCA – в высокой, не исключена дозозависимая роль этого витамина в профилактике возникновения орофациальных пороков развития.

На сегодняшний день в научной литературе существует мнение о взаимосвязи между полиморфизмом генов фолатного обмена у матери и риском возникновения синдрома Дауна у плода (Hobbs et al., 2000; Barkai et al., 2003; Gueant et al., 2003). В исследовании HCCSCA была предпринята попытка оценить эту взаимосвязь. Так, было установлено, что при приеме фолиевой кислоты в высокой дозе (6 мг/сут) и железа выявлен некоторый положительный эффект (скорректированное ОШ 0,41; 95% ДИ: 0,2-0,7) в отношении предупреждения возникновения у плода синдрома Дауна.

Также в этом исследовании было установлено, что прием мультивитаминных комплексов с фолиевой кислотой может снижать или предупреждать тератогенные эффекты, обусловленные гипертермией (например на фоне вирусной инфекции).

Э. Цейзель отмечает, что в настоящее время 20-25% детской смертности в экономически развитых странах могут быть обусловлены именно врожденными пороками развития и являются основной причиной смерти. *Наличие врожденных аномалий развития значительно ухудшает качество жизни и прогноз, тяжело и не всегда в полной мере корректируется. Именно по этим причинам предупреждение таких дефектов развития является лучшим и зачастую единственным вариантом медицинской помощи.*

Назначение фолиевой кислоты отдельно или в составе мультивитаминных комплексов является своеобразным прорывом в сфере первичной профилактики ДНТ и некоторых других врожденных аномалий, поскольку сопровождается снижением таких случаев примерно на треть (Tarusco, 2004). Это

Клінічно доведено, що прийом Елевіту

на 92% зменшує ризик розвитку дефектів нервової трубки*

*Czeizel AE. Primary Prevention of Neural-Tube Defects and Some Other Major Congenital Abnormalities // Paediatric Drugs November 2000, Volume 2, Issue 6, p. 437-449.
Реклама лікарського засобу. Відпускається без рецепта. Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/9996/01/01 від 25.08.2009. Для розміщення на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

Р

лучшая альтернатива так называемой вторичной профилактике – прерыванию беременности по причине обнаружения тяжелых пороков развития плода.

Только фолиевая кислота или мультивитаминный комплекс? Оптимальная доза фолиевой кислоты

Использование мультивитаминов, содержащих фолиевую кислоту и другие витамины группы В, сопровождается более высокой эффективностью (примерно 90%) в снижении частоты возникновения ДНТ (Smithells et. al., 1989, 1990; Czeizel et. al., 1992, 2004), чем прием только фолиевой кислоты как в высокой дозе (эффективность 71%) (MRC Vitamin Study, 1991), так и в низкой (41-79%) (Chinese/U.S. study, 1999).

Сторонники приема только фолиевой кислоты приводят аргумент, что в группе, получавшей другие витамины в MRC Vitamin Study, не обнаружено значительного уменьшения случаев повторных ДНТ. Тем не менее следует отметить, что прием мультивитаминов без фолиевой кислоты сопровождался снижением частоты рецидивов ДНТ на 40% (2,6 против 4,3 %), что приближается к статистически значимой величине.

Еще одним аргументом в пользу того, что необходимо принимать комплекс мультивитаминов, содержащих фолиевую кислоту, является снижение на этом фоне врожденных пороков развития сердечно-сосудистой, мочевыводящей систем и конечностей. При этом количество данных об аналогичной эффективности фолиевой кислоты в качестве монопрофилактики этих пороков недостаточно.

Наконец, доказанной является важная роль гипергомоцистеинемии в патогенезе развития некоторых ДНТ. При этом витамины B_2, B_6 и B_{12} являются важными кофакторами метаболизма гомоцистеина и фолатов.

Второй вопрос касается оптимальной дозы фолиевой кислоты. В настоящее время нет однозначных доводов или консенсуса относительно оптимальной дозы фолиевой кислоты. Следует учитывать, что фолиевая кислота существует в двух формах (известная как витамин B_{11} в Нидерландах и как витамин B_9 во Франции): содержащийся в пище полиглутамат фолата и синтетическая фолиевая кислота в виде моноглутамата. Эти две формы по-разному (активно и пассивно) абсорбируются из желудочно-кишечного тракта, что должно быть учтено при расчете необходимой дозы фолиевой кислоты.

Институт медицины Национальной академии наук США (1998) и Европейская комиссия научного комитета по вопросам продовольствия (1998) рекомендуют прием фолиевой кислоты в дозе 1 мг/сут как максимально допустимой для приема внутрь у здоровых людей, включая беременных женщин. Важно различать физиологическую дозу фолиевой кислоты (< 1 мг/сут), рекомендуемую с профилактической целью, и фармакологическую (> 1 мг/сут), используемую для лечения пациентов. В настоящее время не представляется возможным исключение вероятных побочных эффектов при приеме фолиевой кислоты в более высоких дозах (Butterworth, Tamura, 1989).

Wald et al., (2001) доказали дозозависимый эффект приема фолиевой кислоты в снижении выраженности гипергомоцистеинемии и развития ДНТ, которые можно предупредить. На основе этого авторами был предложен прием фолиевой кислоты в суточной дозе 5,0 мг женщинам, стремящимся забеременеть.

В США рекомендовано ежедневное потребление фолиевой кислоты в дозе 0,4 мг/сут всем женщинам, у которых возможно наступление беременности, для предотвращения ДНТ. Совместным китайско-американским исследованием (Berry et al., 1999) в дальнейшем подтверждена эффективность этого мероприятия. Кроме того, оно также показало зависимость эффективности такой профилактики от распространенности ДНТ.

Согласно результатам венгерского интервенционного исследования, периконцепционное использование мультивитаминного комплекса с включением фолиевой кислоты в дозе 0,8 мг/сут, привело к резкому снижению (примерно на 90%) возникновения первичных ДНТ. Тем не менее в исследовании, проведенном McPartlin et al. (1993), учеными было предположено, что оптимальное ежедневное потребление фолатов/фолиевой кислоты в пред- и постконцепционный периоды составляет 0,66 мг/сут. На основании этого в Ирландии рекомендованным является прием фолатов/фолиевой кислоты в дозе 0,7 мг/сут всем сексуально активным женщинам детородного возраста. Эти рекомендуемые дозы гораздо выше, чем существовавшие ранее, поскольку была доказана повышенная потребность в фолиевой кислоте у беременных. Это обусловлено пониженным всасыванием, ускоренным распадом, выведением с мочой и повышенным потреблением данного витамина плодом.

Для повышения информированности общественности о важности и необходимости приема мультивитаминных комплексов, содержащих фолиевую кислоту, необходима большая просветительская работа. Автор статьи подчеркивает существенную значимость начала приема фолиевой кислоты или мультивитаминов сразу после прекращения приема оральных контрацептивов или использования других методов контрацепции при желании зачать ребенка. Назначение в рамках периконцепционной помощи мультивитаминных комплексов, содержащих фолиевую кислоту, согласно опыту венгерских специалистов, является оптимальным в плане баланса стоимости/эффективности (Czeizel et.al., 2005). Э. Цейзель убежден, что надлежащая подготовка к зачатию является самым ранним и наиболее эффективным методом профилактики врожденных пороков развития.

Обзор по материалам Birth Defects Research // Clinical and Molecular Teratology 2009. 85:260-268

Подготовила Мария Арефьева

Клінічний випадок міграції внутрішньоматкового контрацептива в сечовий міхур

В.І. Горовий, к.мед.н.
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

У статті представлено рідкісний клінічний випадок дислокації Т-подібного внутрішньоматкового контрацептива в сечовий міхур через 10 років після його встановлення. Для уточнення виду та локалізації контрацептива запропоновано, крім цистоскопії, застосовувати сучасні методи візуалізації – спіральну чи мультиспіральну комп'ютерну томографію.

Ключові слова: *внутрішньоматковий контрацептив, дислокація, сечовий міхур, дизуричні явища.*

У 1931 р. німецький лікар Е. Грефенберг (Ernst Grafenberg) вперше запропонував для запобігання вагітності використовувати внутрішньоматковий контрацептив (ВМК) із шовкових ниток тутового шовкопряда, обплетених сріблом. Пристрій мав вигляд кільця для введення в матку. Ще через 3 роки кільце виготовили із золота. У 60-ті роки XX ст. подібні ВМК стали виробляти з пластмаси. З часом пристрій було доповнено нитками, які виводяться в піхву, що дає можливість контролювати наявність ВМК.

ВМК являють собою невеликі пластмасові або металеві пристосування, що розміщуються в матці та можуть мати різну форму: Т-подібну, у вигляді кілець, спіралей, петель тощо. Сьогодні налічується близько 80 різних видів ВМК, виготовлених із високотехнологічних матеріалів, і ними користуються понад 100 млн жінок [4, 8, 9].

Введення ВМК – серйозна маніпуляція, яку мають виконувати добре підготовлені лікарі з урахуванням показань та протипоказань [8]. Одним з ускладнень при встановленні ВМК є пошкодження матки, яке зустрічається в 0,2-3,4 випадків на 1000 проведених маніпуляцій [4, 13]. Воно призводить до дислокації ВМК у сусідні з маткою органи, в т.ч. у сечовий міхур [1-7, 9-17]. У літературі описано понад 170 випадків міграції ВМК у різні органи. Частота дислокації ВМК у сечовий міхур становить близько 14%, причому частіше вона виникає після введення Т-подібного ВМК [13]. У вітчизняних літературних джерелах ми знайшли опис лише двох випадків дислокації ВМК в сечовий міхур [2, 11], у зв'язку з чим вирішили поділитися власним клінічним досвідом, що стосується даної проблеми.

Клінічний випадок

Хвора П., 43 роки, 24.07.2012 р. звернулась до урологічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні зі скаргами на часте та болюче сечовипускання (до 20 разів на день і до 5 разів за ніч), періодичний тупий біль внизу живота та періодичну гематурію. Із анамнезу відомо, що приблизно 10 років тому після народження першої дитини пацієнтці встановили ВМК. Незважаючи на це, через 6 міс жінка завагітніла та народила другу дитину природним шляхом без ускладнень. Увесь цей час вона почувалася задовільно і лише через 10 років відмітила дизуричні розлади, які самостійно намагалася усунути за допомогою антибактеріальних препаратів (фурадонін, нітроксолін та ін.). Через рецидивування дизуричних симптомів жінка звернулась до гінеколога Вінницької обласної клінічної лікарні. Аналіз крові – без змін, аналіз сечі показав наявність протеїнурії (0,165 г/л), лейкоцитурії

(20-40 в полі зору) та еритроцитурії (10-15 в полі зору). При ультразвуковому дослідженні нирок жодних змін не виявлено. У сечовому міхурі на задній стінці візуалізувалося гіперехогенне утворення розміром 3 х 0,5 см. За результатами оглядової урографії сечового міхура в надлобковій ділянці помічено Т-подібний ВМК (рис. 1).

Рис. 1. Оглядова урограма сечового міхура: в проекції сечового міхура Т-подібне стороннє тіло, вкрите солями

Хвора госпіталізована до урологічного відділення з діагнозом: стороннє тіло сечового міхура. При цистоскопічному дослідженні виявили стороннє тіло сечового міхура розміром 3 х 0,5 см, вкрите солями, яке було поперечно розташоване на задній стінці ближче до верхівки. Видалити його щипцями не вдалося через міцну фіксацію до стінки міхура та больовий синдром. Було запідозрено дислокацію ВМК з порожнини матки в сечовий міхур. Мультиспіральною комп'ютерною томографією було підтверджено міграцію горизонтальних гілок (плечиків) ВМК у сечовий міхур. Його вертикальна гілка проходила через стінку сечового міхура і знаходилась поряд з маткою (рис. 2). Двадцять сьомого липня 2012 р. хворій була виконана операція цистотомії, в результаті якої виявлено стороннє тіло – ВМК, вкритий солями (рис. 3). Для його видалення була розсічена задня стінка сечового міхура в ділянці верхівки та очеревини. Встановлено, що вертикальна гілка проходила через стінку сечового міхура в ділянці міхурово-маткової складки та адвентиційний шар матки разом із нейлоновими нитками. Сполучення рани з порожниною матки не виявлено. Після видалення ВМК матку та сечовий міхур зашито вікриловими (3-0) швами. Черевна порожнина зашита наглухо, а сечовий міхур дреновано надлобковим дренажем позаочеревинно. Післяопераційний період проходив без ускладнень. На 12-ту добу видалено надлобковий дренаж, на наступний день свищ загоївся і сечовипускання відновилось природним шляхом. Пацієнтку виписали на 14-ту добу після операції. У телефонній розмові через 2 міс з'ясувалося, що хвора почувається задовільно: сечовипускання – без дизуричних явищ, у звичному ритмі, аналіз сечі без змін.

Рис. 2. Мультиспіральна комп'ютерна томографія хворої П. з тривимірним моделюванням

Рис. 3. Видалене стороннє тіло сечового міхура – ВМК

Даний клінічний випадок становить інтерес з огляду на свою рідкісність. Для визначення виду та локалізації стороннього тіла сечового міхура, крім обов'язкової цистоскопії, доцільно використовувати сучасні методи візуалізації – спіральну чи мультиспіральну комп'ютерну томографію з 3-D моделюванням.

Список використаної літератури

1. Ахмаев М.М., Сафаров Р.С. Миграция маточной спирали в просвет червеобразного отростка // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2008. – № 2. – С. 72.
2. Горовий В.І., Головенко В.П., Кобзін О.Л. Випадок дислокації внутрішньоматкового контрацептива в сечовий міхур // Урологія. – 2012. – Т. 16, № 4 (63). – С. 109-111.
3. Гумин Л.М., Дьяконов В.В. Случай дислокации внутриматочного контрацептива в мочевой пузырь // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 1. – С. 58-59.
4. Закриллаев З., Олимов Т., Приев И.М. Повреждение мочевого пузыря внутриматочными контрацептивами // Урология. – 2000. – № 3. – С. 53.
5. Кадири Т.Р., Тухтаров И.Т. Миграция внутриматочного контрацептива в мочевой пузырь с образованием вторичного камня и пузырно-маточного свища // Урология. – 2000. – № 2. – С. 83-84.
6. Комаров Р.Н., Комаров Н.В., Канашкин О.В. и др. Миграция внутриматочного контрацептива в мочевой пузырь // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007. – № 2 – С. 54.
7. Новиков А.И., Назаров Т.Н. Повреждение мочеточника внутриматочной спиралью // Урология. – 2001. – № 3. – С. 55-58.
8. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Роговская С.И. Внутриматочная контрацепция // Акушерство и гинекология. – 1993. – № 1. – С. 53-58.
9. Смещение внутриматочной спирали // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2013. – № 2 (65). – С. 16-20.
10. Субботин В.М., Давидов М.И. Редкие осложнения внутриматочной контрацепции с формированием инородных тел брюшной полости и мочевого пузыря // Журнал акушерства и женских болезней. – 2004. – Т. 53, выпуск 4. – С. 86-88.

11. Фридберг А.М., Светличный Э.А. Трансуретральное удаление внутриматочной спирали и вторичных камней мочевого пузыря // Урологія. – 2012. – Т. 16, № 4 (63). – С. 105-108.
12. Ebel L., Foneron A., Troncoso L. et al. Intrauterine device migration to the bladder: report of four cases // Actas Urol. Esp. – 2008. – Vol. 32, № 5. – P. 530-532.
13. El-Hefnawy A.S., El-Nahas A.R., Osman Y., Bazeed M.A. Urinary complications of migrated intrauterine contraceptive device // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunction. – 2008. – Vol. 19, № 2. – P. 241-245.
14. Disu S., Boret A. Asymptomatic ileal perforation of an intrauterine device // Arch. Gynecol. Obstet. – 2004. – Vol. 269, № 83 – P. 230-231.
15. Guvel S., Tekin M.I., Kilinc F. et al. Bladder stones around a migrated and missed intrauterine contraceptive device // Int. J. Urol. – 2001. – Vol. 8, № 2. – P. 78-79.
16. Nouira Y., Rakrouki S., Gargouri M. et al. Intravesical migration of an intrauterine contraceptive device complicated by bladder stone: a report of six cases // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunction. – 2007. – Vol. 18, № 5. – P. 575-578.
17. Nwofor A.M., Ikechebelu J.I. Uterovesical fistula and bladder stones following bladder penetration by a perforating intrauterine contraceptive device // J. Obstet. Gynecol. – 2003. – Vol. 23, № 6. – P. 683-684.

Клинический случай миграции внутриматочного контрацептива в мочевой пузырь

В.И. Горовой

В статье представлен редкий клинический случай дислокации Т-образного внутриматочного контрацептива из полости матки в мочевой пузырь через 10 лет после его установления. Для уточнения вида и локализации контрацептива предложено, кроме цистоскопии, использовать современные методы визуализации – спиральную или мультиспиральную компьютерную томографию.

Ключевые слова: внутриматочный контрацептив, дислокация, мочевой пузырь, дизурические явления.

Clinical case of migration the intrauterine contraceptive device into the bladder

V.I. Gorovyy

The article presents a rarely clinical case of migration the T-shape intrauterine contraceptive device from uterus cavity intro the bladder 10 years after its establishment. There was recommended to distinguish the shape and localization of device to use beside cystoscopy modern methods of visualization – spiral and multyspiral computer tomography.

Keywords: intrauterine contraceptive device, dislocation, bladder, dysuric symptoms.

ДАЙДЖЕСТ

Оптимальный баланс между эффективностью лечения и сохранением экосистемы влагалища

Среди взрослого женского населения вагинит является наиболее частой причиной обращения к врачу. В основном это заболевание обусловлено такими микроорганизмами, как кишечная палочка, гемофильная инфекция, протей, которые зачастую находятся в ассоциации с грибами рода *Candida albicans*. Учитывая частоту сочетанной инфекции, для лечения целесообразно использовать комбинированные препараты с широким спектром действия. Это позволяет обеспечить их долгосрочное клиническое воздействие и сдерживать избыточный рост сапрофитной флоры влагалища. Важно также, чтобы лекарственный препарат применялся один раз в день и чтобы при этом отсутствовали побочные эффекты.

Полижинакс – это лекарственный препарат с сорокалетним успешным опытом лечения вагинальных инфекций. Он является средством первого выбора в лечении вагинита, обусловленного чувствительными к нему возбудителями, а также при наличии неспецифического вагинита. Полижинакс содержит нистатин, полимиксин В и неомицин. Неомицин является аминогликозидным антибиотиком, активным в отношении грамположительных и грамотрицательных аэробных бактерий; полимиксин представляет собой полипептидный антибиотик, высокоактивный против грамотрицательных возбудителей; нистатин – фунгицидный компонент (активный в отношении *C. albicans* и *C. non-albicans*). Гель диметилполисилоксана обладает выраженным противовоспалительным, противозудным действием, улучшает взаимодействие антибиотиков с воспаленной слизистой влагалища, способствует быстрому и равномерному распределению действующих веществ во всех складках влагалища в течение 24 ч. Все вышеперечисленное обеспечивает облегчение симптомов заболевания уже после первого применения Полижинакса.

Эффективность лечения смешанного бактериального вагинита при применении вагинальных капсул Полижинакс достигает 96% случаев. При этом следует учитывать, что адекватное уничтожение патогенных микроорганизмов при сохранении нормальной микрофлоры является залогом низкого риска рецидивирования заболевания. Так, согласно результатам исследований, не было отмечено повторных жалоб в течение 12 дней с момента начала лечения Полижинаксом, а также рецидивов заболевания на протяжении 42 дней от начала терапии. Быстродействие препарата Полижинакс, обусловленное также противовоспалительными свойствами геля на силиконовой основе, обеспечивает хорошую переносимость и высокий комплаенс пациенток. Таким образом, использование препарата Полижинакс позволяет достичь оптимального баланса между высокой антимикробной эффективностью и сохранением экосистемы влагалища.

По материалам М. Иванишевич
Третий Хорватский конгресс по инфекциям мочеполовой системы и инфекциям, передающимся половым путем, 2011.

ГОЛОВНА ПОДІЯ РОКУ ДЛЯ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

iMF V МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

5 років

ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ – ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

15–17 квітня 2014 року

КИЇВ ЕКСПО ПЛАЗА
Київ, вул. Салютна, 2-6 (ст. метро «Нивки»)
ufi Member

За підтримки:
- Кабінету Міністрів України
- Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я
- Міністерства охорони здоров'я України
- Міністерства охорони здоров'я АР Крим
- Державної служби України з лікарських засобів

Організатори:
Національна академія медичних наук України

Співорганізатори:

Генеральний партнер: TOSHIBA Leading Innovation

Офіційний партнер: Mercedes-Benz

Соціальний партнер: Розвиток України

Партнери:

MEDICAEXPO – МІЖНАРОДНА ВИСТАВКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ`Я

- Увесь спектр обладнання, техніки, інструментарію для медицини
- Всесвітньо відомі бренди
- Нові торгові марки
- Інновації та технології
- Міжнародна участь

PHARMAEXPO – МІЖНАРОДНА ФАРМАЦЕВТИЧНА ВИСТАВКА

III МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС

«Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров`я України»

- НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ЗАХОДИ
- ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ
- ШКОЛИ ТА МАЙСТЕР-КЛАСИ НА ДІЮЧОМУ ОБЛАДНАННІ
- УКРАЇНСЬКІ ТА ЗАРУБІЖНІ ДОПОВІДАЧІ-ЕКСПЕРТИ ГАЛУЗІ
- ІННОВАЦІЙНІ РІШЕННЯ
- ПЕРЕДБАЧЕНА ВИДАЧА СЕРТИФІКАТІВ

Генеральний стратегічний партнер: Заславський
Генеральний інформаційний партнер: Управління закладом охорони здоров'я
Генеральний інтернет-партнер: ZDOROV-iNFO

Офіційні інформаційні партнери: Здоров'я України, Часопис, Therapia, Медкнига, Фармацевтичний Кур'єр

СТАНЬ ЧАСТИНОЮ МАСШТАБНОЇ МІЖНАРОДНОЇ ПОДІЇ!

З питань участі у Форумі: +380 (44) 526-93-09 med@lmt.kiev.ua
З питань участі у Конгресі: +380 (44) 526-92-89 marketing@lmt.kiev.ua

www.medforum.in.ua

Беременность и мочекаменная болезнь

[1]П.Н. Веропотвелян, к.мед.н., заведующий отделением патологии репродуктивной функции человека; [2]И.В. Гужевская, к.мед.н., доцент кафедры; [1]Н.П. Веропотвелян, к.мед.н., главный врач; [2]Т.Л. Нарытник, [3]К.В. Мурашко, главный врач
[1] ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики»
[2] Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, кафедра акушерства и гинекологии № 1
[3] КУ «Криворожская городская поликлиника № 5» ДОР

В статье представлен обзор результатов многочисленных исследований, отражающих особенности клинических проявлений и диагностики мочекаменной болезни у беременных. Описаны рекомендации касательно тактики ведения беременных, особое внимание уделено дифференцированному подходу к диетическому питанию. Освещены принципы медикаментозной терапии, современные подходы к выбору метода хирургического вмешательства для лечения беременных с мочекаменной болезнью.

Ключевые слова: *беременность, мочекаменная болезнь, особенности течения, диетическое питание, медикаментозное и хирургическое лечение.*

Мочекаменная болезнь (МКБ) является одной из актуальных проблем урогинекологии, поскольку частым осложнением ее (особенно у беременных) является развитие почечной колики. Возникающий болевой синдром отягощает прогноз и течение беременности, негативно влияет на развитие плода. Данная патология имеет не только медицинское, но и огромное социально-экономическое значение. Проблема МКБ стала особенно актуальной в первом десятилетии XXI в., когда были опубликованы результаты многочисленных эпидемиологических исследований. В них отмечена высокая частота нарушений функции почек в общей популяции и неспособность обеспечить диализом увеличивающееся количество пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности во всем мире.

По мнению Р. Шрайер [5], многие хронические заболевания почек в течение длительного периода времени протекают почти бессимптомно, сопровождаясь скудной клинической и лабораторной симптоматикой, представленной умеренной артериальной гипертензией, микрогематурией, незначительной альбуминурией до тех пор, пока на их фоне не сформируется МКБ. По мнению T. Cornelis et al. [6], из-за особенностей течения заболеваний почек нередки случаи выявления МКБ лишь непосредственно при скрининговом обследовании во время беременности.

Распространенность МКБ в мире составляет 0,5-5,3%, среди беременных – около 0,2-0,4%; в России частота МКБ (уролитиаз, нефролитиаз) среди других заболеваний мочевыводящей системы равняется 38,2%.

В Украине наиболее высокий уровень заболеваемости органов мочеполовой системы в 2013 г. отмечался в центральных и восточных областях: в Киеве – 7164, в Днепропетровской обл. – 7139 случаев на 100 тыс. человек населения. Самая низкая частота патологии урогенитального тракта обнаружена в западном и южном регионах: в Закарпатской обл. – 2792, в Севастополе – 2020 случаев соответственно. При этом следует отметить, что, как показал сравнительный анализ данных за период 2003-2012 гг., распространенность этой патологии в 2012 г. была ниже. Согласно статистическим данным, частота МКБ у беременных составляет 0,1-0,2%. Это обусловливают сложившиеся условия современной жизни: гиподинамия, ведущая к нарушению фосфорно-кальциевого обмена; обилие пуринов в пище, следствием чего являются гиперурикемия и гиперурикозурия [1].

МКБ относится к полиэтиологическим заболеваниям. Это хроническое заболевание, характеризующееся нарушением обменных процессов в организме и местными изменениями в мочевой системе, приводящими к образованию камней в чашечно-лоханочной системе почек и мочевыводящих путях. Мочевые камни чаще образуются в

детородном (25-40 лет) возрасте. Механизм образования камней в мочевыводящих путях сложен, разнообразен и еще недостаточно изучен. Н.К. Дзеранов [2] выделяет экзогенные и эндогенные факторы развития МКБ.

К экзогенным факторам относят:

- особенности питания (потребление большого количества белковой пищи, алкоголя, недостаточное поступление жидкости, дефицит витаминов А и B_6, гипервитаминоз D, прием щелочных минеральных вод и др.);
- особенности образа жизни современного человека – гиподинамия («телевизионная» болезнь), изменение климата, экологии и пр.

Эндогенными факторами развития МКБ являются:

- инфекции мочевых путей; эндокринопатия (гиперпаратиреоз, подагра, альдостеронизм, синдром Кушинга), заболевания внутренних органов – анатомические изменения в верхних и нижних мочевых путях, вызывающие нарушения уродинамики (нефроптоз, стриктура уретры и другие врожденные аномалии мочевыводящих путей);
- генетические факторы (цистинурия, дефицит гипоксантин-гуанин-фосфорибозилтрансферазы и т.д.);
- онкологические заболевания (саркоидоз, лейкемия, метастатические поражения костей);
- прием лекарственных препаратов (сульфаниламидов) и витаминов (A, D, C), способствующих камнеобразованию.

Среди специфических факторов камнеобразования наибольшее значение имеют гиперкальциурия, гиперурикозурия, гипоцитратурия. При образовании конкрементов происходит выпадение кристаллов солей из перенасыщенного раствора, каковым является моча. Однако, как указывает М.М. Шехтман [3], как бы ни был перенасыщен этот раствор, кристаллы образуются не всегда. Это объяснятся тем, что моча – это сложная биологическая жидкость, в которой наряду с минеральными компонентами присутствуют органические (в частности защитные) гидрофильные коллоиды, не выпадающие в осадок и препятствующие кристаллизации солей.

Защитными коллоидами являются мукополисахариды, к которым относятся хондроитинсерная и гиалуроновая кислоты, кератосульфат и др. Кроме того, в моче содержатся гидрофобные коллоиды (мукопротеины), легко выпадающие в осадок и способствующие склеиванию кристаллов между собой. Таким образом, ядро будущего камня, обладающее высоким поверхностным натяжением, является центром притяжения кристаллов и нестабильных коллоидов. Ядром конкремента могут стать сгусток фибрина, клеточный детрит бактерии.

Необходимо отметить, что к основным патогенетическим факторам МКБ при беременности относят изменение водно-солевого обмена, нарушение уродинамики, инфекционно-воспалительные процессы в интерстициальной ткани почки (при пиелонефрите). И.Г. Никольская, С.В. Новикова и соавт. [10] отмечают, что в настоящее время общепризнанной является морфологическая классификация мочевых камней. Чаще всего (60-80%) встречаются конкременты из неорганических соединений кальция – кальциевый уролитиаз (оксалатный и фосфатный). Реже встречаются камни, состоящие из мочевой кислоты и ее солей (уратный уролитиаз), – в 7-15% случаев; магнийсодержащие камни (струвитный уролитиаз) – в 7-10%. Наиболее редкими (1-3%) являются белковые камни (цистиновый уролитиаз).

Н.Л. Лопаткин, А.Л. Шабад указывают на определенные особенности образования камней в почках у женщин. Так, у них по сравнению с мужчинами большую роль в этом процессе играет мочевая инфекция, пиелонефрит, и меньшую – обменные нарушения. Вследствие этого состав конкрементов у женщин специфичен: чаще образуются фосфатные камни, вызванные бактериями, разлагающими мочевину [4].

МКБ, как правило, не возникает во время беременности, однако ее клинические признаки и симптоматика на фоне гестации могут стать отчетливо выраженными, если ранее заболевание протекало субклинически. Во время беременности этому способствует ускоренный рост камней вследствие физиологических особенностей мочеполовой системы, более благоприятные условия для перемещения камня в мочеточник и сравнительная легкость присоединения инфекции. По мнению М.М. Шехтман [3], редкость камнеобразования у беременных может быть связана с повышенной потребностью организма женщины и плода в солях кальция и фосфора.

Н.Л. Лопаткин, А.Л. Шабад (1985), И.Г. Никольская, С.В. Новикова и соавт. (2012) отмечают возможность образования камней в почках во время гестации, при этом несомненной является связь МКБ с предшествующей беременностью, осложненной пиелонефритом [4, 10]. Беременность, как известно, изменяет течение физиологических процессов в организме женщины и анатомические взаимоотношения органов брюшной полости и забрюшинного пространства, влияет на опорожнение мочевыводящих путей, резко снижает их тонус, что также способствует клиническому проявлению латентно текущего уролитиаза.

Бесспорно, определенную роль в патогенезе данного заболевания играет нарушение деятельности эндокринных желез и вегетативной нервной системы. Передняя доля гипофиза во время беременности гипертрофируется, масса ее увеличивается в 3 раза по сравнению с исходной величиной (до беременности). Это является немаловажным с учетом доказанного влияния гипофиза

на фосфорный обмен. Удаление гипофиза приводит к исчезновению фосфатов в моче [3].

Е.В. Захарова, И.Г. Никольская и соавт. [7, 9] описывают клинические проявления МКБ с присущим этому заболеванию разнообразием – от единичного в жизни эпизода до затяжного течения с повторными рецидивами, возможной инвалидизацией и даже смертельным исходом. До определенного периода, как упоминалось выше, МКБ может протекать бессимптомно – латентная форма хронического течения МКБ. Длительность этого периода болезни определяется не столько формой и размерами камня, как его локализацией, наличием/отсутствием нарушений уродинамики и инфекционного процесса. В таких случаях камни диагностируются случайно при УЗИ. В некоторых ситуациях при диагностике применяют лучевые методы – магнитно-резонансную томографию.

Клиническая картина МКБ характеризуется почечной коликой, гематурией, пиурией и отхождением конкрементов с мочой (Фоляк Е.В. и соавт., 2010). Боль в поясничной области, иррадиирующая вниз, в надлобковую область (зону), вызвана препятствием нормальному оттоку мочи вследствие раздражения лоханки или мочеточника камнем и развившегося на этом фоне спазма. Боль имеет резкий, приступообразный характер, может ощущаться в области поясницы или по ходу мочеточника. Она настолько интенсивная и резкая, что пациентка мечется и не находя себе места принимает самые разнообразные вынужденные положения. Локализация и иррадиация боли зависят от размеров и местонахождения конкремента. При локализации камня в почке или верхней половине мочеточника боль иррадиирует в паховую область, при локализации в нижнем отделе мочеточника – в большие половые губы, моча выделяется по каплям или отсутствует. При наличии конкремента в интрамуральном отделе мочеточника боль возникает в области мочевого пузыря в конце акта мочеиспускания.

Почечная колика может сопровождаться ознобом, повышением температуры тела, тошнотой или рвотой, метеоризмом. Согласно данным литературы, почечная колика обычно спровоцирована мелкими камнями, попадающими в мочеточник. Симулировать боль, свойственную почечной колике с характерной иррадиацией в половые губы, могут гинекологические заболевания, что объясняется общностью иннервации мочевых и половых органов (Шехтман М.М., 2005).

Согласно исследованиям (Nenov, 1981), камни почек и мочеточников являются наиболее частой причиной сильной боли в животе, по поводу которой беременных госпитализируют. В конце беременности конкременты почек могут симулировать родовые схватки, а также провоцировать их развитие. Появление гематурии обусловлено травмированием слизистой оболочки мочевыводящих путей краями камня. Конкременты, состоящие из оксалатов, повреждают эпителий чаще, чем гладкие камни на основе фосфатов. У таких пациенток в большинстве случаев отмечается микрогематурия. При почечной колике в конце мочеиспускания чаще всего отмечается макрогематурия. После физической нагрузки гематурия усиливается, а после отдыха уменьшается. Следует отметить, что та или иная степень гематурии отмечается у 90% пациенток с МКБ.

В некоторых случаях гематурия – единственное проявление МКБ, при которой женщина не ощущает никакой боли. В этих случаях необходимо помнить о возможности наличия новообразования или туберкулеза почки. Если гематурия, появившаяся после физической нагрузки, не сопровождается лейкоцитурией, то, скорее всего, она обусловлена наличием камня, а не пиелонефрита. Пиурия является следствием воспалительных изменений в мочевыводящих путях. Пиелонефрит часто присоединяется к уже существующей МКБ, хотя у некоторых пациенток может и предшествовать ей. Женщины при калькулезном пиелонефрите периодически ощущают тупую боль в поясничной области, а во время закупорки камнем мочеточника возникает типичная почечная колика. Этот период болезни сопровождается лихорадкой, иногда ознобом, головной болью. Бывают случаи, когда у женщин после приступа почечной колики камни отходят самопроизвольно.

Иногда у пациенток МКБ протекает бессимптомно, никаких жалоб они не предъявляют. У таких женщин только после физической нагрузки появляется микрогематурия. При рентгенологическом исследовании органов брюшной полости в прегравидарном периоде, проведенном по другому поводу, конкременты в области мочевыводящих путей являются случайной находкой. Бессимптомный уролитиаз редко осложняется пиелонефритом. При этом тяжело протекающее заболевание может привести к развитию почечной недостаточности [3, 10, 11].

Камни мочевого пузыря у пациенток встречаются редко вследствие анатомических особенностей уретры (короткая и широкая), что способствует их отхождению при мочеиспускании. В тех случаях, когда конкременты имеют округлую форму и не могут выйти самостоятельно, отмечается гематурия, прерывание струи при мочеиспускании и его болезненность.

Почечная колика у беременных главным образом отмечается в первые 4 мес и в последние 4 нед гестации. Развитие почечной колики в промежутке между этими сроками не характерно, чаще у пациенток преобладают симптомы пиелонефрита. Довольно часто во время беременности происходит спонтанное отхождение камней. Это обусловлено как расширением мочевыводящих путей, так и гиперплазией мышечной системы мочеточников. Как указывает М.М. Шехтман,

ISSN 2311-5335

после 34 нед беременности конкременты выделяются редко, вероятно вследствие атонии мочеточников и сдавления их увеличенной маткой или предлежащей частью плода, что затрудняет их продвижение. В послеродовом периоде сдавление мочеточников исчезает и повышается их тонус, что способствует учащению спонтанного выделения камней.

При симптомах, указывающих на наличие конкрементов в мочевых путях, необходимо провести ряд исследований. У беременных основное место в диагностике занимает УЗИ почек и мочевого пузыря, в некоторых сомнительных случаях проводят магнитно-резонансную томографию. Следует детально изучить анамнез, особенно в тех случаях, когда женщина в прошлом болела хроническим пиелонефритом. Необходимо уточнить, имелись ли случаи приступов почечной колики в прошлом, проводились ли дополнительные исследования (УЗИ почек и мочевого пузыря, экскреторная урография, компьютерная томография почек, ретроградная уретеропиелография, обзорная рентгенография). В трудных для диагностики случаях, при прямых показаниях, беременным проводят цистоскопию. Кроме того, большое значение имеют результаты исследования мочи (мочевой осадок, стерильность, наличие гематурии, суточная экскреция мочевой кислоты, кальция, оксалатов) и анализа крови (клинического, биохимического). Проведение пробы Реберга, анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко, результаты тестов для выявления инфекций, передающихся половым путем, дают ценную информацию касательно функциональной способности почек и возможного диагноза.

Беременным также назначают посевы мочи. Выявление *Proteus mirabilis* у пациенток с хронической рецидивирующей инфекцией мочевых путей в анамнезе является веским доводом в пользу наличия аммиачных камней, состоящих из фосфата магния и аммония. Также рекомендовано количественное определение суточной экскреции кальция и мочевой кислоты. Гиперкальциурия (> 0,25 г/сут) свидетельствует о наличии камней, состоящих из оксалатов кальция, тогда как гиперурикозурия (> 0,8 г/сут) указывает на наличие конкрементов из мочевой кислоты. Однако во избежание ошибок в диагностике следует учитывать, что гиперкальциурия возможна и у здоровых женщин, принимающих кальций в высоких дозах.

При диагностировании обязательным является подробный сбор семейного анамнеза. МКБ у нескольких членов семьи может быть связана с цистинурией или оксалатурией. В таких случаях необходимо проверить содержание цистина и щавелевой кислоты в суточной моче, в течение нескольких дней определять pH мочи для установления преобладающей реакции. Стойкая кислая реакция мочи указывает на образование камней из мочевой кислоты; при стойком сдвиге pH в сторону щелочной реакции можно предположить наличие смешанных камней, состоящих из фосфата магния и аммония.

Необходимым является также определение концентрации кальция, мочевой кислоты и электролитов в сыворотке крови. В случае выявления гиперкальциемии следует проверить концентрацию паратгормона и исключить наличие гиперпаратиреоза, при котором характерно образование камней из оксалатов кальция. Гиперхлоремия указывает на почечный канальцевый ацидоз и наличие конкрементов из мочевой кислоты.

Более чем у половины пациенток, поступающих в клинику с МКБ, камни выходят самостоятельно и симптомы заболевания исчезают [3, 10, 21]. В некоторых случаях конкременты в нижнем отделе мочеточника удается пальпировать при бимануальном исследовании как плотные узлы в своде влагалища (влагалищная пальпация болезненная). Цистоскопию проводят по строгим показаниям во избежание инфицирования мочевых путей при инвазивном вмешательстве. Х. Кремлинг и соавт. [22] установили, что отсутствие выделения контрастного вещества при хромоцистоскопии на одной стороне в сочетании с усилением гематурии после нагрузки указывает на наличие камня в мочеточнике, обусловившего частичную или полную его окклюзию.

В своей работе В.Н. Демидов, А.Я. Пытель, А.М. Амосов [23] отмечают, что во время беременности эхография является ценным диагностическим методом. Выявление конкрементов диаметром > 0,5 см не представляет трудностей. Камни обнаруживаются в виде четко контурируемых эхопозитивных образований, обычно расположенных в чашечно-лоханочной системе. Наиболее легко выявляют крупные коралловидные камни. Даже мелкие камни диаметром 1,5-2 мм могут быть обнаружены. Ультразвуковое сканирование позволяет выявить рентгенопозитивные и рентгенонегативные камни [3].

Влияние МКБ на течение беременности и плод

Неосложненная МКБ не оказывает существенного влияния на течение беременности и состояние плода, если уролитиаз не осложнен инфекцией. Ряд ученых: A. Ross et al. [12], M. Swartz et al. [13], J. Watterson [14] – отмечают, что обострение МКБ, осложняющее течение беременности, наблюдается в 30-40% случаев. У 80% пациенток происходит обострение вторичного хронического калькулезного пиелонефрита (Козловская Н., 2007). Самопроизвольные аборты происходят редко, однако присоединение инфекции мочевыводящих путей или азотемия может вызвать прерывание беременности. Преждевременные роды регистрируются у 15-19% [9, 16-18] лиц с калькулезным пиелонефритом, осложненным гестозом. По данным S. McAller, K. Louglin, в случае сопутствующего калькулезного пиелонефрита

это осложнение наблюдается у 25% беременных. Литературные источники свидетельствуют, что гестоз при МКБ выявляется в 15% случаев.

При наличии МКБ у беременных, как следствия обострения вторичного пиелонефрита или присоединения гестоза, в 18-22% случаев отмечается хроническая внутриутробная гипоксия, гипотрофия плода, синдром задержки роста плода, внутриутробное инфицирование, а в 5-20% – фетоплацентарная дисфункция [9]. В своих работах Н.Л. Лопаткин, А.Л. Шабад [4] отмечают, что коралловидный нефролитиаз протекает малосимптомно, относительно редко сопровождается почечной коликой, однако отличается упорным хроническим пиелонефритом, склонным к рецидивированию и после оперативного удаления камня. Данное заболевание медленно, но неуклонно приводит к далеко зашедшим морфологическим изменениям в почке, а при двустороннем коралловидном уролитиазе – к тяжелой хронической почечной недостаточности.

Как было указано ранее, у 30-40% женщин течение МКБ ухудшается во время беременности. Оно выражается в появлении или учащении приступов почечной колики, присоединении или обострении ранее существовавшего пиелонефрита. У некоторых пациенток калькулезный пиелонефрит приобретает настолько тяжелое течение, что приходится прибегать к хирургическому лечению во время беременности или вскоре после родов [3]. Беременность при МКБ с единственной почкой противопоказана.

А.А. Довлатян [20] отмечает, что наблюдение за беременными, страдающими МКБ, осуществляется акушером-гинекологом совместно с урологом в амбулаторных условиях. В случаях нефролитиаза и особенно при наличии коралловидных камней необходима консультация нефролога. Целесообразно в I триместре проводить скрининговое обследование всех беременных с МКБ на наличие бессимптомной бактериурии, при выявлении которой необходимо назначить этиотропную антибактериальную терапию. Это вызвано тем, что частота возникновения острого пиелонефрита у таких пациенток колеблется, по различным данным, от 14 до 57% случаев.

Как правило, при систематическом наблюдении удается своевременно выявить присоединение или обострение пиелонефрита – угрозу преждевременных родов. Таких пациенток нужно госпитализировать для лечения осложнений беременности и профилактики фетоплацентарной дисфункции.

По данным И.В. Никольской, Т.Г. Тареевой и соавт. [9], у лиц с МКБ, осложненной пиелонефритом, риск развития гестационных осложнений беременности значительно выше. Среди материнских осложнений чаще всего встречаются угроза прерывания беременности (25%), тяжелые формы гестоза (10,7%), анемия (62%); среди осложнений у плода – развитие фетоплацентарной дисфункции (20-33%) и внутриутробное инфицирование (17,6-21,8%) [19].

Лечение

По мнению Н.В. Орджоникидзе и соавт. [16], если диагноз заболевания ясен и МКБ протекает с минимальной симптоматикой, а развитие плода не нарушается, амбулаторное наблюдение может продолжаться вплоть до родов. Во время беременности предпочтительнее консервативное лечение МКБ, однако в некоторых случаях без хирургического вмешательства не удается обойтись. Прогрессирование артериальной гипертензии, нарастание азотемии у пациенток с МКБ могут являться показаниями к родоразрешению или прерыванию беременности на любых сроках. При этом диагностирование окклюзии мочеточников с развитием острой почечной недостаточности является показанием к операции на мочевых путях. В то же время в каждом конкретном случае этот вопрос решается строго индивидуально.

Несомненно, определенное значение имеет правильно подобранная диета, которая зависит от характера нарушений обмена веществ, о чем свидетельствуют многочисленные исследования [2, 3, 7, 9]. Согласно специфике рекомендаций по питанию для всех беременных, необходимо исключение алкогольных напитков, жирных, копченых и соленых продуктов. Особый интерес представляют специальные дополнительные рекомендации, разработанные И.Г. Никольской и соавт. [10], которые касаются особенностей диеты в зависимости от характера минерального состава камней у этих пациенток.

Так, при нарушении пуринового обмена и наличии уратных камней (pH мочи < 6,5) исключают продукты с высоким содержанием пуриновых соединений, являющихся источником образования в организме мочевой кислоты. В диете должны преобладать молочные и растительные продукты, что обеспечивает повышение pH мочи. При уратном уролитиазе не рекомендуется употреблять мед, кофе, шоколад, виноград и продукты из него, бульоны, бобовые, молоко цельное, щавель, салат, редьку, редиску, свинину и продукты из нее, продукты с консервантами, цветную капусту. Разрешается ограниченное потребление варено-копченых продуктов, кофейных напитков, помидоров (2-3 штуки в день), зеленого лука, петрушки, слив, сала, сливочного масла, молока в кашах, чае. Необходимо употреблять картофель (только чищеный), крупы, макаронные изделия, мясо, рыбу, птицу (отварную, запеченную в фольге), зеленые яблоки, морковь, свеклу, огурцы, тыкву, сметану, творог, кефир, арбузы, лимоны, капусту белокочанную, лук, чеснок (ежедневно), укроп, хлеб (ржаной, пшеничный), яйца (3 штуки в неделю), зеленый чай, сосиски, колбасу вареную, масло растительное (оливковое). В первой

ISSN 2311-5335

половине беременности рекомендовано обильное питье – до 2,0-2,5 л/сут (при условии отсутствия склонности к задержке жидкости). Во второй половине беременности объем жидкости следует ограничить до 1,5-1,8 л/сут. Рекомендуется употребление щелочных минеральных вод: Ессентуки-20, Славяновская, Смирновская, Нафтуся. Во время прегравидарной подготовки возможен прием цитросоды: 2 кг желтых лимонов залить кипятком на 5 мин, разрезать пополам, пропустить через мясорубку, смешать с 2 кг сахара и поместить в стеклянные банки (на 1 стакан воды – 1 чайная ложка смеси с добавлением на ее кончике соды питьевой).

Диета при кальций-фосфатном нефролитиазе предусматривает ограничение потребления продуктов, богатых неорганическим фосфором: рыбы, сыра (твердых сортов), молочных продуктов, орехов, грибов. Рекомендуемое обильное питье (от 1,5 до 2,5 л/сут) следует несколько уменьшить в III триместре беременности.

При кальций-оксалатном нефролитиазе ограничивается прием продуктов с повышенным содержанием кальция, аскорбиновой кислоты и оксалатов и рекомендуется обильное питье. Должны быть категорически исключены продукты с высоким содержанием оксалатов: фрукты (мандарины, грейпфруты, лимонная цедра, бананы, яблоки [антоновка], сливы, виноград, шиповник, малина, голубика, черника, крыжовник, вишни, земляника, черная смородина, брусника), листовая зелень (шпинат, щавель, сельдерей, ревень, петрушка, салат, зеленый лук), овощи (огурцы, свекла, кабачки, зеленая фасоль, горох, помидоры, редис). Кроме того, не рекомендуется употреблять кофе, чай, какао, шоколад, орехи, проросшую пшеницу, высушенные бобы, соленья, приправы, маринады, пряности, бульоны (мясные, рыбные, грибные), колбасные изделия, полуфабрикаты, чипсы, сухарики, желатин (студни, заливное, желе), сливочное масло, рис. В небольшом количестве разрешены продукты с низким содержанием оксалатов: некислые яблоки, абрикосы, дыня, арбуз, кизил, изюм, персики, тыква, груши, айва, капуста, картофель, морковь, репа, курага, некрепкие чай и кофе. Рекомендуются продукты, богатые магнием (каши из овсяной, гречневой, пшенной крупы, сухофрукты, хлеб из муки грубого помола, пшеничные отруби). Потребление жидкости должно составлять 2 л/сут (больше во второй половине дня), а именно: компоты из сухофруктов, соки (не кислые) и минеральные воды: Боржоми, Смирновская, Славяновская. В период прегравидарной подготовки рекомендуется принимать донат-Mg (1/2 стакана 3 раза в день в теплом виде за 30 мин до еды, 10 дней в месяц, в течение 6-12 мес), раствор для питья: цитрат натрия 98 г с добавлением 140 г лимонной кислоты и 1 л воды, цитросоду (1 лимон + 1 чайная ложка соды + 1 л воды – 10 мл 2-3 раза в день в течение месяца ежеквартально). Полезно также пить следующие фитосборы: трава спорыша, семена укропа, лист земляники – поровну; трава хвоща полевого, лист земляники, семена укропа – поровну; лист мяты, кукурузные рыльца, золотая розга – поровну. Одну столовую ложку смеси трав заливают 400 мл кипятка, настаивают ночь в термосе, процеживают, принимают по 1-3 ст. ложки за 30 мин до еды. Продолжительность лечения составляет 6 мес. Каждые 10 дней состав сбора меняют.

Медикаментозная терапия беременных с МКБ направлена на купирование болевого синдрома и ликвидацию инфекционного процесса в мочевыводящих путях. Множество рассмотренных публикаций показывает, что у таких пациенток боль при почечной колике не всегда интенсивная. Для ее купирования можно использовать следующие спазмолитические препараты: 2% раствор папаверина гидрохлорида по 2 мл подкожно, 2% раствор но-шпы 2 мл подкожно. Применяют также 0,2% раствор платифиллина гидротартрата в дозе 1-2 мл подкожно, баралгин в дозе 5 мл внутривенно струйно или внутримышечно. Также назначают атропин, который, как считается, оказывает более выраженное, чем вышеозначенные препараты, спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру мочеточников. В тех случаях, когда спазмолитические средства не эффективны, прибегают к назначению наркотических анальгетиков – 1 мл 1-2% раствора промедола или в крайнем случае 1 мл 1% раствора морфина гидрохлорида подкожно [3, 10]. Наши исследования свидетельствуют, что от применения этих препаратов по возможности следует отказаться, что согласуется с выводами других авторов [3]. Это обусловлено наличием определенного риска, поскольку промедол повышает тонус матки и усиливает сокращение ее мускулатуры, а морфин угнетает дыхательный центр плода.

У некоторых пациенток приступ почечной колики удается купировать спазмолитическими средствами (цистенал, ависан), избирательно расслабляющими гладкую мускулатуру мочеточников. Цистенал принимают сначала по 20 капель, а затем по 10 капель на куске сахара под язык 3 раза в день после еды, ависан – по 2 таблетки 3-4 раза в день после еды. Данные медикаментозные средства оказывают не только спазмолитическое, но и противовоспалительное действие. Прием жидкости должен составлять 2 л/сут у беременных без симптомов гестоза.

В комплексном лечении МКБ назначают препарат Блемарен (компания Allphamed PharbiArzneimittel GmbH), применяемый для растворения мочевых конкрементов. В результате установления оптимального значения pH мочи при приеме препарата создаются благоприятные условия для прекращения роста и растворения мочекислых и смешанных конкрементов. Препарат не противопоказан при беременности. Средняя суточная

доза определяется индивидуально и может составлять 6-18 г действующего вещества (2-6 шипучих таблеток в сутки). Контроль над эффективностью препарата осуществляют путем определения pH свежей мочи 3 раза в сутки перед очередным его приемом. Доза препарата считается правильно подобранной, если значения pH, определенные 3 раза в сутки, находятся в рекомендованных для каждой патологии пределах. Для растворения уратных конкрементов pH мочи должен находиться в границах 6,2-6,8. Если суточный профиль значений pH < 6,2, дозу следует повысить, а если > 6,8 – снизить.

Для растворения уратно-оксалатных камней и профилактики повторного образования кальций-оксалатных камней pH мочи необходимо поддерживать определенное время на уровне от 6,8 до 7,4. Для литолиза конкрементов (в зависимости от их размера и состава) продолжительность курса лечения обычно составляет от 4 нед до 6 мес. Для профилактики рецидивов нефролитиаза препарат назначают курсами, продолжительность и количество которых устанавливают индивидуально для каждой больной.

По мнению М.М. Шехтмана, при неуспешности купирования приступа почечной колики введением спазмолитиков и наркотических средств следует произвести новокаиновую блокаду круглых связок матки или катетеризацию мочеточника [3]. С этой целью вводят 30-40 мл 0,5% новокаина в периферический отдел круглой связки у выхода ее через наружное отверстие пахового канала. Однако мы считаем, что эту процедуру лучше не проводить по двум причинам: во-первых, не каждый акушер-гинеколог владеет техникой данной манипуляции; во-вторых, при проведении этой процедуры существует опасность присоединения инфекции.

Ряд авторов [3, 7, 10] в таких ситуациях рекомендует произвести катетеризацию мочеточника или установку внутреннего стента (после предварительной хромоцистоскопии), что способствует восстановлению нарушенного оттока мочи и прекращению приступа колики. Эти манипуляции производятся урологом. При сочетании уролитиаза с пиелонефритом необходимо своевременно назначать антибактериальную терапию. Во время беременности допускается применение препаратов пенициллинового ряда, цефалоспоринов, макролидов, фурадонина (отменять за 2-3 нед до родов), 5-НОК. По жизненным показаниям возможно назначение имипенема, гентамицина, амикацина, клиндамицина, рокситромицина, азитромицина, ванкомицина. Учитывая тератогенное действие, у таких пациенток запрещается использовать левомицетин, тетрациклин, сульфаниламиды, фторхинолоны и стрептомицин. Назначение антибиотиков при обструктивном пиелонефрите без восстановления пассажа мочи является опасным.

Ю.Г. Аляев и соавт., Н.Б. Городовская, О.В. Козинова, М.М. Шехтман [24, 25, 26] рекомендуют сначала выполнить стентирование мочеточников. Иногда катетер не удается провести мимо камня, плотно охваченного мочеточником, и катетеризация оказывается безуспешной. В таких случаях возникают показания к хирургическому лечению (чрескожная пункционная нефростомия или уретеролитотомия, уретеролитоэкстракция).

Хирургическая терапия – операции на мочевыводящих путях (рис. 1, 2) – показана в следующих случаях:

- при анурии, вызванной обтурацией мочеточника камнем и не поддающейся лечению;
- при возникновении гнойных апостематозных форм пиелонефрита;
- при частых повторяющихся приступах почечной колики, если отсутствует тенденция к самопроизвольному отхождению камней [3, 7, 9, 27].

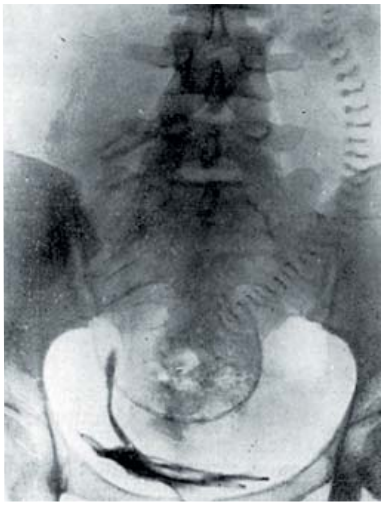


Рис. 1. Ретроградная уретерограмма беременной (22 нед). Камень нижней трети правого мочеточника [31]

Хирургическое лечение уролитиаза у беременных включает (Орджоникидзе Н.В. и соавт. [16]):

- открытые оперативные вмешательства на почке и мочевыводящих путях;
- инструментальные методы удаления камней: цистолитотрипсия, уретеролитотрипсия, контактное уретероскопическое разрушение камня. Кроме того, к этой группе методов также относятся: катетеризация мочеточников, блокада устья мочеточника, рассечение его, механическая уретеролитотрипсия, электрофизическая уретеролитотрипсия, механическая пиелолитотрипсия через нефростому и др.;
- чрескожное разрушение или удаление камней: нефростомия в сочетании с механическим разрушением камня, удаление камней почек путем экстракции или литотрипсии;
- лазерная литотрипсия с помощью особого гольмиевого лазера, которая объединяет эндоскопический метод лечения МКБ и лазеротерапию.

По мнению И.Г. Никольской, С.В. Новиковой и соавт. [10], при наличии показаний к оперативному урологическому вмешательству на ранних сроках беременности необходимо проводить операцию, не считаясь с состоянием плода, так как промедление может представлять угрозу для жизни пациентки.

T. Augus, M. Lindheimer, S. McAller, K. Louglin [19, 28] и другие зарубежные исследователи приводят большое количество данных об успешности операций, выполненных при обтурации мочеточника. В публикациях указывается, что проведение уретероскопии с последующей уретеролитоэкстракцией во время беременности не увеличивает количества послеоперационных осложнений, которые встречаются с такой же частотой, как у небеременных женщин. Успешность выполнения

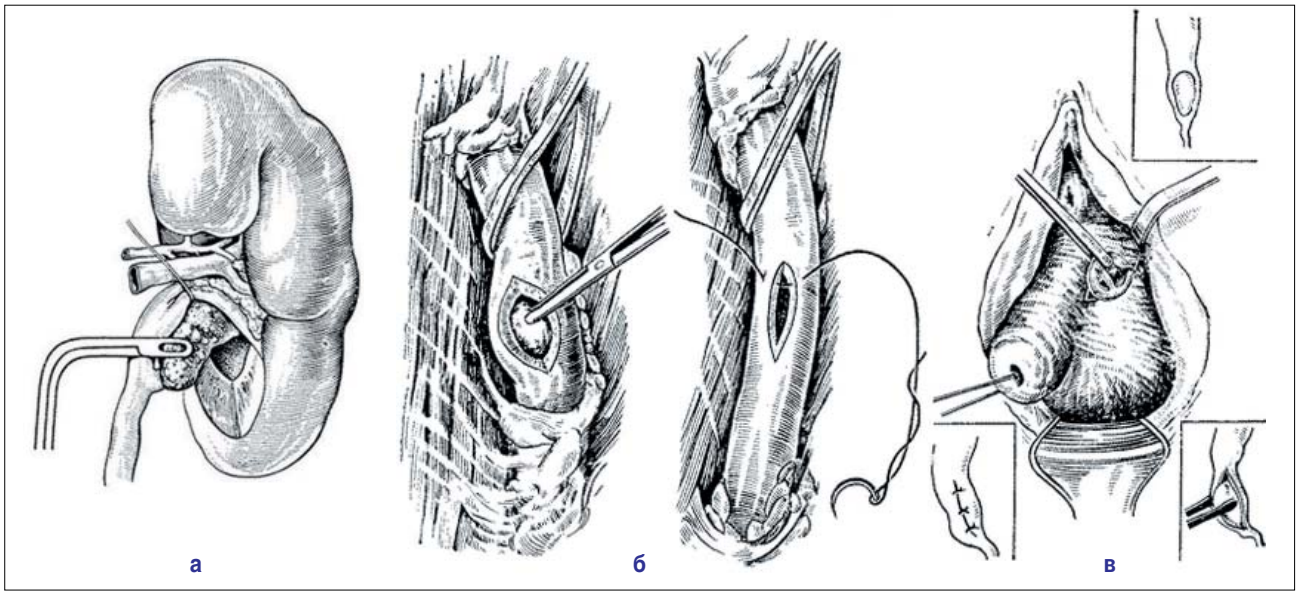


Рис. 2. Операции при камнях почки и мочеточника [31]:
а – пиелолитотомия; б – уретеролитотомия; в – уретеролитотомия чрезвлагалищным доступом

данных вмешательств определяется современной технической оснащенностью стационара и наличием высококвалифицированных специалистов.

В литературе имеются сообщения ряда авторов (Semins M. et al., Watterson J. et al. [14, 29]) с описанием проведения лазерной литотрипсии на сроке беременности 22 нед. Успешный исход операции отмечен в 91% случаев.

Особое значение имеет проведение оперативных вмешательств у женщин с единственной почкой, страдающих МКБ или нефролитиазом почечного трансплантата, в случае их отказа от прерывания беременности. М.М. Шехтман приводит описание выполнения нефростомии почечного трансплантата при МКБ последнего с дальнейшим благоприятным исходом [3]. Если показания к операции возникают на поздних сроках беременности, то в таких случаях желательно произвести родоразрешение преждевременно, а затем выполнить оперативное вмешательство на почке или мочеточниках. У пациенток на поздних сроках беременности невозможность купирования почечной колики может стать показанием к родоразрешению, а при неготовности родовых путей к родам – показанием к кесареву сечению.

Е.В. Захарова и другие исследователи [7, 10], учитывая высокий риск развития инфекционно-воспалительных осложнений, рекомендуют у лиц с МКБ проведение профилактической антибактериальной терапии в послеродовом периоде. В этом периоде для лечения МКБ может быть использована дистанционная ударно-волновая литотрипсия или другие операции на почке и мочевыводящих путях, выбор которых зависит прежде всего от конкретной клинической ситуации. В случае развития обтурационных, септических осложнений показаны оперативные вмешательства, объем которых решается строго индивидуально.

Необходимо помнить, что оперативное лечение МКБ не является этиотропным, так как остается причина камнеобразования. Таким образом, пациенткам с идиопатической гиперкальциурией целесообразно назначать диету с низким содержанием кальция и мочегонные средства бензотиазинового ряда. У лиц с урикозурией и конкрементами, состоящими из мочевой кислоты, благоприятное влияние оказывает диета с низким содержанием пуринов. При гиперпаратиреозе образование камней прекращается после лечения основного заболевания. Беременным со смешанными камнями, состоящими из фосфата магния и аммония, требуется активное и длительное лечение хронической инфекции мочевыводящих путей [30].

МКБ обычно не является противопоказанием к пролонгированию беременности, поскольку, как правило, не оказывает существенного влияния на течение беременности и состояние плода. Беременность противопоказана только в случае возникновения почечной недостаточности, которая в период гестации встречается редко. При присоединении инфекционных осложнений, риске развития тяжелого гестоза, не поддающегося лечению, фетоплацентарной дисфункции, перинатальной заболеваемости и смертности беременность прерывается.

Список использованной литературы

1. Тиктинский О.Л. Уролитаз. – Л.: Медицина, 1980. – 192 с.
2. Дзеранов Н.К. Лечение мочекаменной болезни – комплексная медицинская проблема / Качество жизни. – М.: Медицина. – 2005; 2: 46-51.
3. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М., 2005. – С. 545-557.
4. Лопаткин Н.Л., Шабад А.Л. Урологические заболевания почек у женщин. – М.: Медицина, 1985. – С. 230.
5. Шрайер Р.В. Руководство по нефрологи. Пер. с англ. / Под ред. Н.А. Мухина. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 547 с.
6. Cornelis T., Odutayo A., Keunen J., Hladunewich M. The Kidney in normal pregnancy and normal pregnancy and preeclampsia. Semin Nephrol 2011; 31: 4-14.
7. Захарова Е.В. Нефрологические аспекты беременности: Диагностика, тактика, прогноз // Гинекология. – 2008. – Т. 10, № 6. – С. 4-12.
8. Никольская И.Г., Новикова С.В., Баринова И.И. и др. Хроническая болезнь почек и беременность: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, перинатальные осложнения // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2012. – № 5. – С. 21-30.
9. Никольская И.Г., Тареева Т.Г., Микаелян А.В. и др. Пиелонефрит и беременность: Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, перинатальные осложнения // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2003. Т. 3, № 2. – С. 34-36.
10. Никольская И.Г., Новикова С.В., Бирюкова и др. Н.В. Мочекаменная болезнь и беременность // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2012, 1. – С. 82-86.
11. Венцковская И.Б., Веропотвелян П.Н., Веропотвелян Н.П., Гужевская И.В. Беременность и хроническая почечная недостаточность // Здоровье женщины. – 2013. – № 4 (80). – С. 77-85.
12. Ross A.E., Handa S., Lingeman J.E., Matlaga B.R. Kidney stones during pregnancy: an investigation into stone composition. Urol Res 2008; 36: 99.
13. Swartz M.A., Lyndon-Rochell M.T., Simon D. et al. Admission for nephrolithiasis in pregnancy and risk of adverse birth outcomes. Obstet Gynec 2007; 109: 109.
14. Watterson J., Girvan A., Beiko D. et al. Ureteroscopy and holmium:YAG laser lithotripsy: an emerging definitive management strategy for symptomatic ureteral calculi in pregnancy. Urology 2002; 60: 383.
15. Козловская Н.Л. Почки и беременность. В кн.: Нефрология / Под ред. Е.М. Шилова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 480-491.
16. Орджоникидзе Н.В., Емельянова А.И., Панов В.О. и др. Беременность и роды при заболеваниях мочевыводящих органов / Под ред. Г.Т. Сухих. – М., 2009. – 431 с.

ISSN 2311-5335

17. Рогов В.А., Гордовская Н.Б. Почки и беременность: Нефрология / Под ред. И.Е. Тареевой. – М.: Медицина, 2000. – С. 464-484.
18. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х, 2008. – С. 545-557.
19. McAller S.J., Louglin K.R. Nephrolithiasis and pregnancy. Curr Opin Urol 2004; 14: 123.
20. Довлатян А.А. Острый пиелонефрит беременных. – М.: Медицина, 2004. – 215 с.
21. Lattanzi P.R., Cook W.A. Urinary Calculi in Pregnancy. Obstetrics & Gynecology 1980. 56(4): 462-466.
22. Кремлинг Х., Лутцайер В., Хайнтц Р. Гинекологическая урология и нефрология. – М.: Медицина, 1985. – 560 с.
23. Демидов В.Н., Пытель А.Я., Амосов А.М. Ультразвуковая диагностика в уронефрологии. – М.: Медина, 1989. – С. 106.
24. Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Философова Е.В. Современные аспекты медикаментозного лечения больных мочекаменной болезнью // Русский медицинский журнал. – 2004. – № 8. – С. 534-540.
25. Гордовская Н.Б. Мочекаменная болезнь: Рациональная фармакотерапия в нефрологии / Под ред. Н.А. Мухина, Л.В. Козловской, Е.М. Шилова. – М., 2006. – С. 530-540.
26. Козинова О.В., Шехтман М.М. Мочекаменная болезнь и беременность // Гинекология. – 2006. – Т 8, № 4. – С. 47-73.
27. Захарова Е.В. Течение хронических заболеваний почек при беременности. Consilium Medicum 2007; 9: 6: 47-73.
28. Augus T.P., Lindheimer M.D. The patient with kidney disease and hypertension in pregnancy. In: Manual of Nefrology. 6th edition. Ed. R. Schrier. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins 2005; 214-242.
29. Semins M.J., Troch B.J., Matlaga B.R. The safety of ureteroscopy during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. J Urol 2009; 181: 139.
30. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска. – М.: Медицина, 1989. – С. 451-452.
31. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологи. – М.: Медицина, 1986. – 487 с.

Вагітність і сечокам'яна хвороба

П.Н. Веропотвелян, І.В. Гужевська, Н.П. Веропотвелян, Т.Л. Наритник, К.В. Мурашко

У статті представлено огляд результатів багатьох досліджень стосовно особливостей клінічних проявів та діагностики сечокам'яної хвороби у вагітних. Наведені рекомендації відносно тактики ведення вагітних. Особлива увага приділена диференційованому підходу до дієтичного харчування. Розкрито принципи медикаментозної терапії, сучасні підходи до вибору методу хірургічного втручання для лікування вагітних із сечокам'яною хворобою.

Ключові слова: вагітність, сечокам'яна хвороба, особливості перебігу, дієтичне харчування, медикаментозне та хірургічне лікування.

Pregnancy and urolithiasis

P.N. Veropotvelyan, I.V. Guzhevskaya, N.P. Veropotvelyan, T.L. Narytnik, K.V. Murashko

In this review article presents data of numerous studies that reflect clinical manifestations and diagnosis of urolithiasis in pregnant women. Provide recommendations regarding management of pregnant women, it focuses on a differentiated approach in the diets. The principles of drug therapy, modern approaches to the choice of surgical intervention for the treatment of pregnant women with urolithiasis/

Keywords: pregnancy, urolithiasis, clinical course, diet, pharmacotherapy and surgical therapy.

ЗАПИСНАЯ КНИЖКА

Вельмишановні колеги!

Українська асоціація репродуктивної медицини запрошує вас взяти участь у Міжнародному симпозіумі з питань репродуктивної медицини **«Теорія і практика репродукції людини»**, що відбудеться **29-31 травня 2014 р.** у м. Алушті за адресою: вул. Леніна, 2, готель «Редіссон».

Захід внесено до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2014 р.

У рамках симпозіуму будуть представлені доповіді провідних вітчизняних та зарубіжних фахівців у галузі репродуктології, буде проведено школу ембріології та школу лікаря-репродуктолога.

Контактна інформація

Українська асоціація репродуктивної медицини:
- тел/факс: +380 372 585511
- www.uarm.org.ua
- uarm.kiev@gmail.com

З питань реєстрації, проживання в готелі, іншої додаткової інформації

Компанія «Кологістикс»:
- тел/факс: +38 044 377 57 79
- www.colo-gistics.com
- event@colo-gistics.com.

Оргкомітет

Роль меди и марганца в метаболизме железа*

Е. Семенова[1], М. Кунина[2], Н. Стуклов[1], д.мед.н., профессор
[1]Российский университет дружбы народов
[2]ООО Клиника «Будь здоров», Москва

В метаболизме железа в организме человека принимают участие 22 марганецзависимых белка и 9 купроэнзимов. Монотерапия железом не учитывает взаимодействия между микроэлементами и поэтому может сопровождаться повышенным числом побочных эффектов, а в случае дефицита меди вызвать перегрузку организма железом либо рефрактерность к лечению. Применение комбинации железо + медь + марганец позволяет избежать подобных результатов.

Ключевые слова: *лечение анемии, железа глюконат, железа сульфат, дефицит железа, дефицит меди, глюконат меди, глюконат марганца, Тотема, сорбифер дурулес.*

Железо выполняет в организме ряд очень важных функций – захват, транспорт кислорода (гемоглобин), хранение кислорода (миоглобин), выработку энергии в клетках (цитохром С-оксидаза). Железо участвует в механизмах иммунитета (ионы Fe^{2+}, лактоферрин), антиоксидантной защите (пероксидаза, каталаза), синтезе ДНК (коэнзимредуктаза рибонуклеотидов), в формировании соединительной ткани (лизилгидроксилаза и пролилгидроксилаза-1 отвечают за стабилизацию коллагена и синтез протеогликанов хондроитинсульфов). На сегодня насчитывается около 100 железосодержащих белков [1-4].

Количество железа в организме в норме чрезвычайно стабильно и определяется равновесием между его поступлением и потерями. Всего в организме взрослого человека содержится от 3 до 5 г железа, причем до 70% его инкорпорировано в гемоглобин, приблизительно 10% находится в миоглобине и железосодержащих энзимах, остальное сохраняется в медленно обменивающемся пуле в составе ферритина (его также называют пулом накопления) [3, 4]. Плазматический транспорт включает трансферриновое железо и составляет приблизительно 0,1%. Ежедневные потери железа чрезвычайно малы, порядка 1 мг в день, и являются результатом слущивания эпителия, потерь с желчью; меньше железа выводится с мочой. У женщин репродуктивного возраста к этому добавляются ежемесячные потери железа в связи с менструальными кровотечениями. Компенсация этих потерь имеет важнейшее значение и тщательно регулируется, поскольку человеческий организм не имеет возможности увеличить экскрецию железа в случае его избыточного поступления [3-5].

Роль меди и марганца в абсорбции железа в кишечнике и утилизации в тканях

В гомеостазе железа принимают участие 9 медьсодержащих ферментов и 22 марганецзависимых белка. Важная роль в метаболизме железа отводится таким купроэнзимам, как дуоденальный цитохром b (Dcyt b), гефестин, эндосомальные ферриредуктазы STEAP и церулоплазмин, которые осуществляют взаимопревращения Fe^{2+} и Fe^{3+}, необходимые при входе железа в клетки, выходе железа в кровоток и дальнейшем связывании с трансферрином [2, 4]. Всасывание железа происходит преимущественно в верхних отделах тонкой кишки. Наибольшей биодоступностью (до 30%) обладает железо, входящее в состав гема (мясные продукты). Оно усваивается в неизменном виде с помощью пиноцитоза, предварительно связавшись с мембранным белком-переносчиком гема (HCP1). В образовавшейся эндосоме под действием гемоксигеназы (HOx)

* Опубликовано в журнале «Врач». Фармакология, 2013, № 12, стр. 47-52.

железо высвобождается в цитоплазму в так называемый транзитный пул либо связывается с ферритином [3, 4]. Этот путь является основным для поступления железа из пищи. Негемовое железо представлено нерастворимыми гидроокисями и потому требует активного транспорта через неспецифические марганецзависимые транспортеры двухвалентных металлов (ДМТ1) с участием медьзависимого дуоденального цитохрома b, который восстанавливает окисное железо Fe^{3+} до растворимой закисной формы Fe^{2+}. Биодоступность негемового железа составляет всего 1-3%. Далее через базальную мембрану энтероцита также в двухвалентном состоянии железо попадает в кровоток через мембранный белок ферропортин. Ферропортин связан с купроэнзимом гефестином, который является мембранной феррооксидазой и окисляет железо для связывания с переносчиком трансферрином, как показано на рис. 1 [2-5].

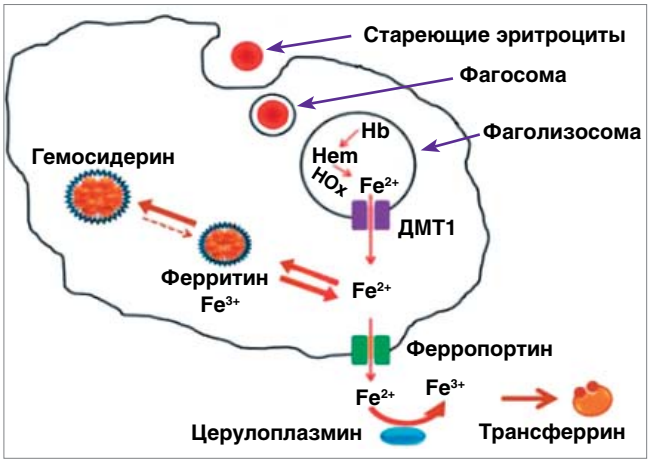


Рис. 2. Реутилизация железа макрофагами ретикулоэндотелиальной системы: марганец в составе белка ДМТ1 способствует выходу железа из фаголизосомы в цитоплазму клетки

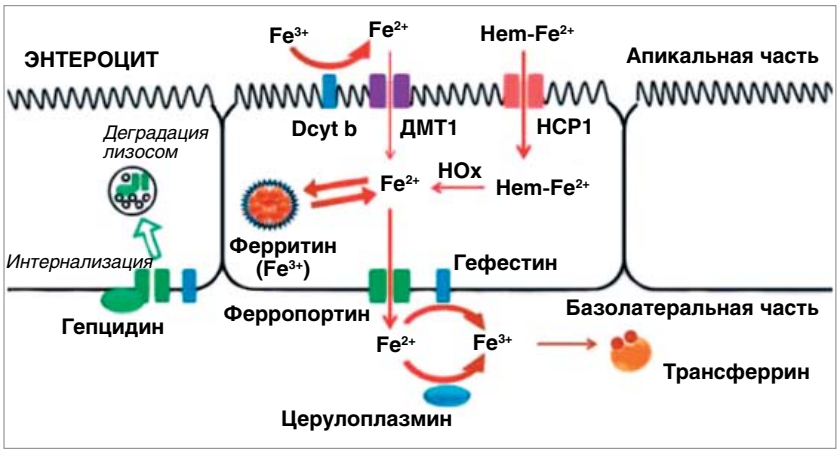


Рис. 1. Всасывание железа в кишечнике

Медь в составе дуоденального цитохрома (Dcyt b), гефестина и церулоплазмина участвует в механизме активного транспорта железа и связывании железа с трансферрином; через марганецзависимые транспортеры двухвалентных металлов (ДМТ1) железо попадает внутрь энтероцита.

В сутки на нужды эритропоэза требуется порядка 20-25 мг железа. Таким образом, железо, поступающее из энтероцитов, составляет всего около 5%, остальные 95% поступают из системы мононуклеарных макрофагов, осуществляющих реутилизацию старых эритроцитов [4, 5].

Продолжительность жизни эритроцита в среднем – 125 сут. Стареющие клетки фагоцитируются макрофагами, и в образовавшейся фаголизосоме под действием гемоксигеназы высвобождаются ионы Fe^{2+}, которые через марганецзависимые белки ДМТ1 выходят в цитоплазму, далее через ферропортин – в кровоток или накапливаются в ферритине. Железо из макрофагов, вышедшее в кровоток, окисляется церулоплазмином для связывания с трансферрином (рис. 2).

Фракция железа, не предназначенная для костного мозга, делится между различными местами накопления, представленными макрофагами, и в основном гепатоцитами, особенно чувствительными к перегрузке железом, а также доставляется в клетки разных органов. Комплекс железо – трансферрин захватывается рецептором-1 трансферрина (TfR1), затем пиноцитируется (рис. 3). В результате он оказывается внутри лизосом, куда с помощью АТФ-насоса нагнетаются ионы H^+, и происходит закисление среды. В кислой среде комплекс трансферрин-Fe^{3+} диссоциирует, далее Fe^{3+} восстанавливается эндосомальной Cu-НАДН-зависимой ферроокидазой (Fe-R) до растворимого Fe^{2+} и через белки ДМТ1 попадает в цитоплазму в лабильный (транзитный) пул (ЛПЖ), откуда транспортируется в места синтеза железосодержащих белков либо попадает в пул накопления. В транзитном пуле железо находится в виде Fe^{2+}, поскольку несвязанные ионы Fe^{3+} неустойчивы при физиологичных pH и быстро образуют нерастворимые в воде оксиды и гидроокиси [2-5].

Помимо упомянутого марганецзависимого белка ДМТ1, играющего ключевую роль в транспорте железа внутрь клеток, всего на биологические функции железа влияют 22 марганецзависимых энзима (серинтреонинфосфатазы, гуанилатциклазы, ион-транспортеры, малатдегидрогеназа, митохондриальная пептидаза). Из них наиболее изучена митохондриальная пептидаза, при участии которой созревают белковые молекулы, в т.ч. транспортеры железа, и регулируется уровень железа в митохондриях, где происходит последняя стадия синтеза гема [2].

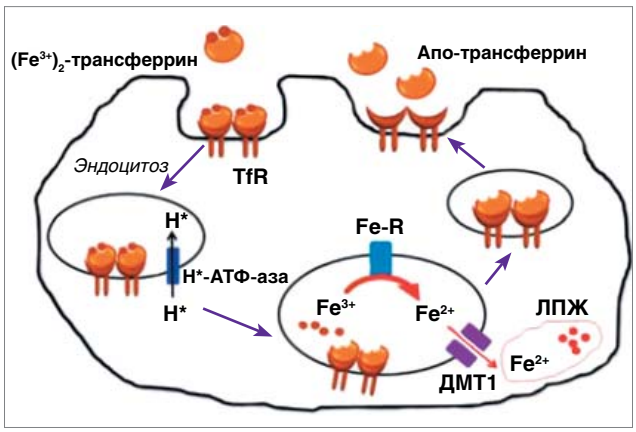


Рис. 3. Рецепторопосредованный (TfR) захват железа клеткой из трансферрина: медь в составе эндосомальной НАДН-зависимой редуктазы (Fe-R) восстанавливает железо для выхода из эндосомы в цитоплазму клетки через марганецзависимый транспортер (ДМТ1)

Роль меди в регуляции гомеостаза железа

Регуляция абсорбции железа осуществляется на уровне базальной мембраны энтероцита с помощью гепцидина. Этот небольшой противомикробный белок (25 аминокислот) вырабатывается в основном в печени. Его синтез активируется при высоких уровнях запасов железа, высокой концентрации железа в сыворотке, а также при инфекции и воспалении под действием воспалительных цитокинов, таких как интерлейкин 6. В результате связывания гепцидина с ферропортином индуцируется его интернализация в клетку с последующей деградацией в лизосомах (см. рис. 1). Таким образом, железо оказывается запертым внутри клетки и утрачивается в процессе естественной десквамации кишечного эпителия. Аналогичным образом гепцидин регулирует выход железа в кровоток из макрофагов и других клеток. В случае высокой активности эритропоэза (независимо от состояния запасов железа), при дефиците железа или гипоксии выработка гепцидина подавляется, и железо через ферропортин попадает в кровоток, где после окисления гефестином или церулоплазмином связывается с трансферрином и переносится в костный мозг [4-6].

Интересны данные F. Martin et al. о роли меди в активации эритропоэза путем стабилизации выработки индуцированного гипоксией фактора (HIF1), который контролирует экспрессию гена эритропоэтина [7]. Регуляция выработки HIF1 осуществляется семейством пролилгидроксилазных доменов (PHD) ферментов, которые выполняют функции датчиков кислорода и Fe^{2+} в клетках. В условиях нормоксии PHD гидроксилируют α-субъединицу HIF, что приводит к ее деградации. При снижении парциального давления кислорода в клетках (гипоксии) активность PHD ферментов снижается, что приводит к накоплению ядерного HIF и индукции генов-мишеней. У млекопитающих известны 3 HIF-пролилгидроксилазы, кодируемые независимыми генами, PHD1, PHD2, PHD3. При этом если PHD2 и PHD3 прекращают индуцированную гипоксией HIF-транскрипцию при реоксигенации, то PHD1 является кислороднезависимой [8]. В экспериментах F. Martin et al. было показано, что медь при нормальном парциальном давлении кислорода стабилизирует ядерный HIF1 и ингибирует пролил-4-гидроксилирование. Основываясь на спектрометрических и структурных исследованиях 2-оксоглуторат-зависимых диокигеназ, показывающих, что Cu^{2+} может заменить Fe^{2+} в активном центре в этом классе энзимов, можно предположить, что ионы Cu^{2+} связываются с активным центром PHD со значительно более высоким сродством, чем ионы Fe^{2+}, однако в эксперименте F. Martin ионы меди тормозили гидроксилирование HIF даже при избытке ионов железа. Таким образом, механизм, ответственный за регуляцию выработки HIF1 при участии ионов меди, еще неизвестен. Основными мишенями для HIF являются гены эритропоэтина (синтезируется преимущественно в почках), а также трансферрина, трансферриновых рецепторов и церулоплазмина (синтезируются в печени) [7, 8]. Повышение уровня эритропоэтина приводит к активации эритропоэза, что ведет к снижению содержания гепцидина, увеличению всасывания железа в кишечнике и мобилизации железа из макрофагов ретикулоэндотелиальной системы. Повышение синтеза церулоплазмина и трансферрина способствует быстрому усвоению железа в тканях, нормализации синтеза гемоглобина и других железосодержащих белков.

Различия в механизме всасывания железа из антианемических препаратов

Если для пищевого железа основным путем поступления этого микроэлемента является путь гема, то для всасывания железа из препаратов основными каналами будут белки ДМТ1. При этом препараты трехвалентного железа будут адсорбироваться путем активного транспорта, так же как негемовое железо пищи, а двухвалентные препараты железа – свободно диффундировать через каналы транспортеров двухвалентных металлов. Именно поэтому биодоступность таких препаратов, как ферлатум, мальтофер, феррум лек, биофер, в состав которых входит трехвалентное железо, не превышает 10%, а биодоступность препаратов на основе двухвалентного железа (Тотема, ферретаб, сорбифер дурулес, тардиферон, ферро-фольгамма, фенюльс, актиферрин, гемофер, ферроградумет, ферроплекс) составляет от 10 до 30% [13, 17, 18].

Влияние дефицита меди на адсорбцию из двухвалентных и трехвалентных препаратов

Отдельно необходимо затронуть проблемы лечения железодефицитной анемии (ЖДА) в случае

ISSN 2311-5335

ее сочетания с дефицитом меди. Поскольку до 80% всей меди находится в плазме в составе церулоплазмина, велика вероятность того, что ЖДА, развившаяся в результате хронической или острой кровопотери, будет сопровождаться дефицитом меди. Дефицит меди может возникать и у недоношенных детей, и в период интенсивного роста. По данным разных авторов, частота дефицита меди у детей дошкольного возраста – 58%, у детей школьного возраста – от 39 до 89% [10, 11]. В исследовании микроэлементного состава крови юношей 17-19 лет, проживающих во Владивостоке, выявлено дефицит меди в 63% случаев [12].

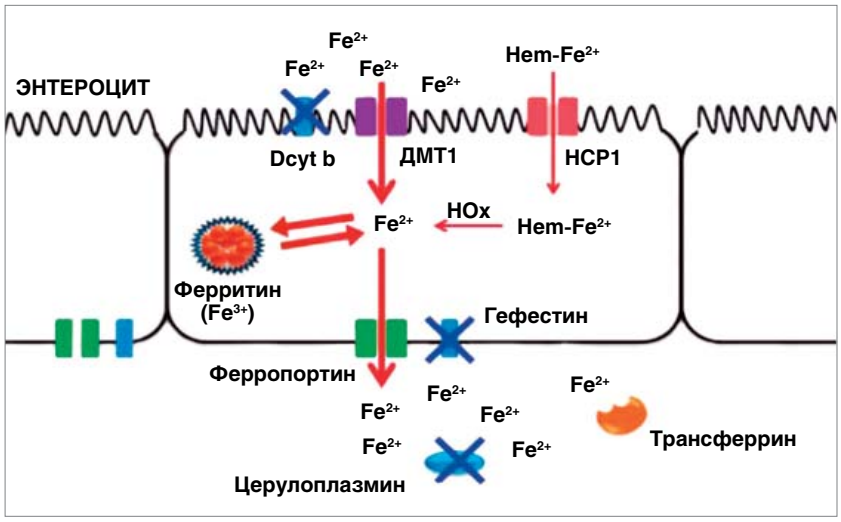


Рис. 5. Применение препаратов железа II при сочетанном дефиците меди может вызвать перегрузку организма железом из-за нарушенной утилизации железа

При лечении ЖДА в сочетании с дефицитом меди препараты трехвалентного железа будут не эффективны, поскольку в отсутствие этого микроэлемента нарушается активный транспорт железа (рис. 4). В литературе имеются данные о неэффективности применения полимальтозного комплекса гидроксида железа III (ПКГЖ), даже при длительном лечении (от 4 до14 мес), у значительного числа пациентов – у 75 (31%) из 241. Последующий перевод этих пациентов на препараты двухвалентного железа приводил к быстрой нормализации гемоглобина [14, 15].

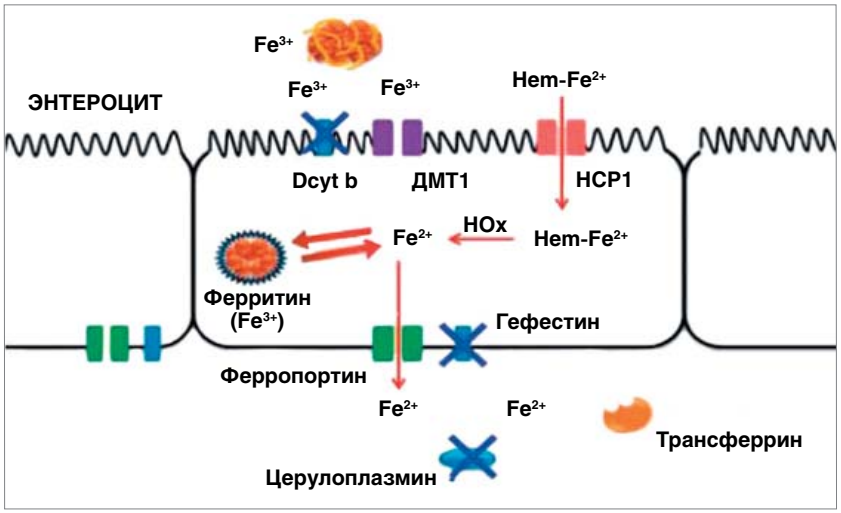


Рис. 4. При дефиците меди нарушается механизм активного транспорта железа, поэтому применение препаратов железа III может привести к рефрактерности терапии

При лечении препаратами на основе двухвалентных солей железа ионы Fe^{2+} свободно проходят через каналы белков ДМТ1, но из-за снижения активности гефестина и церулоплазмина будет нарушена утилизация железа и возможно развитие состояния перегрузки железом с активацией свободнорадикального окисления; причем чем больше дефицит меди, тем вероятнее возникновение такого состояния (рис. 5).

Применение комбинации железо + медь позволяет избежать подобных проблем. Однако следует помнить, что заболевания печени, сопровождающиеся снижением ее синтетической функции, могут привести к недостатку выработки белков, связывающих медь (церулоплазмин, альбумин). В случаях наследственных заболеваний, таких как болезнь Вильсона – Коновалова, встречается обратная ситуация: избыток свободных ионов меди, и тогда применение медьсодержащих препаратов противопоказано.

Роль меди и марганца в антиоксидантной защите

Известно, что железо способно активировать процессы образования свободных радикалов, поэтому поддержание баланса антиоксидантных молекул в клетках и плазме – необходимое условие нормального функционирования организма. Наиболее важные антиоксиданты в клетках – супероксиддисмутаза (СОД) и глутатион, в мембранах – токоферол и р-каротин, в плазме – церулоплазмин. В активном центре цитозольной СОД находится медь, а в СОД митохондрий – марганец. Содержащий до 8 ионов меди церулоплазмин инактивирует железо, связывая его с трансферрином, и, кроме того, обладает слабой СОД-активностью. Важно, что применение препаратов железа может снижать синтез Mn-СОД, так как железо конкурирует с марганцем за участок связывания на уровне транскрипции этого фермента, тогда как комбинация железо + марганец

лучше удовлетворяет потребности в этом антиоксидантном ферменте [3, 9, 17].

Принимая во внимание роль меди и марганца в механизмах всасывания и утилизации железа, а также механизмы антиоксидантной защиты, мы сравнили применение при ЖДА препарата Тотема (производитель Лаборатория Иннотек Интернасиональ), содержащего глюконат железа II, медь и марганец, и препарат сорбифер дурулес, в состав которого входит сульфат железа II и витамин С. По данным литературы, жидкий глюконат железа в более низких дозах так же эффективен, как таблетированные формы сульфата и глюконата железа [16]. Поэтому мы применяли низкие дозы жидкого комбинированного препарата Тотема и высокие дозы таблетированного препарата сорбифер дурулес.

Результаты сравнения эффективности жидкого глюконата железа II в комбинации с глюконатом меди и марганца и таблетированной формы с замедленным высвобождением сульфата железа II в комбинации с витамином С

В исследовании приняли участие 19 женщин с ЖДА, развившейся в результате хронической кровопотери на фоне аденомиоза и гиперплазии эндометрия. Лечение проводилось на фоне основного заболевания при продолжающейся кровопотере. Пациентки были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, тяжести заболевания и анемии. Первая группа (11 женщин, средний возраст 33 ± 7 года) получала комбинацию глюконата железа + медь + марганец по 2 ампулы в день, что соответствует дозе 100 мг железа в сутки. Пациенток 2-й группы (8 женщин, средний возраст 34 ± 8 года) лечили комбинацией сульфата железа с витамином С по 2 таблетки в день, что соответствует дозе 200 мг железа в сутки. Результаты исследования представлены на рис. 6.

В обеих группах показатели гемоглобина и сывороточного железа через 1 и 3 мес терапии были сопоставимыми, несмотря на различие применяемых доз; при этом показатели ферритина через 3 мес лечения достоверно различались ($p = 0,05$), причем в 1-й группе, применявшей низкие дозы жидкого глюконата железа в комбинации с медью и марганцем, они были выше (20,5 ± 11,9 мкг/л), чем в группе, получавшей высокие дозы таблетированного сульфата железа в комбинации с витамином С (12,6 ± 3,9 мкг/л).

Результаты сравнения переносимости жидкой формы глюконата железа II, меди и марганца (Тотема) и препаратов двухвалентного и трехвалентного железа [17]

Метаанализ 30 исследований (n = 1077) показал хорошую переносимость препарата Тотема. Средняя частота нежелательных явлений составила 10,4% (n = 112). Побочные явления в основном были представлены легкими, непродолжительными диспепсическими реакциями (8,5% случаев), не требующими отмены препарата. Реже встречались аллергические реакции в виде необильной сыпи (0,7% случаев) и потемнение эмали зубов (1,0%). Только 1,1% пациентов были вынуждены отказаться от дальнейшего приема препарата Тотема.

Данные этих 30 исследований применения препарата Тотема сопоставляли с величинами, полученными в метаанализе 5 сравнительных исследований применения ПКГЖ (n = 289) и сульфата железа II (n = 208) и в метаанализе 3 сравнительных исследований применения протеин-сукцинилата железа III (n = 890) и сульфата железа II (n = 634). В результате выявлено, что препарат Тотема обладает лучшей переносимостью (побочные эффекты в 10,4% случаев), чем сульфат железа II (в 5 исследованиях побочные эффекты возникли у 34,1% больных, в 3 – у 20,4%; $p < 0,005$). Его переносимость достоверно не отличается от переносимости препаратов трехвалентного железа – ПКГЖ (побочные эффекты у 14,9% больных; $0,1 < p < 0,25$) и

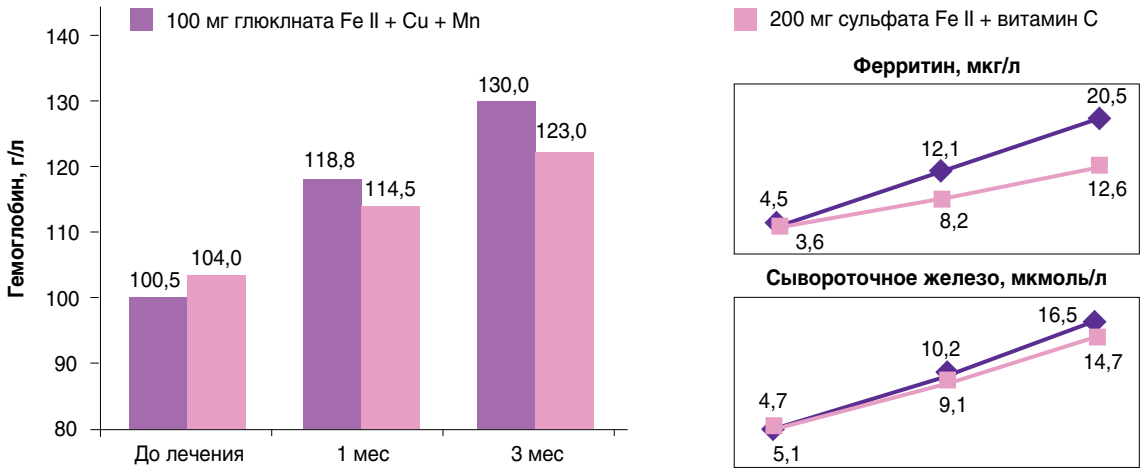


Рис. 6. Сравнение эффективности применения низких доз жидкого глюконата Fe II, меди и марганца и высоких доз таблетированного сульфата Fe II с витамином С при лечении ЖДА легкой степени

ISSN 2311-5335

протеина сукцинилата железа III (у 9,4%; 0,75 < p < 0,9) (рис. 7).

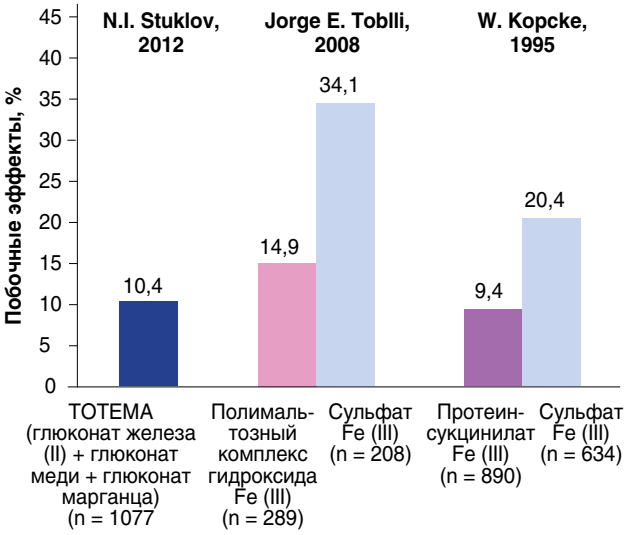


Рис. 7. Сравнение результатов исследований переносимости различных железосодержащих препаратов [17]

Отдельно сравнивали частоту запоров, поскольку данный побочный эффект может значительно снизить приверженность лечению, спровоцировать обострение геморроя и крайне нежелателен при беременности. Частота запоров при применении препарата Тотема (24 исследования, n = 841) составила всего 0,83% (p < 0,005), что в 10 раз ниже, чем при применении ПКГЖ (8,7%) и в 19 раз, чем при применении сульфата железа (15,9%) [17].

Изложенное выше позволяет сделать заключение, что:

- в метаболизме железа важную роль играют купроэнзимы и марганецсодержащие белки. Так, медь участвует в активном транспорте железа в кишечнике, утилизации железа в тканях, способствуя связыванию железа с транспортными белками; марганец отвечает за транспорт железа внутрь клеток, участвует в синтезе гема;
- ионы меди, вероятно, участвуют в регуляции эритропоэза, поскольку способны подавлять деградацию HIF, что приводит к его накоплению в ядре клеток, увеличению экспрессии генов эритропоэтина, трансферрина, трансферриновых рецепторов и церулоплазмина, в результате чего активируется эритропоэз;
- важная функция меди и марганца – их участие в антиоксидантной защите в составе СОД и церулоплазмина;
- сопутствующий дефицит меди может приводить к рефрактерности лечения трехвалентными препаратами железа из-за нарушения механизма активного транспорта или может вызвать перегрузку железом при использовании двухвалентных препаратов, поскольку снижаются связывание железа с трансферрином и антиоксидантная защита;
- совместное применение железа, меди и марганца позволяет избежать рефрактерности или перегрузки железом при лечении ЖДА с сопутствующим дефицитом меди;
- применение препарата Тотема, содержащего все 3 элемента (в 1 ампуле питьевой раствор глюконата железа, меди и марганца в количестве, соответствующем 50 мг элементного железа, 0,7 мг меди и 1,33 мг марганца), позволяет использовать более низкие дозы железа без потери эффективности лечения;
- препарат Тотема в 2-3 раза лучше переносится, чем сульфат железа и в 19 раз реже вызывает запоры. Более того, переносимость препарата Тотема сравнима с переносимостью трехвалентного железа; при этом Тотема в 10 раз реже вызывает запоры, чем ПКГЖ (уровень доказательности 1А).

Рекомендации производителя по использованию жидкой формы глюконата железа II, меди и марганца (Тотема)

Для минимизации вероятности появления нежелательных явлений при приеме препарата Тотема необходимо:

- принимать препарат за 30 мин до начала приема пищи или спустя 2 ч после еды;
- рекомендуется разбавлять содержимое ампулы минимум в 100-200 мл воды;
- начинать прием препарата (первые 1-3 дня) с минимальных доз – 50 мг (1 ампула), затем постепенно повышать дозу до необходимой лечебной 100-200 мг (зависит от тяжести дефицитного состояния) и принимать в лечебной дозе до нормализации уровня гемоглобина (2-6 нед). Далее перейти на профилактическую дозу (50 мг) до нормализации показателей депо железа (еще 2-3 мес или до достижения уровня ферритина > 30-50 мкг/л). Полный курс лечения, как правило, составляет 2-4 мес в зависимости от первоначальной тяжести анемии;
- при невозможности устранить причину развития железодефицита (некоторые виды хронической кровопотери, вегетарианство и др.) рекомендуется принимать препарат 1-2 раза в неделю в дозе 50 мг с профилактической целью постоянно или до момента устранения причины заболевания (отказ от вегетарианства и т.д.);
- желательно принимать препарат через трубочку или споласкивать ротовую полость сразу после приема препарата, чтобы снизить вероятность окрашивания эмали зубов.

Список использованной литературы

1. Керимкулова Н.В., Торшин И.Ю., Громова О.А. и др. Систематический анализ молекулярно-физиологических эффектов синергичного воздействия железа, марганца и меди на соединительную ткань // Гинекология. – 2012; 14 (6).

2. Громова О.А., Торшин И.Ю., Хаджидис А.К. Анализ молекулярных механизмов воздействия железа (II), меди, марганца в патогенезе железодефицитной анемии // Клин. фармакология и фармаэкономика. – 2010; 1: 1-9.

3. Владимиров Ю.А. и др. Свободные радикалы в живых системах. ВИНИТИ. Итоги науки и техники / М.: Биофизика, 1991; Том 29: 1-250.

4. Cadet E., Gadenne M., Capront D. etal. Donnes recentes sur metabolisme du fer: un etat de transition // Rev. Med. In. – 2005; 26: 315-24.

5. Павлов А.Д., Морщакова Е.Ф., Румянцев А.Г. Эритропоэз, эритропоэтин, железо. Молекулярные и клинические аспекты / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; 300 с.

6. Левина А.А., Казюкова Т.В., Цветаева Н.В. и др. Гепсидин как регулятор гомеостаза железа // Педиатрия. – 2008; 87 (1): 67-74.

7. Martin F., Liden T.,Katschinski D. et al. Copper-dependent activation of hypoxia-inducible factor (HIF)-1: implications for ceruloplasmin regulation // Blood. – 2005; 105 (12): 4613-9.

8. Fong G., Takeda K. Role and regulation of prolyl hydroxylase domain proteins // Cell. Death Differ. – 2008; 15 (4): 635-41.

9. Davis C., Greger J. Longitudinal changes of manganese-dependant superoxide dismutase and other indexes of manganese and iron in women // Am. J. Clin. Nutr. – 1992; 55: 747-52.

10. Иванова Н.А. Возможности коррекции микроэлементозов у детей школьного возраста // Практика педиатра. – 2011: 16-20.

11. Вильмс Е.А., Турчанинов Д.В., Турчанинова М.С. Микроэлементозы у детского населения мегаполиса: эпидемиологическая характеристика и возможности профилактики // Педиатрия. – 2011; 90 (1): 96-101.

12. Антонюк М.В., Симонова И.Н., Андрюков Б.Г. и др. Микроэлементный статус юношей Владивостока // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2009; 1 (36): 12-6.

13. Nielsen P., Gabbe E., Ficher R. et al. Bioavailability of iron from oral ferric polymaltose in humans // Arzneimittel-Forschung/Drug Research. – 1994; 44 (6): 743-8.

14. Ruiz-Arguelles G., Diaz-Hernandez A., Manzano C. et al. Ineffectiveness of oral iron hydroxide polymaltose in iron-deficiency anemia // Hematology. – 2007; 12 (3): 255-6.

15. Mehta B. Iron (III) hydroxide polymaltose is ineffective in treatment of iron deficiency anemia // Med. Image. – 2001; 25: 36-7.

16. Casparis D., Del Carlo P., Braconi F. et al. Effectiveness and tolerability of oral liquid ferrous gluconate in iron-deficiency anemia in pregnancy and in the immediate poste-partum period: comparison with other liquid or solid formulations containing bivalent or trivalent iron // Min. Ginecol. – 1996; 48 (11): 511-8.

17. Стуклов Н.И. Метаанализ данных переносимости питьевой формы глюконата железа (II), меди и марганца (препарат Тотема) при лечении железодефицитной анемии у детей и взрослых // Земский врач. – 2012; 4 (15): 11-20.

18. Стуклов Н.И., Семенова Е.Н. Лечение железодефицитной анемии. Что важнее: эффективность или переносимость? Существует ли оптимальное решение? // Журнал международн. мед. Гинекология. – 2013; 1 (2): 47-55.

Role Of Copper And Manganese In Iron Metabolism

E. Semenova, M. Kunina, Professor N. Stuklov

Twenty-two manganese proteins and 9 cuproenzymes are involved in human iron metabolism. Iron monotherapy fails to take into account trace element interactions and may be therefore accompanied by the higher rates of side effects, and, in case of copper deficiency, may cause the body's iron overload or treatment refractoriness. The use of a combination of iron, copper, and manganese allows such results to be avoided.

Keywords: anemia treatment, ferrous gluconate, ferrous sulfate, iron deficiency, copper deficiency, copper gluconate, manganese gluconate, Totema, sorbifer durules.

Тотема

Склад лікарського засобу: *діючі речовини:* 1 ампула (10 мл) містить заліза (у вигляді заліза глюконату) 50 мг; марганцю (у вигляді марганцю глюконату) 1,33 мг; міді (у вигляді міді глюконату) 0,7 мг; *допоміжні речовини:* гліцерин, глюкози розчин, сахароза, кислота лимонна безводна, натрію цитрат, натрію бензоат (Е 211), полісорбат 80, карамель аміаку (Е 150с), ароматизатор «Туттіфрутті», вода очищена. **Показання для застосування:** залізодефіцитна анемія; профілактичне лікування залізодефіциту у вагітних жінок, недоношених немовлят, близнюків або дітей, які народжені жінками з дефіцитом заліза; якщо раціон харчування не містить достатньої кількості заліза. **Протипоказання**: надлишок заліза в організмі (особливо на фоні нормоцитарної анемії або гіперсидероемії, наприклад таласемія); регулярні гемотрансфузії; одночасне застосування парентеральних форм заліза; кишкова непрохідність; залізорефрактерна анемія; анемія, пов'язана з недостатністю медулярного кровотворення; гіперчутливість до компонентів препарату; спадкова непереносимість фруктози. **Спосіб застосування та дози.** Вміст ампули слід розчинити у простій чи підсолодженій воді або в будь-якому іншому напої, крім чаю, кави, молока та напоїв, що містять алкоголь. Ампулу відкривають руками, надламуючи з обох кінців (це можливо без застосування пилочки). Ампулу слід відкривати безпосередньо над ємністю з напоєм. Застосовувати внутрішньо. Бажано приймати перед вживанням їжі, оскільки так досягається максимальне засвоєння організмом компонентів препарату. Дози та час прийому препарату Тотема можна коригувати з урахуванням індивідуальної чутливості шлунково-кишкового тракту. **Лікування залізодефіцитної анемії:** дорослим призначають по 100-200 мг заліза на добу, тобто 2-4 ампули препарату; дітям віком від 1 місяця препарат призначають із розрахунку 5-10 мг заліза на 1 кг маси тіла на добу. Тривалість курсу лікування повинна бути достатньою для корекції анемії та відновлення депо заліза в організмі. Тривалість лікування залізодефіцитної анемії звичайно становить 3-6 місяців у залежності від виснаженості депо заліза і може бути за необхідності подовжена, якщо не було усунено причини анемії. Контроль ефективності лікування слід проводити раз на 3 місяці. Контроль повинен включати показники периферійної крові (Hb, MCV – середній об'єм еритроциту) та показники насичення депо заліза (залізо сироватки крові та насичення трансферину залізом). Для лікування залізодефіциту застосовують вдвічі меншу дозу препарату, ніж для лікування анемії. Профілактика анемії та залізодефіциту: препарат призначають вагітним із розрахунку 50 мг елементарного заліза (1 ампула) на день протягом II та III триместрів або починаючи з 4-го місяця вагітності. **Побічні ефекти.** З боку шлунково-кишкового тракту: нудота, печія, закреп, діарея. Можливе тимчасове забарвлення випорожнення у чорний колір, що не має клінічного значення та ніяких наслідків для здоров'я. Можлива тимчасова зміна кольору зубної емалі, яка не має ніяких наслідків для здоров'я і зникає після закінчення лікування. Для запобігання такому явищу достатньо розвести розчин препарату у відповідному напої та під час застосування не тримати його довго у ротовій порожнині. Можливі алергічні реакції (свербіж, висипання, кропив'янка, анафілактична реакція); біль у животі, блювання. Термін придатності 2 роки. Реєстраційне посвідчення № UA/7854/01/01 від 23.08.2013.

Особенности клинических проявлений и консервативной терапии геморроя у беременных*

Ю.В. Чушков, к.мед.н.
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

По данным литературы, геморрой занимает одно из первых мест по числу обратившихся за помощью к колопроктологу, а его распространенность достигает 140-180 случаев на 1000 взрослых человек [7, 10, 17]. Уровень госпитализации этих больных в проктологические и хирургические отделения колеблется от 30 до 40% [10, 19]. Наиболее высокая распространенность геморроя отмечается среди лиц зрелого и пожилого возраста – 210-240 случаев на 1000 человек [9, 17]. Свыше 10% всего взрослого населения страдает геморроем. Удельный вес этих больных составляет до 15-28% от общего числа пациентов, обратившихся за помощью к проктологу [2, 7, 15].

Геморрой (от греч. haima – кровь, rheo – теку) – чрезвычайно распространенное заболевание, характеризующееся расширением кавернозных телец прямой кишки вследствие застоя крови в венах малого таза и собственно прямой кишки. Причиной этому может быть беременность, хронические запоры, давление на стенки кишки со стороны матки, размеры которой изменены вследствие ее заболеваний и нарушения положения, застой в системе воротной вены и др. Также имеет значение отсутствие клапанов в системе воротной вены [10].

Возможность точно определить, что такое геморрой, появилась в XVIII в., когда были обнаружены кавернозные сосудистые сплетения, окружающие анальный канал. Было доказано, что помимо вен и артерий, эти сосудистые образования содержат эластичную соединительную ткань и гладкомышечные клетки. Регулируя кровенаполнение в зоне анального канала, геморроидальные сплетения обеспечивают основные функции прямой кишки – удержание каловых масс и дефекацию, создание эффективного иммунного барьера между внутренней и внешней средой организма [7, 19].

Большое значение в развитии геморроя имеет нарушение оттока крови по венулам от гиперплазированных кавернозных телец дистального отдела прямой кишки и анального отверстия. Эти кавернозные тельца имеются в норме и закладываются на 3-8-й неделе эмбрионального развития. Они располагаются в области основания морганиевых колонн диффузно или чаще группируются в основном в трех зонах: на левой боковой, правой переднебоковой и правой заднебоковой стенках анального канала. Именно в этих зонах наиболее часто впоследствии формируются геморроидальные узлы. Кавернозные тельца отличаются от обычных вен подслизистого слоя прямой кишки обилием прямых артериовенозных анастомозов. Именно этим объясняется артериальный характер кровотечения при геморрое. Геморрой возникает обычно у лиц с выраженными группами кавернозных телец. Другими причинами развития геморроя являются врожденная функциональная недостаточность соединительной ткани, нарушение нервной регуляции тонуса венозной стенки, повышение венозного давления вследствие запоров, длительной работы в положении стоя или сидя, тяжелого физического труда, беременности. Немаловажное значение в возникновении геморроя имеет злоупотребление алкоголем и острой пищей, из-за чего усиливается артериальный приток к кавернозным тельцам прямой кишки. При длительном воздействии неблагоприятных предрасполагающих факторов возникает гиперплазия кавернозных телец и формируется собственно геморроидальный узел [7, 9, 22].

Различают внутренние геморроидальные узлы, расположенные выше гребешковой линии под слизистой оболочкой прямой кишки, и наружные, которые находятся ниже гребешковой линии под кожей. Примерно у 40% пациентов наблюдают сочетание наружного и внутреннего

* Русский медицинский журнал. Акушерство. Гинекология, 2013, № 23.

геморроя – смешанный геморрой. Наружный геморрой встречается нечасто – менее чем у 10% больных [2, 3, 13].

У женщин геморрой проявляется или обостряется главным образом во время беременности. Беременность, не являясь основным патогенетическим фактором геморроя, часто выявляет его и усугубляет клиническое течение заболевания [3, 8, 16, 20]. По мнению ряда авторов, в современных условиях особое место занимает проблема геморроя у беременных и кормящих женщин [5, 10, 11, 14, 23]. По статистике, у нерожавших женщин геморрой встречается в 5 раз реже, чем у рожавших хотя бы один раз. Важен и возрастной критерий: при беременности в 30 лет заболевание встречается в 3 раза чаще, чем при таковой в 20 лет. Если в возрастном диапазоне от 20 до 30 лет геморрой выявляется примерно у каждой пятой беременной, то после 30 лет – у каждой второй. По данным Н.В. Мун [6], геморрой имел место у 7,7% небеременных, у 25,7% беременных и у 49,8% родильниц. С другой стороны, геморрой у беременных часто осложняет течение родов и послеродового периода [5, 11, 15].

Примерно у 20% беременных, страдающих геморроем, заболевание сочетается с варикозным расширением вен нижних конечностей, в т.ч. у половины из них, как правило, выявляется обширное поражение венозной системы (нижних конечностей, промежности, наружных половых органов, паховых областей, стенок живота) [4, 9, 16, 22]. У этих женщин в большинстве случаев имеет место семейная предрасположенность к венозной патологии. У них обычно геморрой и варикозное расширение вен появляются уже в I или в начале II триместра беременности. Вообще, как было указано выше, геморрой и варикозное расширение обычных вен сочетаются редко; патогенез этих заболеваний различен. Однако у беременных женщин, особенно склонных к венозной патологии, такое сочетание, естественно, наблюдается чаще, ибо застой крови в венах малого таза и нижней половине туловища, бесспорно, усугубляет как патологию кавернозной ткани прямой кишки, так и вен обычного строения [1, 7, 11, 14].

Во время родовой деятельности, когда головка плода проходит в малый таз, сосуды этой области, в т.ч. прямой кишки, резко сдавливаются. Нарушается венозный отток, нарастают застой крови и гипоксия тканей. Это создает дополнительные условия для раскрытия артериовенозных анастомозов непосредственно в просвет кавернозных полостей прямой кишки. Чем продолжительнее период родовой деятельности, тем более выражены эти процессы. Геморроидальные узлы набухают, резко увеличиваются в размерах, становятся напряженными. Во время потуг сфинктер заднего прохода раскрывается, дистальный конец прямой кишки зияет, и при этом хорошо видны как наружные, так и внутренние геморроидальные узлы. Они увеличиваются, становятся синюшными и плотными. После окончания потуг внутренние узлы несколько уменьшаются, а при последующей потуге картина повторяется.

При прорезывании головки плода внутренние геморроидальные узлы, если они достаточно выражены, выдавливаются наружу, и иногда их стенки разрываются. После родов с постепенным сокращением сфинктера заднего прохода внутренние узлы уменьшаются и самостоятельно вправляются. Однако зачастую, если сокращение сфинктера происходит быстро, эти узлы ущемляются и возникает острый геморрой [4, 5, 11, 18].

Геморрой проявляется в виде двух основных синдромов – острого приступа и хронической формы заболевания. По существу эти синдромы являются фазами одного и того же процесса. Основой для развития острого геморроя является тромбоз геморроидальных узлов, как правило, внутренних, что сопровождается болью в области заднего прохода. Нередко возникающий отек тканей и воспалительная инфильтрация создают впечатление ущемления геморроидальных узлов. В ряде случаев острое воспаление сопровождается отеком перианальной области и некрозом узлов. Спазм сфинктера прямой кишки усиливает отек, приводит к застою крови в нижнем прямокишечном сплетении и тромбозу наружных геморроидальных узлов. Этот процесс обычно усиливает боль в области заднего прохода [5, 13, 17, 20].

Острый геморрой является осложнением хронической формы заболевания и подразделяется по выраженности тромбоза и воспаления на степени [9, 10]:

- I степень – тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительной реакции;
- II степень – тромбоз геморроидальных узлов с их воспалением;
- III степень – распространенный тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов с воспалением подкожной клетчатки, отеком перианальной кожи, некрозом слизистой оболочки геморроидальных узлов.

Эта классификация соответствует патогенезу геморроя, достаточно удобна и дает возможность в практической работе в зависимости от стадии заболевания и степени выраженности симптоматики объективно определить показания и выбрать необходимый способ лечения.

Типичный симптомокомплекс хронического течения заболевания складывается из повторяющихся кровотечений, связанных, по обыкновению, с дефекацией и выпадением геморроидальных узлов из заднего прохода [6, 17, 22]. Кровотечение как ведущий симптом геморроя отмечается более чем у 50% пациентов. Непрекращающееся кровотечение из анального канала является осложнением заболевания, что при длительном течении приводит к анемизации.

ISSN 2311-5335

Необходимо помнить, что аноректальное кровотечение, помимо основного признака геморроя, является характерным симптомом и других заболеваний толстой кишки: злокачественных опухолей, дивертикулеза, неспецифического язвенного и гранулематозного колитов [15]. Под маской геморроя нередко протекают такие заболевания, как кишечные полипы и колоректальный рак, которые требуют быстрой и точной диагностики [3, 18]. Обычно болевой синдром не характерен для хронического геморроя [8, 12]. Заболевание может сопровождаться болью, если его течение осложнено тромбозом наружных геморроидальных узлов с перианальным отеком, трещиной анального канала, тромбозом и выпадением внутренних геморроидальных узлов. Воспалительный процесс, развившийся в окружающей клетчатке в результате тромбоза геморроидальных узлов и нередко приводящий к острому парапроктиту, тоже является осложнением геморроя [15, 19]. Причиной выраженного болевого синдрома также могут быть острый или хронический парапроктит, опухоль прямой кишки с перифокальным воспалением или болезнь Крона с перианальными осложнениями [10, 17, 21]. Слизистые или гнойные выделения характерны для воспалительных и опухолевых заболеваний прямой кишки [9, 16]. Вторым по частоте симптомом, характерным для геморроя, является выпадение геморроидальных узлов [6, 19].

Клиническая картина геморроя у беременных развивается постепенно. При этом симптомы геморроя при беременности существенно не отличаются от таковых при обычном течении заболевания. Чаще всего это боль в заднем проходе, ректальные кровотечения и анальный зуд [1, 7, 18]. Развитие геморроя на фоне беременности, а также его осложнений, особенно в послеродовом периоде, существенно влияет не только на состояние пациентки, но и на качество ее жизни.

Примерно у половины женщин с геморроем во время беременности после родов наступает обострение заболевания [11, 14]. Вначале появляются неприятные ощущения в области заднего прохода, особенно после акта дефекации. По мере увеличения срока беременности появляются более выраженные признаки геморроя – боль, увеличение геморроидальных узлов, кровотечение, анальный зуд, тенезмы и др. [1, 15, 23]. Так, в одном из исследований у 77 беременных с клиническими признаками геморроя боль в заднем проходе отмечалась у 35 (45,5%) из них, ректальные кровотечения – у 27 (35,1%), анальный зуд – у 22 (28,6%) лиц [2]. Часто (49-63,6%) у наблюдаемых женщин диагностировали наружный геморрой, характеризовавшийся появлением геморроидальных узлов в виде бородавчатых образований или складок, плотных на ощупь и не уменьшающихся в объеме при пальпации [18]. При внутреннем геморрое (28-36,4%) узлы располагались между складками слизистой оболочки прямой кишки, могли быть как единичными, так и множественными, спадались при надавливании и наполнялись при кашле. В 11 (14,3%) случаях геморрой у беременных сочетался с анальной трещиной [19]. Часто у беременных после 2-3-дневной задержки стула внезапно появлялись болезненные плотные геморроидальные узлы, что сопровождалось острой болью и реже – кровотечениями.

Часто у беременных выявляется геморрой в бессимптомной стадии [3, 9, 13]. Эти женщины не предъявляют характерных для геморроя жалоб, но при аноскопии в типичных местах на стенках заднепроходного канала обнаруживаются геморроидальные узлы [7, 15, 21]. Обострение геморроя, особенно в сочетании с послеродовыми травмами промежности, является наиболее частым заболеванием, влияющим на качество течения послеродового периода.

С точки зрения выработки подходов к лечению, целесообразно выделить три группы беременных, страдающих геморроем [9, 14]:

- 1-я группа – пациентки с бессимптомным геморроем;
- 2-я группа – больные с жалобами на кровотечения, анальный зуд, боль при дефекации;
- 3-я группа – беременные, страдающие геморроем, который подлежит хирургическому лечению.

У женщин 1-й группы необходимо проводить профилактические мероприятия, включающие диету с ограничением острых блюд и достаточным количеством растительной клетчатки, лечебную физкультуру, прогулки, водный туалет заднего прохода после дефекации, прием послабляющих трав. Своевременное выявление беременных с клинически бессимптомным геморроем и проведение у них специальных вышеописанных профилактических мер дает возможность предупредить развитие болезни, осложняющей течение родов и послеродового периода [5, 12].

Золотым стандартом лечения геморроя является хирургический метод (геморроидэктомия), который применяется с середины XX в. [14, 17]. В настоящее время в большинстве стран Европы и США типичную геморроидэктомию выполняют лишь у 17-21% пациентов, а у остальных применяют малоинвазивные способы лечения [23]. В то же время в России геморроидэктомия является наиболее распространенным способом лечения, она выполняется у 75% пациентов, а малоинвазивные способы применяют лишь у 3% [8]. Для снижения риска осложнений геморроя и терапевтической агрессии были разработаны такие методы малоинвазивного амбулаторного лечения, как склеротерапия, латексное лигирование, инфракрасная фотокоагуляция, шовное лигирование геморроидальных артерий под контролем ультразвуковой допплерометрии [21]. Между тем в последние годы хирургическое вмешательство

как самостоятельный способ лечения применяется лишь у 20-25% пациентов с геморроем, да и то только при поздних его стадиях [7, 20]. Приступая к выбору метода лечения геморроя, необходимо помнить, что геморроидальное сплетение является нормальной анатомической структурой, и при отсутствии клинических симптомов заболевания не следует торопиться с оперативным лечением. Этот факт прежде всего связан с появлением в арсенале консервативной терапии геморроя большого количества эффективных системных и местных препаратов [4, 13, 22].

При остром и на ранних этапах хронического геморроя ведущую роль играет консервативное лечение [3, 10, 15]. Его главная цель – снять боль и воспаление, нормализовать кровообращение в области прямой кишки, отрегулировать пищеварение. Медикаментозное лечение бывает общего (препараты, повышающие тонус вен, улучшающие кровоток по мелким сосудам и кавернозным венам) и местного (ранозаживляющие, обезболивающие и противозудные мази, свечи, микроклизмы и ванночки) действия [8, 21].

Также немаловажное значение имеет профилактика обострений, которая включает:

- борьбу с расстройствами стула;
- правильное питание;
- ограничение употребления острой пищи и спиртных напитков;
- грамотную гигиену после дефекации;
- профилактику гиподинамии.

В первую очередь необходимо бороться с запорами и наладить работу кишечника без длительного натуживания. В этом может помочь диета, богатая фруктами и овощами. При геморрое категорически запрещены любые алкогольные напитки, соленая, острая, пряная, перченая пища, маринады, так как эти продукты усиливают кровенаполнение вен тазового дна и в первую очередь – геморроидальных венозных сплетений. Не следует употреблять жирную пищу, она замедляет процесс пищеварения, создавая тем самым предпосылки для развития запора. Желательно ограничить употребление лука, горчицы, черного хлеба, бобовых, недозревших фруктов и ягод. Рекомендуются брокколи, кукуруза, морковь, спелые яблоки, свекла, цветная капуста, картофель, изюм, чернослив, курага и мед. Каши, особенно перловая или овсяная, также предупреждают развитие запоров. При склонности к запорам рекомендуют диету – стол № 3 по Певзнеру; при склонности к диарее – стол № 4б или № 4в [5, 10, 19].

Целесообразно использовать ферментные препараты, средства, влияющие на флору и перистальтику тонкой и толстой кишки, гидрофильные коллоиды, или как их еще называют, – пищевые волокна, на фоне регулярного потребления жидкости. При запорах показан прием препарата макрогол 1-2 пакета в сутки с последующим переходом на прием пищевых волокон. В качестве их источника в России традиционно применяют пшеничные отруби, морскую капусту и льняное семя в их природном виде или в форме фармакологических препаратов. За рубежом чаще используют семена и шелуху подорожника и льняное семя. При склонности к поносам целесообразен прием адсорбентов, ферментных и бактериальных препаратов, улучшающих всасываемость, а также средств, влияющих на перистальтику тонкой и толстой кишки (домперидон, цизаприд) [1, 12, 20].

Улучшению функции толстого кишечника, повышению тонуса мышц анальной области и брюшной стенки, уменьшению застойных явлений в венах малого таза способствуют лечебная физкультура, гигиеническая гимнастика. Рекомендуется также 2-3 раза в день по 15 мин лежать на спине с приподнятым положением таза, например на небольшой подушке [8, 11].

Очень важно избегать переохлаждения, особенно нижней части тела, не сидеть на холодной поверхности, отказаться от длительных (более 1 ч) пеших прогулок и длительной работы в положении стоя и сидя [16].

Хороший профилактический эффект имеют обязательные гигиенические процедуры после каждого опорожнения кишечника. Подмываться необходимо прохладной, даже холодной водой, можно устраивать себе непродолжительные (от 15-30 до 60 с) восходящие холодные орошения анальной области [9, 15]. При выборе препарата для лечения беременной или кормящей женщины следует учитывать его безопасность как для самой пациентки, так и для плода и новорожденного, что существенно ограничивает выбор врача [2, 16, 19].

Основой общего лечения является применение флеботропных препаратов, влияющих на повышение тонуса вен, улучшение микроциркуляции в кавернозных тельцах и нормализацию в них кровотока [6, 11, 20]. К этой группе относятся диосмин, гинкор форт, гливенол, рутозид, цикло 3 форт. Для местного тромболитического и противовоспалительного воздействия обычно используются гепариновая мазь, гинкор-прокто, прокто-гливенол, гепатромбин Г.

Для улучшения регенерации слизистой оболочки анального канала и геморроидальных узлов препаратом выбора является постеризан в виде свечей и мазей [1, 4, 7, 9]. Постеризан стимулирует Т-систему иммунитета и некоторые гуморальные факторы неспецифического иммунитета. Кроме того, данный препарат уменьшает экссудацию при воспалении, нормализует проницаемость и тонус кровеносных сосудов, стимулирует регенерацию поврежденных тканей [7]. В роли основных активных веществ постеризана выступают инактивированные кишечные бактерии, а также продукты их метаболизма, которые стимулируют

ISSN 2311-5335

процесс фагоцитоза, гуморальные и неспецифические факторы иммунной защиты [7, 9]. Содержащиеся в постеризане антигены клеточных стенок и метаболиты кишечной палочки при контакте со слизистой оболочкой прямой кишки и кожей анальной области повышают местную резистентность тканей к воздействию патогенной микрофлоры [2, 4]. Препарат стимулирует Т-систему иммунитета, в месте воздействия повышает фагоцитарную активность лейкоцитов и клеток ретикулоэндотелиальной системы, стимулирует неспецифические факторы иммунитета [2, 4, 10]. Повышение защиты местного иммунитета стимулирует организм к самостоятельной борьбе с сопутствующей инфекцией, повышает устойчивость тканей к воздействию патогенной флоры, даже стойкой к воздействию антибиотиков [3, 10, 19].

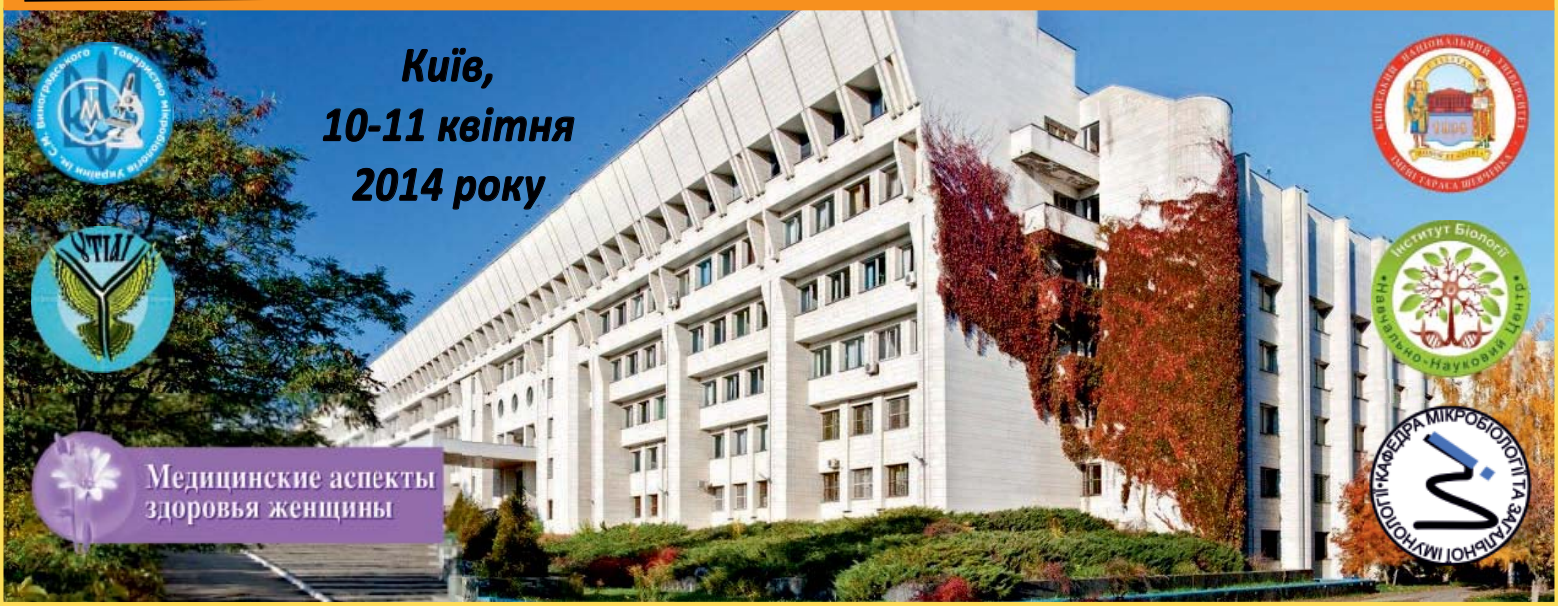
Таким образом, комплексная терапия является залогом успешного консервативного лечения геморроя и предупреждения его осложнений во время беременности и в послеродовом периоде. Применение современных препаратов с разным механизмом действия, в т.ч. повышающих местный иммунитет, как в виде мази, так и в виде ректальных свечей позволяет воздействовать на все этапы патогенетического процесса, дает возможность быстро купировать симптомы заболевания и проводить активную профилактику осложнений. Быстрота действия, хорошая переносимость и безопасность препаратов позволяют широко их использовать в лечении как беременных, так и пациенток в послеродовом периоде. Также немаловажную роль играет своевременная профилактика заболевания, которая имеет все большее значение при планировании беременности, наблюдении за беременными и ведении послеродового периода.

Список использованной литературы

1. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М.: ООО «Митра-Пресс», 2002.
2. Грошилин В.С. Комплексное лечение анальных трещин (клинико-анатомо-экспериментальные исследования): автореф. дисс... д-ра мед. наук. – Волгоград, 2010.
3. Загрядский Е.А. Современная тактика лечения острого геморроя // Справочник поликлинического врача. – 2005. – № 1 (3). – С. 10-15.
4. Зайдиева З.С., Магометханова Д.М. Консервативная терапия геморроя в акушерской практике // Русский медицинский журнал. – 2002. – № 18 (10). – С. 828-830.
5. Елохина Т.Б., Тютюнник В.Л., Балушкина А.А. Геморрой: принципы терапии в акушерской практике // Русский медицинский журнал. – 2010. – № 4 (18). – С. 200-203.
6. Мун Н.В., Мырзабекова А.Ж., Мун Г.Н. Особенности клинического течения острого геморроя у беременных // Проблемы колопроктологии. – 2002. – № 18. – С. 158-160.
7. Основы колопроктологии: Уч. пособие / Под ред. Г.И. Воробьева. Ростов-на-Дону, 2001.
8. Солтанов Б.Ц. Современные принципы лечения геморроя // Русский медицинский журнал. – 2003. – № 1 (5). – С. 5-8.
9. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л. Геморрой. Запоры. – М., 2000.
10. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М., 1984.
11. Шехтман М.М., Козинова Н.В. Геморрой у беременных // Гинекология. – 2004. – № 6 (6). – С. 7-12.
12. Abramowitz L., Godeberge P. et al. Recommendations for the treatment of hemorrhoidal disease in clinical practice // Gynecol. Obstet. Fertil. 2001. – Vol. 29(12). – P. 942-951.
13. Abramowitz L., Batallan A. Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorroid) during pregnancy and post-partum // Gynecol. Obstet. Fertil. – 2003. – Vol. 31 (6). – P. 546-549.
14. Abramowitz L. Management of hemorrhoid disease in the pregnant woman // Gastroenterol. Clin. Biol. – 2008. – Vol. 32 (5). – P. 210-214.
15. Avsar A.F., Keskin H.L. Haemorrhoids during pregnancy // J. Obstet. Gynaecol. – 2010. – Vol. 30 (3). – P. 231-237.
16. Alonso-Coello P., Mills E., Heels-Ansdell D. et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complication: a systematic review and meta-analysis // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101 (1). – P. 181-188.
17. Chand M., Nash G.F., Dabbas N. The management of haemorrhoids // Br. J. Hosp. Med. – 2008. – Vol. 69 (1). – P. 35-40.
18. Gojnic M., Dugalic V., Papic M. et al. The significance of detailed examination of hemorrhoids during pregnancy // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 32 (2). – P. 183-184.
19. Hibberts F., Schizas A. Assessment and treatment of patients with haemorrhoids // Nurs. Stand. – 2010. – Vol. 24 (18). – P. 51-56.
20. Pigot F. Treatment of hemorrhoids. Consequences of clinical practice guidelines // Presse Med. – 2001. – Vol. 8; 30 (37). – P. 1812-1813.
21. Kirsch J.J., Grimm B.D. Conservative treatment of haemorrhoids // Wien. Med. Wochenschr. – 2004. – Vol. 154 (3-4). – P. 50-55.
22. Sneider E.B., Maykel J.A. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids // Surg. Clin. North. Am. – 2010. – Vol. 90 (1). – P. 17-32.
23. Staroselsky A., Nava-Ocampo A.A., Vohra S., Koren G. Hemorrhoids in pregnancy // Can. Fam. Physician. – 2008. – Vol. 54 (2). – P. 189-190.

міжнародна наукова конференція

МІКРОБІОЛОГІЯ ТА ІМУНОЛОГІЯ: ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ В XXI СТОЛІТТІ



Київ, 10-11 квітня 2014 року

Тематика конференції:

"Імунологія":

- Фундаментальні дослідження в імунології: молекулярні механізми та особливості функціонування імунної системи на різних рівнях її організації
- Імунопатологія та роль імунної системи при різних паталогічних станах людини і тварин
- Сучасна імунодіагностика: перспективи застосування у галузях медицини, біології та у виробничих (технологічних) процесах
- Новітні підходи у лікуванні захворювань різної етіології з використанням імунотерапії та імунобіотехнології

"Методичні основи викладання мікробіології та загальної імунології"

"Мікробіологія":

- Механізми та генетичні основи життєдіяльності мікроорганізмів за екстремальних умов
- Мікроорганізми в патологічних процесах
- Прикладні аспекти мікробіології

Майстер-клас "Методи біохімічної ідентифікації бактерій" від компанії "Ерба Лахема".

Будемо раді зустрічі з вами, колеги!

Кафедра мікробіології та загальної імунології Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

Вчений секретар конференції: 0667817304

Шепелевич Вікторія Володимирівна 0979825354

тел. (044) 521-32-31

E-mail: microbimconf@ukr.net

www.microbimconf.univ.kiev.ua

Кинути палити: від паліатив до реальних результатів

Паління належить до найпоширеніших форм поведінки людини, що суперечать здоровому способу життя. Більшість інформаційних матеріалів, присвячених боротьбі з цією шкідливою звичкою, містять страхітливі гасла щодо її негативного впливу на організм людини. Однак, за результатами досліджень вчених із Техаського університету M. Czyzewska та H. Ginsberg, шокувальна антиреклама може призводити до «ефекту бумеранга», коли захисна реакція виявляється настільки сильною, що перешкоджає сприйняттю інформації реципієнтом. У зв'язку з цим хотілося б насамперед звернути увагу саме на позитивні зміни, що відбуваються в організмі людини, яка кинула палити. Так, за даними Американського товариства з вивчення раку (American Cancer Society, ACS), при відмові від паління спостерігаються такі ефекти [11]:

- через 12 год у крові знижується рівень вуглекислого газу;
- через 2 доби смакові та нюхові відчуття стають гострішими;
- через 0,5-3 міс покращується кровообіг і функції дихальної системи;
- через 3-9 міс кашель, задишка і проблеми з диханням стають значно менш вираженими, зникає втома;
- через 1 рік удвічі знижується ризик ішемічної хвороби серця;
- через 5 років ризик інсульту стає таким же, як і у людей, які ніколи не палили, а ризик розвитку раку гортані, стравоходу, ротової порожнини, сечового міхура знижується у 2 рази;
- через 10 років удвічі порівняно з курцями знижується ризик раку легенів;
- через 15 років ризик ішемічної хвороби досягає такого ж рівня, як і у некурців, знижується ризик розвитку онкологічних захворювань в цілому.

За останні чотири роки кількість курців в Україні скоротилася на 17%, частота захворювань, пов'язаних з палінням, знизилась на 25%, а середня тривалість життя збільшилася від 69 до 71 року (Бюро ВООЗ в Україні).

За даними Держкомстату, 25% осіб, які починають палити, роблять це під впливом тютюнової реклами. Із вересня вже діє закон про її заборону. Фахівці прогнозують, що завдяки йому відсоток курців стане мінімальним. Отже, цього року ВООЗ офіційно відзначила Україну як одну з країн, які є світовими лідерами у боротьбі з палінням.

Часто лише вольових зусиль не вистачає для того, аби позбутися шкідливої звички. За даними ВООЗ, серед осіб, які намагалися кинути палити без сторонньої допомоги, 90-95% – знову бралися за старе [8]. У багатьох випадках для прийняття рішення про відмову від паління необхідна консультація фахівця, підтримка сім'ї та друзів, а також фармакологічна терапія, спрямована на зменшення проявів синдрому відміни.

Сучасні методи лікування паління включають:

- методи психотерапії та психологічної корекції (лікарські рекомендації, групові методи психологічної підтримки, когнітивно-поведінкова терапія, лікування гіпнозом, аверсивна терапія);
- методи фізіологічного впливу:

– медикаментозні: нікотинозамісна терапія (НЗТ), психотропні засоби, агоністи нікотинових рецепторів;

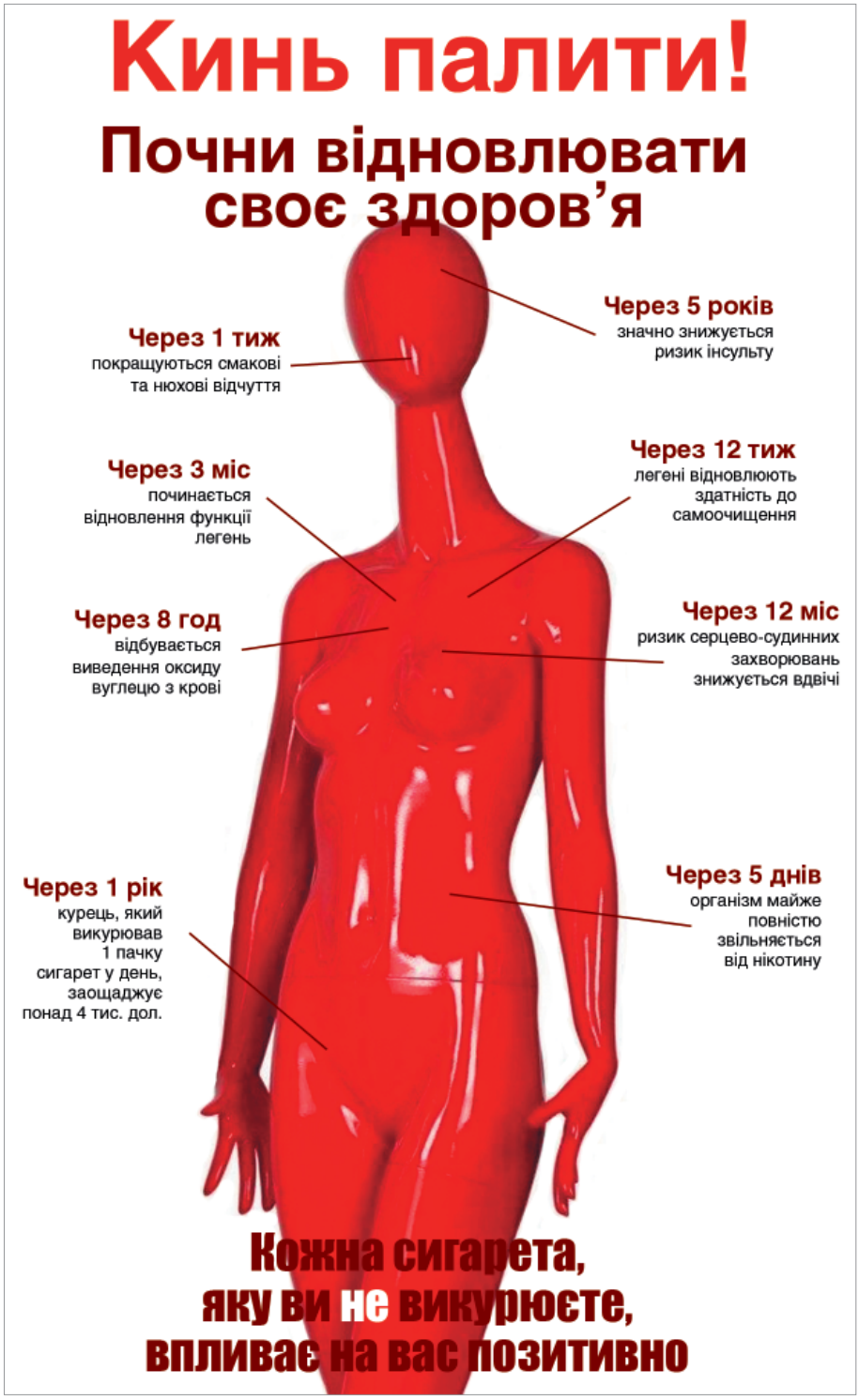
– немедикаментозні: рефлексотерапія, міліметрова терапія тощо.

У ході численних досліджень оцінювали ефективність консультацій про необхідність і способи відмови від паління, які проводили лікарі загальної практики. Так, було виявлено, що прості поради лікарів сприяють збільшенню числа осіб, які кинули палити, у 1,69 разу. Разом із тим тільки 10% пацієнтів підтверджують, що лікар запитував у них про паління. Консультації медичних сестер також сприяли відмові від паління, тоді як колективні лекції про користь здорового способу життя і негативний вплив шкідливих звичок виявилися малодійовими [6].

Виявлення осіб, які вживають тютюн, і їх консультування має здійснюватися в рамках надання первинної медико-санітарної допомоги і при інших регулярних візитах до лікаря. Рекомендації мають бути чіткими, індивідуалізованими, стосуватися питань, що становлять особливий інтерес для пацієнта, наприклад під час вагітності, при обговоренні симптомів, які можуть бути

пов'язані з палінням. Відсоток осіб, які відмовилися від тютюну, також зростає, якщо консультування проводиться різними фахівцями системи охорони здоров'я [11].

Згідно з даними В.Ф. Левшина, як поширеність паління серед лікарів, так і їх готовність до відмови від цієї звички не відрізняються від відповідних показників для населення в цілому [6]. Це значною мірою зумовлено низьким рівнем професійних знань багатьох лікарів про характер і наслідки тютюнової інтоксикації. Крім того, результати проведеного дослідження показали, що 15% опитаних не могли назвати конкретні захворювання, розвиток яких пов'язаний з палінням. При цьому лікарі-курці вдвічі частіше не могли відповісти на це запитання. Показово, що майже 50% опитаних не назвали жодного спеціального методу допомоги пацієнтам, які хочуть кинути палити. Усі ці дані свідчать про те, що більшість лікарів не можуть надати адекватну допомогу своїм пацієнтам у боротьбі з палінням. Більше того, згідно з результатами опитування, серед лікарів-курців 12% навіть не вважають, що відмова від паління може бути корисною для здоров'я [6].



Адаптовано з рекламної листівки антитютюнової кампанії уряду Австралії

Таким чином, представлені дані свідчать про безумовний дефіцит професійних знань про тютюнову інтоксикацію і її наслідки серед лікарів лікувально-профілактичних установ та їх непідготовленість щодо надання пацієнтам допомоги у боротьбі з тютюновою залежністю. При цьому у ряді випадків, зокрема при захворюваннях респіраторної та серцево-судинної систем, відмова від паління є не тільки профілактичним, а й патогенетичним видом медичної допомоги. Саме тому відповідними знаннями та практичними навичками повинен володіти кожен медичний працівник. Наприклад, у США лікування паління включено до списку функціональних обов'язків кожного лікаря. Створення системи підготовки медичних спеціалістів, направленої на боротьбу з палінням, – єдиний шлях до формування у них активного професійного ставлення до боротьби з цією шкідливою звичкою та найбільш ефективний спосіб захисту населення від однієї з провідних причин захворюваності та передчасної смертності.

Згідно з принципами доказової медицини, ефективність і безпечність методу лікування має бути підтверджена результатами клінічних

www.mazg.com.ua
ISSN 2311-5335

досліджень. Гіпноз, кодування, нейролінгвістичне програмування, акупунктура та інші методи фізіотерапевтичного впливу (мікрохвильова резонансна терапія, біостимуляція головного мозку), що часто застосовуються для лікування паління, не мають достатньої доказової бази. У більшості випадків при їх використанні можна розраховувати тільки на плацебо-ефект [1].

Когнітивно-поведінкова терапія нікотинової залежності включає детальний аналіз та ведення щоденника думок, почуттів і поведінки курця, а також стимулів і способів подолання тяги; аналіз мотивації відмови від паління; модифікацію способу життя та урізноманітнення повсякденної діяльності. При відмові від паління слід уникати вживання кави, алкоголю та інших речовин, що знижують рівень самоконтролю. При проведенні когнітивно-поведінкової терапії частота повної відмови від паління і утримання від нього становить 15%. При її поєднанні з призначенням відповідних лікарських засобів ефективність лікування підвищується до 30% [12].

Аверсивна, або умовно-рефлекторна терапія, побудована на формуванні відрази до тютюну за допомогою вироблення негативного умовного рефлексу на його вигляд, запах і навіть словесне позначення. Для цього, наприклад, застосовують речовини для полоскання ротової порожнини, що, взаємодіючи з тютюновим димом, призводять до появи неприємного присмаку, а також засоби, які у відповідь на паління викликають блювоту. Проте, за результатами огляду 24 рандомізованих контрольованих досліджень, не було виявлено помітного ефекту такої терапії [1].

За допомогою у боротьбі зі шкідливою звичкою пацієнти можуть звернутися до психотерапевтів або спеціалістів наркологічних диспансерів. Результати досліджень демонструють, що ефективність індивідуальних сеансів психотерапії в 1,55 разу вища у порівнянні з короткою консультацією лікаря загальної практики. Групова психотерапія виявилася ефективнішою за використання посібників для самостійної роботи, однак її результати не перевищували таких при особистому контакті пацієнта з лікарем [12].

На сучасному етапі найбільша доказова база накопичена для ряду препаратів, що використовуються для медикаментозної терапії нікотинової залежності. До першої лінії таких засобів належать:

- препарати НЗТ, такі як нікотиновий пластир, жувальна гумка (пом'якшує абстинентний синдром);
- антидепресанти (бупропіон), які зменшують тягу до паління і синдром відміни;
- агоністи нікотинових рецепторів (вареніклін), що блокують задоволення від паління.

До препаратів другої лінії відносяться:

- трициклічний антидепресант нортриптилін;
- селективний інгібітор зворотного захвату серотоніну флуоксетин.

Крім того, для боротьби з тютюновою залежністю у літературі описано застосування часткового агоніста нікотину цитизину, антагоністів опіоїдних рецепторів налоксону і налтрексону.

Згідно з літературними даними, уже сам факт призначення лікарських засобів (плацебо-ефект) підвищує частоту відмови від паління до 10% [12]. Фармакологічна терапія дає змогу вдвічі підвищити ймовірність успіху спроби кинути палити, і цей показник ще більше зростає, якщо вона проводиться в поєднанні з лікарським консультуванням.

НЗТ відіграє ключову роль у сучасному підході до лікування хворих з нікотиновою залежністю. Результати огляду понад 90 рандомізованих контрольованих досліджень показали, що даний вид терапії збільшує шанси на успіх в 1,5-2 рази [1]. Даний метод розроблено понад 40 років тому в Швеції на базі численних наукових досліджень. В його основі лежить ідея полегшення симптомів відміни задля підтримання сили волі в процесі відмови від паління. Як правило, таке лікування призначають особам, які викурюють > 20 сигарет щодня або першу сигарету – протягом 30 хв після пробудження, а також за наявності в минулому невдалих спроб кинути палити [2].

Препаратом, у якому було втілено новий підхід до лікування паління, став нікоретте: вперше було враховано не тільки психологічний, але й фізіологічний аспект проблеми. При використанні нікоретте в організм надходить мінімально необхідна доза чистого терапевтичного нікотину: нижча, ніж у сигареті, але достатня для того, щоб усунути нікотинову «ломку».

Доза препаратів для НЗТ підбирається індивідуально і залежить від ряду факторів: віку, антропометричних даних, тяжкості нікотинової залежності, вираженості симптомів нікотинової абстиненції. Лікування складається з двох етапів. На першому етапі проводиться постійна (базова) терапія нікотинозамісними препаратами протягом перших 1-2 тиж відмови від паління. При цьому метою є створення постійної концентрації нікотину в крові, що перешкоджає розвитку синдрому відміни. На даному етапі найбільш зручною є форма лейкопластиру, яка забезпечує постійне тривале вивільнення нікотину в кров, оскільки при вираженій нікотиновій залежності необхідність у прийомі препарату може виникати щогодини, а інколи й частіше. На другому етапі проводиться поступове зниження дози нікотину до повного скасування базової НЗТ (тривалість лікування індивідуальна). При цьому можливе використання будь-яких лікарських форм нікотинозамісних препаратів. Загальна тривалість лікування становить 3-6 міс [7]. За результатами дослідження, проведеного J.F. Etter et al. (2006), застосування НЗТ у 2 рази підвищує частоту успішної відмови від паління. Завдяки високій ефективності і можливості гнучкого підходу до лікування тютюнової залежності НЗТ сьогодні включено до комплексу

пріоритетних заходів, які ВООЗ рекомендує урядам країн для успішної боротьби з палінням [2].

За даними масштабного метааналізу, у якому оцінювали шанси на відмову від паління при використанні різних засобів, виявлено, що ефективність при прийомі плацебо становила близько 13,5%; при монотерапії нікотиновмісним пластирем 25 мг – 26,5%; при тривалій монотерапії нікотиновмісною жувальною гумкою (більше 14 тиж) – 26,1%, при короткочасній (6-14 тиж) – 19% випадків. Найкращі результати були досягнуті при застосуванні комбінованої НЗТ – частота відмови від паління становила 36,5% (28,6-45,3%). При цьому автори зазначають, що НЗТ була безпечною для більшості пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (Kannele W.B., 2000; Crinchley J., 2003; Smith P., 2009).

Паління часто клінічно пов'язане з розвитком депресії, що зумовлено як генетичною схильністю, так і нейрохімічною дією нікотину. Антидепресанти знижують рівень депресії і підвищують частоту відмови від тютюну. Так, препарат з групи атипових антидепресантів бупропіон уповільнює захват нейронами норадреналіну і дофаміну, є ефективним у терапії нікотинової залежності і сприяє зростанню частоти відмови від паління у 2,73 разу порівняно з плацебо. Крім того, бупропіон підвищує ефективність НЗТ. Даний лікарський засіб доступний в Україні під назвою велбутрин. Механізм дії препарату простий: під час відмови від паління основна діюча речовина (бупропіон) перешкоджає нейтралізації в організмі дофаміну – «гормону задоволення». У кількох дослідженнях було доведено також високу ефективність трициклічного антидепресанту нортриптиліну: при його прийомі частота відмови від паління підвищувалася у 2,83 разу. Аналогічну дію має флуоксетин, антидепресант з групи селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну. Оскільки збільшення ваги є однією з проблем, актуальних для осіб, які намагаються кинути палити, флуоксетин завдяки зниженню апетиту при його застосуванні може допомогти у її вирішенні [12].

Часткові агоністи нікотину (цитизин) протягом тривалого часу використовуються як засоби для лікування тютюнової залежності. Перевагою цих препаратів є припинення вживання нікотину при збереженні стимуляції Н-холінорецепторів і нікотинових рецепторів, що сприяє полегшенню синдрому відміни. Проте доказова база щодо ефективності їх застосування є досить обмеженою. Крім того, у зв'язку з недостатньо високою переносимістю препарату не було проведено досліджень застосування цитизину у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, гіпертиреоїдизмом, виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки, цукровим діабетом, нирковою та печінковою недостатністю. Ефективність цитизину значно нижча, ніж парціального агоніста нікотину – варенікліну [1].

Вареніклін (чемпікс) – частковий агоніст нікотинових рецепторів. За даними виробників препарату, у 50% випадків засіб дає змогу відмовитися від тютюну за 7 тиж. При його розробці були використані властивості субструктур морфіну і структурних елементів інших нікотинових агентів рослинного походження. Це дало можливість створити речовину з високою проникністю гематоенцефалічного бар'єра, підвищеною селективністю і зв'язуванням з нікотиновими холінорецепторами головного мозку. У 2005 р. вареніклін був схвалений Управлінням з контролю за харчовими продуктами і лікарськими засобами США (Food and Drug Administration, FDA), а в 2006 р. – Європейським агентством з оцінки лікарських засобів (European Medicines Evaluation Agency, EMEA) як препарат для лікування паління. У 2008 р. вареніклін увійшов до національних стандартів як препарат першого вибору для лікування нікотинової залежності. За рахунок властивостей часткового агоніста вареніклін перешкоджає зв'язуванню нікотину зі специфічними рецепторами, в результаті чого зникає задоволення від паління і нівелюється стимулююча дія цього процесу (конкурентний антагонізм) – пацієнт стає байдужим до сигарет [3]. Ефективність варенікліну у подоланні шкідливої звички паління була доведена у чотирьох дослідженнях при порівнянні препарату з плацебо, у трьох – з плацебо і бупропіоном. На думку деяких авторів [5], вареніклін сьогодні є найбільш ефективним засобом для лікування нікотинової залежності.

В іншому дослідженні оцінювали частку пацієнтів, у яких через 40 тиж після припинення лікування зберігалося тривале утримання від паління. Доведено, що пацієнти групи варенікліну (22,5%) достовірно частіше, ніж у групах плацебо (9,3%) і бупропіону (15,7%), повністю припиняли палити – в 2,9 ($p < 0,0001$) і 1,6 ($p < 0,01$) разу відповідно. Крім того, збільшення у вазі під час прийому варенікліну не перевищує даний показник у групі плацебо, тобто вареніклін допомагає позбутися страху погладшати при відмові від паління. Однак вареніклін є рецептурним препаратом, і у зв'язку з можливим розвитком серйозних побічних реакцій лікування слід проводити під ретельним контролем лікаря. Не рекомендується його комбінація з препаратами НЗТ внаслідок кумуляції та посилення побічних ефектів терапії [9, 10].

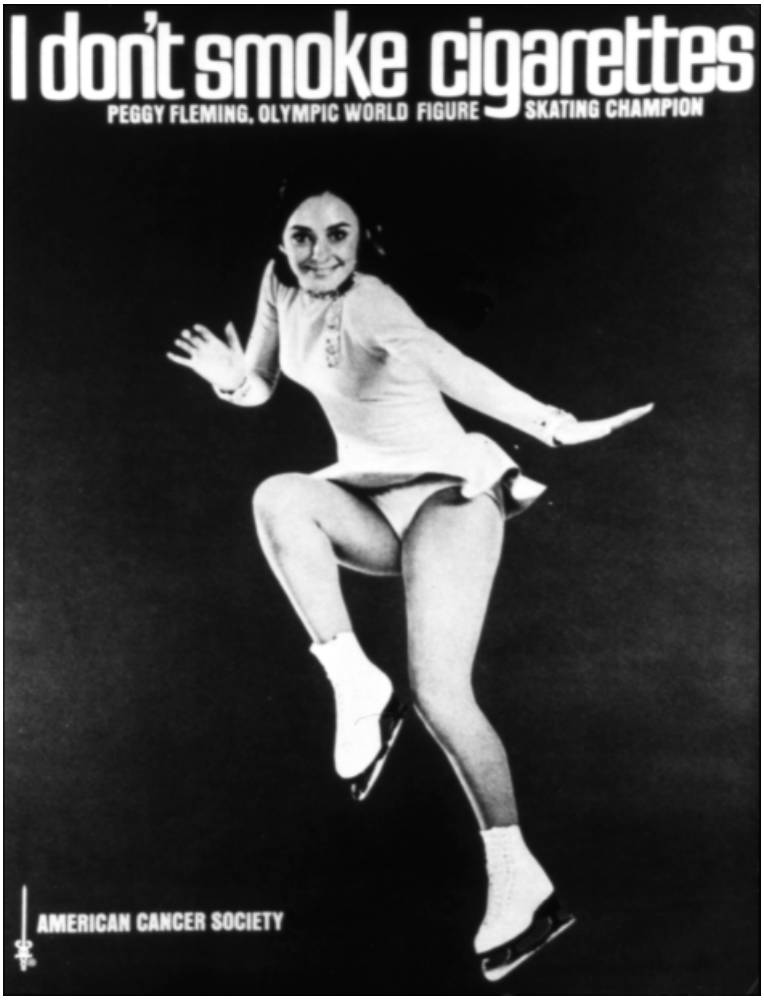
Таким чином, сьогодні представлено широкий вибір препаратів для лікування паління і нікотинової залежності, що є достатньо ефективними з позицій доказової медицини. Необхідно застосовувати комплексну терапію, що включає як медикаментозні, так і когнітивно-поведінкові методи. Першочерговим у цьому процесі є мотивоване бажання курця позбутися шкідливої звички, тому однією з головних умов успішної відмови від паління і досягнення стійкої ремісії є серйозне ставлення пацієнта до лікування, його активна

www.mazg.com.ua
ISSN 2311-5335

співпраця з лікарем і ретельне виконання всіх рекомендацій спеціалістів.

У даний час ще одним із засобів НЗТ є електронні сигарети. Це портативний електронний пристрій, який доставляє нікотин в організм шляхом вдихання випарів розчину нікотину замість сигаретного диму. Згорання тютюну при цьому не відбувається, однак в електронній сигареті для отримання нікотину використовується тютюн. При цьому ефективність, а головне – безпечність даних пристроїв, так як і зниження частоти паління на фоні їх застосування, мають обмежену кількість доказів.

Те, що електронні сигарети позиціонуються рекламодавцями не тільки як більш безпечна альтернатива палінню, але і як засіб, що сприяє повній відмові від нього, зумовлює їх широку популярність серед курців. З моменту появи у продажу електронних сигарет число їх користувачів збільшується з кожним роком. За результатами опитування > 20 тис. американців віком ≥ 18 років, використання електронних сигарет за період 2009-2010 рр. зросло більше ніж у 4 рази (з 0,6 до 2,7%).



Агітаційна листівка антитютюнової кампанії Американського товариства з вивчення раку, що проводилась у 70-х роках XX ст., за участі Пеггі Флемінг (Peggy Gale Fleming) – американської фігуристки, яка здобула золоту медаль на Зимових Олімпійських іграх в 1968 р. в жіночому одиночному катанні. Крім того, вона є триразовою чемпіонкою світу та пятиразовою чемпіонкою США

C. Bullen et al. (2010) у простому сліпому рандомізованому перехресному дослідженні провели оцінку короткочасних ефектів застосування електронних сигарет у 40 дорослих осіб, які до здійснення експерименту викурювали ≥ 10 сигарет на день. Учасники були рандомізовані на групи осіб, які використовували: електронні сигарети, що містять 16 мг нікотину; не містять нікотину (плацебо); нікотиновий інгалятор або звичайні сигарети протягом 3 днів поспіль з нічним утриманням від їх використання. Згідно з результатами досліджень, пацієнти, які застосовували електронні сигарети, що містять 16 мг нікотину, відчували менше бажання закурити, ніж особи, які одержували плацебо (p = 0,006). При цьому такі сигарети знижували бажання закурити після ночі, добре переносилися і мали схожий фармакокінетичний профіль з нікотиновим інгалятором.

За даними керівництва Асоціації електронних сигарет, останні набагато безпечніші порівняно зі звичайними через відсутність шкідливих для здоров'я хімічних речовин. До того ж це має сприяти скороченню пасивного паління і так званого паління «через треті руки», коли організм піддається впливу токсичних часток сигаретного диму, які залишаються на одязі, меблях та інших поверхнях (Cahn Z., Siegel M., 2011; Norton A., 2012). Однак експерти FDA повідомляють, що крім нікотину, води, пропіленгліколю, гліцерину і смакових добавок у складі електронних сигарет можуть бути й інші небезпечні для організму людини інгредієнти. Найбільший потенційний ризик для здоров'я людини несуть тютюноспецифічні нітрозаміни і діетиленгліколь.

Результати дослідження C.I. Vardavas et al. (2011) з Центру глобальної боротьби проти тютюну при Гарвардській школі суспільної охорони здоров'я (Center for Global Tobacco Control at the Harvard School of Public Health) ставлять під сумнів безпечність використання даних пристроїв. Автори вивчали вплив паління електронних сигарет протягом 5 хв на механіку дихання і фракційну концентрацію оксиду азоту у видихуваному повітрі. Дослідження було проведено за участю 30 осіб, середній вік яких становив 34,8 року, стаж паління – мінімум 5 років. До критеріїв виключення належали: захворювання легень (у т.ч. бронхіальна астма в анамнезі, гіперактивність бронхів), наявність гострих захворювань протягом останніх 2 тиж, вагітність або лактація, застосування лікарських засобів на момент проведення дослідження. Учасники не їли і не пили протягом 2 год до

дослідження і не палили протягом 4 год. Отримані результати порівнювали з вихідними даними, а також з контрольною групою, до якої увійшли 10 осіб. Останні також використовували електронні сигарети, але без картриджа, тобто без утворення диму. Проаналізувавши результати дослідження, автори дійшли висновку, що електронні сигарети в короткостроковій перспективі призводять до таких же несприятливих наслідків, що і використання звичайних сигарет. Ефекти електронних сигарет в тривалій перспективі невідомі, але ймовірно вони можуть бути несприятливими.

Автори також вказують, що сьогодні не існує єдиного стандарту системи доставки нікотину в електронних сигаретах, відсутня інформація щодо реального вмісту хімічних сполук у таких пристроях. Відтак залишається тільки висувати гіпотези, що ж стало причиною зареєстрованих негативних наслідків їх використання. Виробники електронних сигарет не маркують їх як пристрій для припинення паління, тому вони не відносяться до виробів медичного призначення і не підлягають контролю відповідними регулюючими органами, зокрема FDA, для схвалення з боку якого пристрій/препарат повинен пройти серйозні випробування.

Таким чином, думки фахівців з приводу раціональності застосування електронних сигарет не однозначні. Згідно з висновками звіту наукової групи ВООЗ 2010 р., немає доказів щодо безпечності даних пристроїв для здоров'я, оскільки нікотин є шкідливою речовиною, і споживач не в змозі контролювати його дозу при використанні електронних сигарет. Через брак достовірних даних щодо безпечності та ефективності даного пристрою дослідники рекомендують вдаватися до перевірених методів (психологічне консультування, затверджені лікарські засоби). Пріоритетною ж метою курця повинна стати абсолютна відмова від паління, а не пошук паліативних засобів [9, 10].

При відмові від паління слід бути готовим до того, що організм, який за багато років звик отримувати допінг у вигляді тютюну, буде боротися за повернення звички. У багатьох людей, які кидають палити, може погіршуватися настрій, з'являються виразки на губах і слизовій оболонці ротової порожнини, зростає частота захворювань на вірусні інфекції. Часто саме з цих причин спроба відмовитися від шкідливої звички стає невдалою, призводячи до так званого порочного кола. Такі зміни в організмі відбуваються тому, що на перших порах при відмові від паління спостерігається певне пригнічення функції імунної системи, яке, однак, минає протягом 6 тиж. Відтак пацієнтів варто заздалегідь повідомляти про тимчасовість цих явищ, аби вони не стали для них перепоною.

Частим аргументом проти відмови від паління є страх набрати зайву вагу. Проте такий ефект спостерігається лише тому, що замість сигарет пацієнти починають вживати цукерки, фрукти, горіхи тощо, а це, відповідно, призводить до збільшення ваги. Тож до таких методів відвикання від шкідливої звички слід підходити обережно.

Відмовитися від куріння непросто, але після того, як період адаптації завершиться, в організмі почнуть відбуватися процеси відновлення серцево-судинної системи (серце починає отримувати достатню кількість кисню, стінки судин стають більш еластичними), потім – нервової (підвищується провідність нервових волокон, покращується психологічний стан), зрештою – дихальної систем організму.

Для того щоб період адаптації пройшов якомога легше, при відмові від паління слід вітамінізувати раціон, особливо поповнюючи запас вітамінів С, В, білків і амінокислот; регулярно виконувати фізичні вправи, завдяки чому м'язи швидше позбавляються від продуктів окислення тютюнових смол, легені працюють краще і, відповідно, швидше очищуються, посилюється кровообіг, що також сприяє прискоренню виведення токсинів з організму. Також необхідно збільшити час перебування на свіжому повітрі, займатися цікавою діяльністю, яка б відволікала від думок про паління.

Потрібно пам'ятати, що, у якому б віці і після якого б стажу паління не виникло бажання позбутися тютюнової залежності, його можна реалізувати при ретельному виконанні простих, але необхідних правил щодо модифікації способу життя. Зміни в організмі людини внаслідок паління є глобальними, але все ж таки зворотними.

Список використаної літератури

1. Александров А.А. Лечение табачной зависимости // Медицинские новости. – 2009. – № 2. – С. 31-36.
2. Андрющенко И.В. Комплексный подход к лечению табакокурения и никотиновой зависимости / И.В. Андрющенко, Е.В. Малинина // Лечащий врач. – 2012. – № 1.
3. Вадаш И. Опыт применения варениклина в ходе реализации программ по отказу от курения в Венгрии. – http://www.rmj.ru/articles_6761.htm
4. Ермакович И.И. Профилактика и лечение никотиновой зависимости // Здоровье Украины. – 2003. – № 63.
5. Кукес В.Г. Варениклин – препарат нового поколения для лечения табачной зависимости / В.Г. Кукес, В.Ф. Маринин, Е.В. Гаврисюк // Клиническая фармакология и терапия. – 2009. – № 18 (3). – С. 1-5.
6. Левшин В.Ф., Слепченко Н.И. Курение среди врачей и их готовность к оказанию помощи пациентам в отказе от курения / В.Ф. Левшин, Н.И. Слепченко. – http://www.rmj.ru/articles_6640.htm
7. Чучалин А.Г. Практическое руководство по лечению табачной зависимости / А.Г. Чучалин, Г.М. Сахарова, К.Ю. Новиков // РМЖ. – 2001. – № 21. – С. 2-19.
8. MPOWER: Комплекс мер по борьбе с табачной эпидемией // Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2008. – 41 с. – http://apps.who.int/iris/handle/10665/90173
9. Obach R. Metabolism and disposition of varenicline, a selective acetylholine receptor partial agonist, in vivo and in vitro / R. Obach, A. Reed-Hagen, S. Krueger et al. // Drug Metab Dis. 2006; 34: 121-130.
10. Foulds J. The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: Vareniclin // Int. J Clin Pract. 2006; 60: 571-576.
11. When smokers quit – what are the benefits over time? // American Cancer Society, 2013.
12. Wu P. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis / P. Wu, K. Wilson, P. Dimoulas, E. Mills // BMC Public Health. – 2006. – Vol. 6. – P. 300.

Підготувала Анастасія Гмирянська

ISSN 2311-5335

Нормалізація клініко-гормонального дисбалансу у жінок пременопаузального віку при застосуванні гормональних та гомеопатичних препаратів

сінево
медична лабораторія

Л.В. Гінчицька, к.мед.н., кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Проведено клінічне та лабораторне обстеження пацієнток пременопаузального віку з метою визначення гормонального статусу та індексу вагінального здоров'я у даного контингенту жінок. Представлено результати визначення рівня окремих гонадотропних та статевих гормонів, а також зміни стану вагінального здоров'я до та після лікування. Висвітлено ефективність застосування гормональних та гомеопатичних препаратів.

Ключові слова: *пременопауза, гормональний баланс, лікування.*

Пременопауза, або перехідний період, є часовим проміжком в житті жінки. Він починається за декілька років до менопаузи, коли рівень естрогенів, що виробляються в яєчниках, поступово знижується. Цей процес є природним для жінок віком від 40 до 50 років, проте він може починатись вже після 30 років і навіть раніше [1, 3, 8]. Пременопауза триває до настання менопаузи – часу, коли яєчники перестають утворювати яйцеклітини. В останні роки пременопаузи відбувається різке зниження рівня естрогенів, тому на цьому етапі у жінок з'являються симптоми менопаузи. Залежно від індивідуальних особливостей організму тривалість пременопаузи варіює від декількох місяців до 10 років [2, 5, 7]. Цей перехідний період можна визначити за наявністю таких симптомів, як приливи, підвищена чутливість молочних залоз, загострення передменструального синдрому, зниження лібідо, стомлюваність, нерегулярні менструації, сухість піхви, дискомфорт під час статевого акту, нетримання сечі під час кашлю і чхання, почастішання сечовипускання, раптові зміни настрою, порушення сну. Усе вищеперераховане призводить до погіршення як психічного, так і фізичного стану і, відповідно, до значного зниження якості життя даного контингенту пацієнток. Визначення гормонального статусу може бути утрудненим через гормональну нестабільність у цей період, тому обстеження необхідно проводити декілька разів в динаміці для порівняння отриманих результатів [2, 6, 7].

Метою роботи було дослідження клінічних і гормональних змін у жінок пременопаузального віку, а також оцінка ефективності гормонального та гомеопатичного лікування у даної категорії пацієнток.

За підтримки медичної лабораторії «Сінево»

Матеріали і методи дослідження

Для визначення ефективності лікування пременопаузальних порушень було обстежено дві групи жінок, середній вік яких становив 41,5 ± 3,6 року. Учасниці дослідження, у яких мали місце скарги, характерні для клімактеричного синдрому, були рандомізовані за віком і показниками індексу маси тіла.

До основної групи увійшли 14 жінок, які отримували гормональну терапію (за циклічною схемою) впродовж 6 міс. Групу порівняння становили 12 осіб, які з лікувальною метою приймали гомеопатичні препарати протягом такого ж періоду.

Усім пацієнткам проводили комплексне обстеження, що включало оцінку показників гормонального статусу, інструментальні методи (ультразвукове дослідження геніталій, щитоподібної і молочних залоз, кольпоскопія). Ступінь тяжкості клімактеричного синдрому визначали за значенням менопаузального індексу Купермана в модифікації Є.В. Уварової [2]. Кожен симптом оцінювали за мірою вираженості від 0 до 3 балів, після чого за загальною сумою встановлювали ступінь тяжкості клімактеричного синдрому.

У рамках дослідження гормонального статусу визначали рівні ряду гормонів імунохімічним методом з електрохемілюмінісцентною детекцією (ECLICA) за допомогою тест-системи Roche Diagnostics (Швейцарія) з використанням аналізатора Cobas 6000. У ранню фолікулярну фазу оцінювали концентрацію пролактину, лютеїнізуючого (ЛГ), фолікулостимулюючого (ФСГ) гормонів, тестостерону; в периовуляторний період – естрадіолу; в секреторну фазу – прогестерону.

Наявність атрофічного вагініту в обстежених жінок визначали за скаргами на відчуття печіння, свербіж, сухість піхви, дискомфорт і біль при статевому контакті. Ступінь атрофічного процесу слизової піхви оцінювали за допомогою індексу вагінального здоров'я за G. Bachman [2, 4].

Обробку даних проводили стандартними методами варіаційної статистики: середня величина (M), середня похибка середньої величини (m), рівень вірогідності (p), інтервал достовірності (σ). Різницю між величинами, які порівнювалися, вважали достовірною при $p < 0,05$. При проведенні непараметричного аналізу визначали критерії Фішера, Ст'юдента, здійснювали кореляційний аналіз.

Результати дослідження та їх обговорення

У ході обстеження було встановлено, що вік настання менархе у 36,5% жінок – 11 років, у 45,6% – 12, у 10,4% – 13 і у 7,5% осіб – в період з 14 до 16 років. Щодо характеристики менструальної функції звертає на себе увагу наявність у 31,2% пацієнток регулярного менструального циклу. У 9,3% випадків спостерігалась олігоменорея, у 8% – пройоменорея, у 82,7% – дисменорея і тільки. У жінок була виявлена супутня гінекологічна патологія: функціональні, параоваріальні кісти яєчників, гострі запальні захворювання органів малого таза, міома матки, синдром полікістозу яєчників. Спостерігалась також соматична патологія: остеохондроз, вегетосудинна дистонія за змішаним типом, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, захворювання щитоподібної залози, патологія різних відділів шлунково-кишкового тракту, хронічні ЛОР-захворювання; мав місце обтяжений алергологічний анамнез.

За ступенем тяжкості клімактеричного синдрому обстежені пацієнтки розподілилися таким чином: легкий ступінь – у 63,2% осіб, середній – у 45,3%, тяжкий – у 1,5% (запропоноване лікування вважали ефективним, якщо індекс Купермана знижувався на ≥ 15% від вихідного рівня [2]). При оцінці впливу лікування на симптоми клімаксу були отримані позитивні результати: учасниці дослідження відмітили зниження рівня тривоги і дратівливості, нормалізацію сну, покращення здатності зосередитись на роботі, зменшення кількості й тяжкості приливів і пітливості.

Ефективність призначених препаратів була підтверджена відповідними змінами індексу Купермана: вже через 3 міс проведеного лікування середня кількість балів зменшилася в середньому на 80% при застосуванні гормональної терапії та на 60% – при використанні гомеопатичних засобів. При цьому значного покращення вдалося досягти вже за 2 тиж лікування в основній групі і через 1 міс – в контрольній.

Враховуючи важливість динамічних змін гормонального статусу при пременопаузі, ми провели дослідження концентрації статевих стероїдних і гонадотропних гормонів у сироватці крові серед жінок досліджуваних груп залежно від схеми лікування. Отримані результати наведені в таблиці 1.

Як видно з представлених даних, у пацієнток основної групи концентрація естрадіолу в сироватці крові до лікування становила 75,77 ± 3,82 пг/мл, а після його проведення – 159,74 ± 14,72 пг/мл. У жінок групи порівняння рівень цього гормона після лікування недостовірно підвищився з 81,84 ± 5,21 до 101,82 ± 7,63 пг/мл, що майже в 1,5 разу менше, ніж в основній групі, але в межах вікової норми.

На фоні лікування в учасниць основної групи спостерігалось достовірне зростання вмісту прогестерону з 1,24 ± 0,02 до 2,25 ± 0,17 нг/мл при застосуванні гормональної терапії. Слід відмітити, що ці зміни були в межах встановленої

За підтримки медичної лабораторії «Сінево»

ISSN 2311-5335

Таблиця 1. Показники гормонального статусу пацієнток до та після проведеного лікування

Показники	Основна група (n = 14)		Група порівняння (n = 12)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Естрадіол, пг/мл	75,77 ± 3,82	159,74 ± 14,72*	81,84 ± 5,21	101,82 ± 7,63
Прогестерон, нг/мл	1,24 ± 0,02	2,25 ± 0,17*	1,30 ± 0,04	1,79 ± 0,05
Тестостерон, нмоль/л	1,17 ± 0,07	0,53 ± 0,03*	1,29 ± 0,14	1,35 ± 0,14
ФСГ, МО/л	24,57 ± 2,39	12,08 ± 0,94*	22,12 ± 3,35	19,03 ± 3,29
ЛГ, МО/л	12,23 ± 3,05	4,56 ± 0,99*	13,24 ± 3,13	12,07 ± 3,63
Пролактин, нг/мл	8,75 ± 2,90	11,84 ± 3,06	10,38 ± 2,70	9,52 ± 2,72

* Достовірна різниця відносно групи порівняння після лікування ($p < 0,001$).

норми для осіб даного віку (1,7-27,0 нг/мл). У групі порівняння на фоні незначного підвищення концентрації естрадіолу мало місце незначне зростання рівня прогестерону з 1,30 ± 0,04 до 1,79 ± 0,05 нг/мл.

Вміст тестостерону у пацієнток групи порівняння при незначних його коливаннях під час лікування перебував на рівні 1,35 ± 0,14 нмоль/л, що відповідає нормативним показникам (0,20-1,65 нмоль/л). При застосуванні гормонотерапії у жінок основної групи при підвищенні концентрації естрадіолу спостерігалося зниження рівня тестостерону до 0,53 ± 0,03 нмоль/л.

Згідно з отриманими даними, у пацієнток як в основній, так і в групі порівняння під час пременопаузи відмічено досить високий рівень ФСГ – 24,57 ± 2,39 та 22,12 ± 3,35 МО/л відповідно, що майже вдвічі перевищує верхні показники норми (3,5-12,5 МО/л). При цьому, якщо у групі порівняння концентрація ФСГ до і після лікування майже однакова, то в основній спостерігається її зниження у 2 рази (табл.1).

Рівень ЛГ у пацієнток групи порівняння після проведеного лікування незначно знизився з 13,24 ± 3,13 до 12,07 ± 3,63 МО/л ($p > 0,05$). Таким чином, середній вміст ЛГ у цій групі перевищував аналогічний показник у жінок основної групи більше ніж в 2,5 разу (4,56 ± 0,99 МО/л). Необхідно зазначити, що якщо у групі порівняння середній рівень ЛГ до і після лікування практично не змінився, то в основній групі виявлено його зниження у 2,7 разу.

Концентрація пролактину в основній групі встановилася приблизно на рівні середнього значення – 11,84 ± 3,06 нг/мл. У жінок групи порівняння рівень даного гормону недостовірно знизився і становив в середньому 9,52 ± 2,72 нг/мл.

При аналізі середніх показників індексу вагінального здоров'я (табл. 2) встановлено їх незначне підвищення протягом 6 міс у жінок, які застосовували гомеопатичні засоби. Разом із тим при регулярному використанні гормональних препаратів цей показник значно покращився і становив 4,28 бала.

При цьому середнє значення індексу вагінального здоров'я в основній групі через півроку підвищилося на 19,5%, а в групі порівняння – на 10,1%, що свідчить про зменшення вираженості атрофічних процесів у жінок пременопаузального віку на фоні лікування з використанням як гормональних, так і гомеопатичних препаратів.

Висновки

1. Отримані дані дають можливість зробити висновок, що постійний циклічний прийом гормональних препаратів, призначених з лікувально-профілактичною метою, позитивно впливає на рівень статевих та гонадотропних гормонів у сироватці крові.

Таблиця 2. Середні показники індексу вагінального здоров'я у жінок пременопаузального віку в динаміці, бали

Група жінок	Термін обстеження		
	До лікування	Через 3 міс	Через 6 міс
Основна група (n = 14)	3,58 ± 0,41	4,09 ± 0,39	4,28 ± 0,37[а, б]
Група порівняння (n = 12)	3,46 ± 0,37	3,75 ± 0,42	3,81 ± 0,41

[а] Достовірна різниця відносно показника до лікування ($p < 0,05$).
[б] Достовірна різниця відносно показника в групі порівняння ($p < 0,05$).

За підтримки медичної лабораторії «Сінево»

2. При появі симптомів клімаксу лікування бажано починати відразу незалежно від віку. При цьому застосовують звичайні низькодозовані гормональні контрацептиви. Використання цих препаратів сприяє достовірному зменшенню клімактеричних проявів, а також дає змогу жінкам уникнути різних порушень менструального циклу, що часто виникають ще за декілька років до настання менопаузи.

3. У процесі лікування періодично (не менше 1 разу на рік) слід проводити гормональний контроль, який дає можливість встановити час переходу до прийому спеціальних препаратів, рекомендованих до застосування під час клімаксу.

4. За наявності протипоказань до гормонотерапії для зменшення симптомів клімаксу можливе використання фітопрепаратів у поєднанні з корекцією нервово-психічних розладів за допомогою заспокійливих засобів або антидепресантів, фізіотерапії. Пацієнткам даної категорії необхідно пам'ятати про важливість ведення здорового способу життя та правильного харчування.

Список використаної літератури

1. Вихляева Е.М. Климактерический синдром. Руководство по эндокринной гинекологии. – М.: МИА, 2006. – С. 603-650.
2. Дюкова Г.М., Сметник В.П., Назарова Н.А. Состояние психовегетативной и сексуальной сфер у женщин в перименопаузе. Руководство по климаксу: Руководство для врачей / Под. ред. В.И. Кулакова, В.П. Сметник. – М.: МИА, 2001. – С. 361-380.
3. Лесиовская Е.Е., Коноплева Е.В. Возможности фитотерапии климактерических расстройств // Фиторемедиум. – 2007. – № 1. – С. 5-9.
4. Медицина климактерия / Под. ред. В.П. Сметник. – М., 2009. – 847 с.
5. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации / Под. ред. О.М. Лесняк, Л.И. Беневоленской. – 2009. – 270 с.
6. Attitudes towards hormone replacement therapy among middle – aged women and men / Lomranz J., Becker D., Eyal N., Pines A., Mester R. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2000. – Vol. 93. – P. 199-203.
7. Freedman R.R. Pathophysiology and treatment of menopausal hot flashes // Semin. reprod. med. – 2005. – Vol. 23 (2). – P. 117-125.
8. Shen W. Treatment strategies for hot flushes / Shen W., Stearns V. // Expert. Opin. Phar-macother. – 2009 – Vol. 10 (7). – P. 1133-1144.

Нормализация клинико-гормонального дисбаланса у женщин пременопаузального возраста при применении гормональных и гомеопатических препаратов

Л.В. Гинчицкая

Приведены данные, полученные в ходе клинического и лабораторного обследования пациенток пременопаузального возраста с целью определения гормонального статуса и индекса вагинального здоровья у данного контингента женщин. Представлены результаты определения уровня отдельных гонадотропных и половых гормонов, а также изменения состояния вагинального здоровья до и после лечения. Показана эффективность применения гормональных и гомеопатических средств.

Ключевые слова: пременопауза, гормональный баланс, лечение.

The normalization of clinical and hormonal disbalance in women of premenopausal age with the use of hormones and homeopathic drugs

L.V. Hinchytska

A clinical and laboratory examination of patients premenopausal age conducted to determine hormonal status and vaginal health index in the given contingent of the women. Here introduced the results of the concentrations of some gonadotropic and sex hormones, and also changes in vaginal health before and after treatment. Here illuminated the effectiveness of the use of hormones and homeopathic means.

Keywords: premenopause, hormone balance, treatment.

За підтримки медичної лабораторії «Сінево»

С.А. Кубанський,
завідувач відділу з правових питань
Київської міської профспілки працівників охорони здоров'я

За основним місцем роботи на сьогоднішній день я перебуваю у декретній відпустці і влаштувалася на 0,25 ставки до іншої установи за сумісництвом. Із відділу соцполітики мені повідомили, що я на це не мала права, і за період, протягом якого я працювала (три місяці), з мене будуть утримувати заборгованість 2000 грн.

Відповідно до норм ст. 21 Кодексу законів про працю України (далі КЗпП України), кожен працівник має право реалізувати свої здібності до продуктивної та творчої праці шляхом укладення трудового договору на одному або одночасно на декількох підприємствах, в установах, організаціях, якщо інше не передбачене законодавством, колективним договором або угодою сторін.

Питання роботи за сумісництвом працівників державних підприємств, установ, організацій врегульовано нормами Положення про умови роботи за сумісництвом працівників державних підприємств, установ, організацій, затвердженого спільним наказом Мінпраці, Мін'юсту та Міністерства фінансів України від 28 червня 1993 р. № 43. Необхідно зазначити, що чинне законодавство не диференціює понять «зовнішнє» чи «внутрішнє» сумісництво.

Відповідно до ст. 179 КЗпП України, ст. 18 Закону України «Про відпустки», за бажанням жінки у період її перебування у відпустці для догляду за дитиною вона може працювати на умовах неповного робочого часу або вдома. При цьому за нею зберігається право на одержання допомоги в період відпустки для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку.

Згідно з частиною п'ятою ст. 14 Закону України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми», матерям, які мають дітей віком до трьох років і вийшли на роботу та працюють у режимі неповного робочого часу або вдома, що підтверджується довідкою з місця роботи, допомога по догляду за дитиною до досягнення нею трьох років призначається (виплачується) в повному розмірі.

Отже, законодавством не визначається, що жінка, яка перебуває у відпустці по догляду за дитиною, може працювати лише на тому ж підприємстві, з яким укладено трудовий договір, і на якому вона перебуває у зазначеній відпустці, або лише за одним трудовим договором (виключно за основним місцем роботи).

Таким чином, жінка має право працювати за сумісництвом на умовах неповного робочого дня, не виходячи на основне місце роботи до закінчення відпустки по догляду за дитиною, і отримувати допомогу по догляду до трьох років. При цьому трудовий договір про роботу за сумісництвом нею може бути оформлений як у тому закладі, де вона працює на основній роботі та перебуває у відпустці, так і в будь-якому іншому.

Розкажіть, будь ласка, як відбувається оплата відрядження та вартості проживання в гуртожитку іногороднім лікарям-інтернам на період проходження інтернатури? Чи повинна лікарня відшкодовувати якісь кошти, якщо заочний цикл проходить на базі іншої лікувальної установи, за відсутності бази в лікарні, яка зарахувала лікаря-інтерна?

Правове регулювання проходження інтернатури випускниками вищих медичних навчальних закладів здійснюється на підставі Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівня акредитації медичних факультетів університетів, затвердженого наказом МОЗ України від 19 вересня 1996 р. № 291.

Згідно з правилами п. 7.5 Положення, витрати по відрядженню лікарів (провізорів)-інтернів на навчання у вищі заклади освіти здійснюється базовою установою стажування у такому ж порядку, як і при направленні спеціалістів на підвищення кваліфікації.

При цьому базовою установою стажування є заклади охорони здоров'я, які використовуються з метою первинної спеціалізації випускників вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти. Це можуть бути обласні, міські і центральні районні лікарні, міські та обласні дитячі лікарні, пологові будинки, диспансери, лікарні, підпорядковані іншим відомствам, клініки науково-дослідних інститутів, діагностичні центри, бюро судово-медичної експертизи, установи і заклади санітарно-епідеміологічної служби, аптечні заклади тощо, в які випускники вищих медичних закладів були зараховані на посади лікарів (провізорів)-інтернів.

Відповідно до норм постанови Кабінету Міністрів України від 28 червня 1997 р. № 695 «Про гарантії і компенсації для працівників, які направляються для підвищення кваліфікації, підготовки, перепідготовки, навчання інших професій з відривом від виробництва», для відряджених осіб встановлені такі мінімальні державні гарантії:

- збереження середньої заробітної плати за основним місцем роботи за час навчання;
- оплата вартості проїзду до місця навчання і назад;
- виплата добових за кожний день перебування в дорозі у розмірі, встановленому законодавством для службових відряджень.

На час навчання відряджені особи повинні бути забезпечені гуртожитком готельного типу. У разі відсутності гуртожитку відшкодування витрат, пов'язаних з наймом житлового приміщення, провадиться в порядку, встановленому законодавством для службових відряджень.

Таким чином, постановою визначено, що оплата проїзду відряджених осіб до місця навчання і назад, виплата добових за час перебування в дорозі і за час навчання, відшкодування витрат, пов'язаних з наймом житлового приміщення провадяться за місцем основної роботи. У випадку проходження інтернатури – за рахунок базової установи стажування, з якою особа перебуває у трудових правовідносинах.

Необхідно зазначити, що наведеним Положенням визначено набагато більший перелік пільг та гарантій для осіб, які навчаються в інтернатурі, зокрема:

- оплата за рахунок коштів замовника проїзду молодих спеціалістів, які мають направлення на роботу, до місця спеціалізації (інтернатури) і місячна відпустка до початку підготовки в інтернатурі;
- оплата за рахунок закладів (установ), в які молоді спеціалісти направляються після закінчення інтернатури на постійну роботу, проїзду до місця роботи;
- виплата заробітної плати за рахунок базової установи стажування на весь період навчання у розмірі, визначеному чинним законодавством;
- забезпечення житловою площею (типу гуртожиток) на весь період навчання з оплатою відповідно до існуючих тарифів.

Лікар загальної практики – сімейний лікар обіймає посаду завідувача клініко-діагностичного відділення за основним місцем роботи в одному лікувальному закладі, а в іншому за сумісництвом працює лікарем загальної практики – сімейним лікарем. Яка лікувальна установа повинна направляти фахівця на атестацію: за місцем основної роботи чи за сумісництвом?

Порушене питання врегульовано нормами Положення про порядок проведення атестації лікарів, затвердженого наказом МОЗ України від 19.12.1997 р. № 359.

Відповідно до норм п. 3.14. Положення, атестація лікарів може проводитись за спеціальностями як за основним місцем роботи, так і за сумісництвом. Відповідно, якщо лікар на основній роботі та за сумісництвом працює за різними спеціальностями, то кожен роботодавець повинен направляти його на курси підвищення кваліфікації з подальшою атестацією саме з тієї спеціальності, за якою він працює. У випадку коли спеціальність одна і та ж – за основним місцем роботи.

Уважаемые читатели!

Перед вами один из номеров журнала «Медицинские аспекты здоровья женщины» (МАЗЖ) Издательского дома «Здоровье Украины. Медицинские издания».

Настоящая анкета распространяется с целью изучения мнений читателей о журнале. Мы будем вам благодарны, если вы ответите на поставленные вопросы и за внимание к нашему изданию.

Заполненную анкету просим выслать по адресу:

ул. Светлицкого, 35а, 2-й этаж, г. Киев, 04123 или по e-mail: arefieva@id-zu.com (с пометкой МАЗЖ).

Анкета читателя*

Ф.И.О. . . . . Возраст . . . . . .

Место работы (название медицинского учреждения и отделения). . . . . .

Специальность . . . . . Должность, ученая степень. . . . . .

1. Какое мнение у вас сложилось о МАЗЖ? . . . . . .

. . . . . .

2. Назовите три лучших материала номера:

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

3. Публикации каких авторов вы хотели бы видеть на страницах журнала МАЗЖ?

. . . . . .

. . . . . .

4. Какие недостатки, по вашему мнению, имеются в журнале? По возможности, приведите конкретные примеры. . . .

. . . . . .

. . . . . .

5. Предложите темы для будущих номеров МАЗЖ. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

6. Источник получения журнала:

☐ на мероприятиях ☐ самостоятельно подписался/подписалась (платно)

☐ бесплатная рассылка ☐ приносят медпредставители ☐ другое

Присланная в адрес редакции анкета гарантирует получение следующего номера журнала бесплатно.

Укажите сведения, необходимые для отправки журнала.

Ф.И.О. . . . . .

Индекс . . . . . город (село) . . . . . район . . . . . область . . . . . .

улица . . . . . дом. . . . . корпус . . . . . квартира. . . . . .

тел.: . . . . . e-mail: . . . . . .

Согласны ли вы подписаться на рассылку анонсов мероприятий и выходов журнала? да ☐ нет ☐

* Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ООО «Медицинские аспекты здоровья человека» в соответствии с Законом Украины «О защите персональных данных» № 2297-VI от 01.06.2010 г. Также даю согласие на их использование для получения от компании (связанных с ней лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на помещение моих персональных данных в базу данных компании, неограниченное во времени хранение данных.

Інформація про передплату журналу «Медичні аспекти здоров'я жінки»

Шановні читачі! Передплатити наше видання ви можете в будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» чи в регіональному передплатному агентстві України за каталогом у розділі «Охорона здоров'я України. Медицина», а також у редакції «Видавничого дому «Здоров'я України. Медичні журнали».

Журнал «Медичні аспекти здоров'я жінки»

Зацікавить терапевтів, неонатологів, акушерів-гінекологів, дерматовенерологів, ендокринологів, кардіологів, психіатрів

Передплатний індекс – **95404**

Періодичність виходу – 10 разів на рік

Вартість передплати на рік – 300 грн

на півріччя – 150 грн

Наші реквізити:

ТОВ «Медичні аспекти здоров'я людини»

ЄДРПОУ 38391849

П/р 26001052612749 у філії «Розрахунковий центр ПАТ КБ "Приватбанк"», МФО 320649

Відділ передплати: тел /факс: 391-31-40

E-mail: parubec@id-zu.com