

# Прегна.5



ДГК

Залізо

Йод

Фолати

Вітамін D<sub>3</sub>

Життєво необхідні компоненти для жінок під час прегравідарної підготовки, вагітності і лактації

Комбінація 5-ти життєво необхідних і поєднаних між собою нутрієнтів для здоров'я матері і її майбутньої дитини в ефективних, достатніх і безпечних кількостях

### Склад на 1 капсулу:

Риб'ячий жир 438,6 мг, в т.ч. докозагексаєнова кислота (ДГК) 250,0 мг, елементарне залізо 30,0 мг, фолати 800,0 мкг, в т.ч. фолієва кислота 400,0 мкг та левомефолієва кислота 400,0 мкг, йод (йодид калію) 200,0 мкг, холекальциферол (вітамін D<sub>3</sub>) 50,0 мкг (2000 МО).

### Спосіб застосування:

1 капсула в день, після їжі.

[pregna-5.com](http://pregna-5.com)

ДГК – Докозагексаєнова кислота  
Не є лікарським засобом. Протокол випробувань Прегна 5 №1750 від 31.05.2018



Негормональна терапія

## Сімідона

1 таблетка на добу



Негормональна терапія клімактеричного синдрому

- Безпечна альтернатива МГТ<sup>1,2</sup>
- Вазомоторні, психоемоційні та вегетативні порушення<sup>1,2</sup>
- Індивідуальний підбір дози<sup>2</sup>
- Сприяє збереженню метаболічних показників<sup>3</sup>

Склад: 6,5 мг/13 мг нативного екстракту кореневищ Циміцифуги (42,25/84,5 мг сухої речовини)

Спосіб застосування: 1 таб. один раз на день впродовж мінімум 6 тижнів. Рекомендоване довгострокове використання

[cimidona-amaxa.com](http://cimidona-amaxa.com)

<sup>1</sup> Інструкція по застосуванню Сімідона. <sup>2</sup> Shellenberg R et al. (2013) Dose-Dependent Effects of the Cimicifuga racemosa Extract Ze 450 in the Treatment of Climacteric Complaints: A Randomized, Placebo-Controlled Study. Evidence-based complementary and alternative medicine Epub 2012 Dec 23. <sup>3</sup> Monocentric retrospective cohort study (CIMBOLIC), Stute P, Ost L, Bütikofer L, Bern, 2009-2016. \* Менопаузальна гормональна терапія

## Префемін

1 таблетка на добу



Негормональна терапія порушень менструальної функції

- Зниження продукування пролактину<sup>1</sup>
- При порушеннях менструального циклу<sup>1,3</sup>
- При мастодинії та масталгії<sup>2</sup>
- При дисфункціональних кровотечах<sup>3</sup>
- При передменструальному синдромі<sup>2</sup>
- Рекомендований в якості першої лінії терапії<sup>4</sup>

Склад: 20 мг нативного екстракту Прутьняка звичайного (180 мг сухої речовини)

Спосіб застосування: 1 таб. один раз на день, мінімальний курс лікування 3 місяці

[prefemin-amaxa.com](http://prefemin-amaxa.com)

<sup>1</sup> Інструкція по застосуванню Префемін. <sup>2</sup> Shellenberg R (2012) Dose-dependent efficacy of Vitex agnus-castus extract Ze 440 in patients suffering from premenstrual syndrome. Phytomedicine 19(14):1325-31. <sup>3</sup> Eitbogen R (2015) Vitex agnus-castus Extract (Ze 440) Improves Symptoms in Women with Menstrual Cycle Irregularities. Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2015; 25 (2): 10-15. <sup>4</sup> Interdisciplinary consensus on management of premenstrual disorders in Switzerland // P. State, C. Bodmer, U. Ehler, R. Eitbogen, A. Ging, I. Streuli & M. von Wolff, Gynecological Endocrinology 33 (2017). P.P. № UA / 14581/01/01 та UA / 14582/01/01 від 20.08.2015 р.



## Міофолік



- Для підвищення фертильності<sup>1,2,3,8</sup>
- Для підтримки здорової вагітності<sup>1,4,5</sup>
- При СПКЯ<sup>\*1,2,6</sup>
- При гіперандрогенії та інсулінорезистентності<sup>1,2,6</sup>

### Склад:

- Міо-інозитол – 2000 мг
- Фолієва кислота 4-го покоління (метаболічно активна форма (6S)-5-метилтетрагідрофолат) – 200 мкг
- Вітамін B12 – 2,5 мкг

### Спосіб застосування:

2 саше на день впродовж 3-6 місяців  
Вміст саше розчинити у 200 мг води

[miofolik.com](http://miofolik.com)

\*Синдром полікістозних яєчників. <sup>1</sup> Міофолік. Інструкція по застосуванню <sup>2</sup> Myo-inositol in patients with polycystic ovary syndrome: a novel method for ovulation induction. PAPALEO E, UNFER V, BAILLARGEON JP, DE SANTIS L, FUSI F, B RIGANTE C, MARELLI G, CINO L, REDAELLI A, FERRARI A. Gynecol Endocrinol 2007; 23: 700-703. <sup>3</sup> Myo-inositol may improve oocyte quality in intracytoplasmic sperm injection cycles. A prospective, controlled, randomized trial. PAPALEO E, UNFER V, BAILLARGEON JP, FUSI F, O CCHI F, DE SANTIS L. Fertil Steril 2009; 91:1750-1754. <sup>4</sup> Myo-inositol may prevent gestational diabetes in PCOS women. Danna R, DiBenedetto V, Rizzo P. Gynecol Endocrinol. 2011. <sup>5</sup> Homocysteine induces congenital defects of the heart and neural tube: effect of folic acid. Rosenquist TH, Ratashak SA, Selhub J. Proc Natl Acad Sci. 1996;93:15227-15232. <sup>6</sup> Efficacy of myo-inositol in the treatment of cutaneous disorders in young women with polycystic ovary syndrome. ZACCHE MM, CAPUTO L, FILIPPIS S, ZACCHE G, DINDELLI M, FERRARI A. Gynecol Endocrinol 2009; 25: 508-513. <sup>7</sup> Treatment of hirsutism with myo-inositol: a prospective clinical study. MINOZZI M, D'ANDREA G, UNFER V. Reprod Biomed Online 2008; 17: 579-582. <sup>8</sup> Unfer V, Carlomagno G, Dante G, Facchinetti F. Effects of myo-inositol in women with PCOS: a systematic review of randomized controlled trials. Gynecological endocrinology: the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology. 2012. Vol. 28, no.7, p. 509-515. Не є лікарським засобом. Протокол випробувань Міофолік №1749 від 31.05.2018.

## резонатив®

- Профілактика резус-конфлікту у резус-негативних жінок<sup>1</sup>
- Антенатальна та постнатальна профілактика<sup>1</sup>
- Доведена ефективність, безпечність та переносимість<sup>2-6</sup>

### Склад:

- анти-D імуноглобулін людини
- Розчин для ін'єкцій
- 1 мл містить 625 МО (125 мкг)
- 2 мл містить 1250 МО (250 мкг)

### Спосіб застосування та дози:

Резонатив слід вводити внутрішньом'язово

### Антенатальна профілактика:

Планова: 28-30 тижнів вагітності – 1250 МО (2 мл)

При ускладненнях:

До 12 тижнів вагітності – 650 МО (1 мл)

Після 12 тижнів – 1250 МО (2 мл)

### Постнатальна профілактика:

Впродовж 72 годин після пологів за умови народження резус-позитивної дитини – 1250 МО (2 мл)



ВІДПУСКАЄТЬСЯ ЗА РЕЦЕПТОМ ЛІКАРЯ. Р. П. в Україні № UA/14323/01/01 від 16.04.2015 № 222. Заявник. Октафарма Фармацевтика Produktionsges. м.БХ, Оберлаасштрассе 235, А-1100 Відень, Австрія. Octapharma Pflanzmazeduka Produktionsges. м.БХ, Oberlaaser Strasse 235, А-1100 Vienna, Austria. Посилання: <sup>1</sup> Резонатив. Інструкція по застосуванню. <sup>2</sup> Post-marketing surveillance of the use of Rhesonativ® 1250 IU (human immunoglobulin/anti-D) in Irish obstetric in-patients. Boyle N. Study report of the Irish post-marketing surveillance initiative, 2001 <sup>3</sup> Antenatal prophylaxis of Rh immunization with 250 µg anti-D immunoglobulin. Herman M. et al, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, supplement 124: 3-14, 1984 <sup>4</sup> Prevention of Rh Immunization in Finland - A National Study, 1969-1977. Eklund J. et al, Acta Paediatrica Scandinavica, supplement 274, 1978 <sup>5</sup> Rh-antistoffe hos kvinner som har fått profylaktisk behandling mot Rh-immunisering. Foredrag oed Technicon Skandinavisk Symposium, Stockholm. Oerjasoeter H. February, 2-3, 1971 <sup>6</sup> Clinical Experience with the prevention of Rh-isoinmunization: A Historical Comparative Analysis. Keith L. et al, Am. Journal of Reproductive Immunology 1, 5:84-89, 1984.

Вся інформація про лікарські засоби та їх застосування представлена для ознайомлення і не може вважатися настановою для самостійної діагностики та лікування. Інформація призначена виключно для медичних та фармацевтичних працівників.



**Т.Ф. Татарчук**, д. мед. н., професор, чл.-кор. НАМН України, заступник директора з наукової роботи та завідувач відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»; **О.О. Ковальов**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри онкології Запорізької медичної академії післядипломної освіти; **Н.Ю. Педаченко**, д. мед. н., професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика; **О.В. Булашенко**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; **О.М. Носенко**, д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету МОЗ України; **В.І. Ошовський**, д. мед. н., керівник медичного центру «Уніклініка»

# Раціональний підхід у менеджменті розповсюджених гінекологічних нозологій

## За матеріалами конференції

**10 вересня під науковим керівництвом Асоціації акушерів-гінекологів України за підтримки компанії Амакса відбулася науково-практична конференція «Актуальні питання гінекології». Під час заходу провідні вітчизняні спеціалісти висвітлили найбільш актуальні для сьогодення проблеми сучасного акушерства й гінекології та оптимальну тактику ведення пацієнтів із цими захворюваннями. Захід проходив у форматі живого спілкування та обміну досвідом, який дав змогу кожному присутньому по закінченні доповідей отримати вичерпні відповіді від експертів на конкретні питання, що виникають у рутинній клінічній практиці лікаря, а отже, вдосконалити свою майстерність.**

**Ключові слова:** менопаузальний синдром, клімактеричний період, циміцифуга, *Vitex agnus-castus*, мастодія, масталгія, синдром полікістозних яєчників, міо-інозитол, гемолітична хвороба, реус-конфлікт.



Конференцію відкрив академік НАМН України, завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, директор Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини, доктор медичних наук, професор В'ячеслав Володимирович Камінський. Він привітав усіх присутніх на цьому науково-практичному заході, що зібрав вітчизняних професіоналів галузі, і побажав учасникам конференції плідної роботи.

Робочу версію клінічної настанови та протоколу «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді» представила у своїй доповіді член-кореспондент НАМН України, заступник директора з наукової роботи та завідувач відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» (м. Київ), доктор медичних наук, професор Тетяна Фефанівна Татарчук.



Тема менопаузальних порушень потребує детального вивчення зусіб, оскільки, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно третину свого життя середньостатистична жінка перебуває в гіпоестрогенному стані. У 2021 році був розроблений проект Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при менопаузальних порушеннях та інших розладах перименопаузального періоду. Метою протоколу було забезпечити організацію надання медичної допомоги, встановити єдині вимоги щодо діагностики та лікування пацієнток із симптомами менопаузи, рекомендувати використання критеріїв STRAW+10 (2011) щодо періодів клімактерію всім спеціалістам системи охорони здоров'я.

Для діагностики розладів перименопаузального періоду лікарям-гінекологам було рекомендовано:

- використання критеріїв STRAW+10, крім жінок із синдромом полікістозних яєчників, передчасною недостатністю яєчників, у жінок, яким введено внутрішньоматкову систему з левоноргестрелом, також після видалення ендометрія, одного яєчника та/або гістеректомії;

- у жінок від 40 до 45 років із симптомами менопаузи – використання тесту на фолікулостимулюючий гормон, крім жінок, що використовують комбіновану естроген-гестагенну контрацепцію або високі дози гестагену;
- фізикальне обстеження – визначення індексу маси тіла, окружності живота, артеріального тиску;
- обстеження органів малого таза – проведення дослідження шийки матки у дзеркала, бімануального дослідження;
- мамографія.

Слід розуміти, що циміцифуга не є фітоестрогеном і не має прямої естрогенної активності. Основні її ефекти спрямовані на зниження вазомоторних симптомів (виражений позитивний вплив), кісткове ремоделювання (помірна позитивна дія) та вагінальний епітелій (незначний позитивний вплив); при цьому циміцифуга практично не впливає або чинить антиестрогенну дію на ендометрій, молочні залози, фактори згортання крові.

Важливим моментом є можливість комбінованого використання та переключення між препаратом циміцифуги – Сімідона, Британської компанії Амаха LTD, та менопаузальною гормональною

терапією (МГТ). При вивченні поведінки пацієнток, які приймали препарати для усунення симптомів менопаузи, було відмічено такі особливості терапії: 55% жінок переходять із МГТ на Сімідону форте, 28% пацієнток – на Сімідону уно. Оскільки додавання Сімідони до МГТ дозволяє знизити дозу останньої без втрати ефективності, відмічалось використання комбінації МГТ із Сіміданою форте у 52% жінок, із Сіміданою уно – у 34% пацієнток.

Щодо профілю безпеки, то в дослідженні А.М. Веєр (2013) відзначається висока безпечність препарату Сімідона загалом, і зокрема його впливу на естрогенчутливі органи та печінку.

Професор Т.Ф. Татарчук наголосила, що лікування менопаузальних порушень має бути персоналізованим. На сьогоднішній день пошук оптимальної терапії роблять простішими протоколи, які мають потужну доказову базу. Призначення безпечних й ефективних засобів та методик для корекції менопаузальних порушень дозволяє значно покращити якість життя жінок у цей період.

Лікування симптомів менопаузи включає варіанти:

- немедикаментозне;
- медикаментозне негормональне;
- медикаментозне гормональне.

Менопаузальна гормональна терапія (МГТ) залишається найбільш ефективною терапією вазомоторних симптомів та урогенітальної атрофії. Однак не слід рекомендувати МГТ без чітких показань до її використання, тобто значимих симптомів або фізичних ефектів дефіциту естрогену. МГТ необхідно індивідуалізувати й адаптувати відповідно до симптомів та необхідності їх профілактики, а також особистого й сімейного анамнезу, результатів відповідних досліджень, побажань та очікувань жінки.

Також важливо зосереджувати увагу на факторах способу життя як на частині первинної профілактики, включаючи фізичні вправи, адекватне споживання кальцію/вітаміну D, відмову від куріння, надмірного вживання алкоголю та кофеїну, підтримання оптимальної ваги та зменшення стресу.

Доповідач більш докладно зупинилася на медикаментозному негормональному лікуванні менопаузального синдрому, що здатне покращити якість життя та загальний стан жінки, забезпечивши профілактику обмінних порушень. До такого виду терапії належить застосування циміцифуги (*Cimicifuga racemosa*) – однієї з найбільш уживаних рослин у фітотерапії при лікуванні менопаузальних вазомоторних розладів.

Терапевтичний вплив препаратів циміцифуги зумовлений антиоксидантним, протизапальним, серотонінергічним ефектами тритерпенових глікозидів, що діють подібно до селективних модуляторів рецепторів естрогену (Garita-Hernandez M., 2006; Wuttke W., Jagy H., 2003).

Слід розуміти, що циміцифуга не є фітоестрогеном і не має прямої естрогенної активності. Основні її ефекти спрямовані на зниження вазомоторних симптомів (виражений позитивний вплив), кісткове ремоделювання (помірна позитивна дія) та вагінальний епітелій (незначний позитивний вплив); при цьому циміцифуга практично не впливає або чинить антиестрогенну дію на ендометрій, молочні залози, фактори згортання крові.

Важливим моментом є можливість комбінованого використання та переключення між препаратом циміцифуги – Сімідона, Британської компанії Амаха LTD, та менопаузальною гормональною

терапією (МГТ). При вивченні поведінки пацієнток, які приймали препарати для усунення симптомів менопаузи, було відмічено такі особливості терапії: 55% жінок переходять із МГТ на Сімідону форте, 28% пацієнток – на Сімідону уно. Оскільки додавання Сімідони до МГТ дозволяє знизити дозу останньої без втрати ефективності, відмічалось використання комбінації МГТ із Сіміданою форте у 52% жінок, із Сіміданою уно – у 34% пацієнток.

Щодо профілю безпеки, то в дослідженні А.М. Веєр (2013) відзначається висока безпечність препарату Сімідона загалом, і зокрема його впливу на естрогенчутливі органи та печінку.

Професор Т.Ф. Татарчук наголосила, що лікування менопаузальних порушень має бути персоналізованим. На сьогоднішній день пошук оптимальної терапії роблять простішими протоколи, які мають потужну доказову базу. Призначення безпечних й ефективних засобів та методик для корекції менопаузальних порушень дозволяє значно покращити якість життя жінок у цей період.



У продовження теми оптимізації лікування жінок у клімактеричному періоді із доповіддю «Роль препарату *Vitex agnus-castus* Префемін у терапії нециклічної мастодії у перименопаузальних жінок із непухлиним ураженням молочних залоз» виступив завідувач кафедри онкології Запорізької медичної академії післядипломної освіти, доктор медичних наук, професор Олексій Олексійович Ковальов.

Свою увагу він приділив препарату Префемін, Британської компанії Амаха LTD, рослинного походження на основі *Vitex agnus-castus* (чернечий перець, або прутняк звичайний, Ze 440), який використовується в лікуванні передменструального синдрому (ПМС) та порушень менструального циклу. Основний механізм дії даного засобу характеризується такими особливостями (Drug Safety 28.4, 2005):

- містить іридоїди, флавоноїди, дитерпеноїди, ефірні олії, кетостероїди;
- чинить гормоноподібну дію;
- підвищує синтез лютеїнізуючого гормону (ЛГ) та прогестерону через опосередкований вплив на гіпоталамо-гіпофізарну систему;
- інгібує вивільнення пролактину;
- проявляє дофамінергічну активність, зв'язуючи D<sub>2</sub>-рецептори;
- має антиоксидантні властивості;
- підвищує рівень ендогенних опіоїдів.

Як відомо, на сьогодні не існує уніфікованих міжнародних стандартів при виготовленні фітопрепаратів. Проте висновки монографії Європейського Союзу «European Union Herbal Monograph on *Vitex Agnus-Castus* L., Fructus» (2018) засвідчують, що оптимальною лікарською формою *Vitex agnus-castus* є препарат з постійною концентрацією сухого екстракту діючої речовини 6-12:1. На фармацевтичному ринку таким є препарат Ze 440 – Префемін, Британської компанії Амаха LTD, який довів свої переваги при лікуванні циклічної мастодії та інших симптомів ПМС.

Професор О.О. Ковальов представив цікаві дані власних досліджень, які вивчали ефективність Префеміну при нециклічній мастодії у жінок із доброякісними

Продовження на стор. 24.

**Т.Ф. Татарчук**, д. мед. н., професор, чл.-кор. НАМН України, заступник директора з наукової роботи й завідувач відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»; **О.О. Ковальов**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри онкології Запорізької медичної академії післядипломної освіти; **Н.Ю. Педаченко**, д. мед. н., професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика; **О.В. Булавенко**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; **О.М. Носенко**, д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету МОЗ України; **В.І. Ошовський**, д. мед. н., керівник медичного центру «Уніклініка»

## Раціональний підхід у менеджменті розповсюджених гінекологічних нозологій

За матеріалами конференції  
Продовження. Почапок на стор. 23.

новоутвореннями молочних залоз. Метою спостереження було вивчення впливу рослинного засобу Префемін на вираженість хронічного больового синдрому (нециклічної мастодинії) у пацієнок із дифузним непухлинним ураженням молочних залоз – фіброзно-кістозною мастопатією.

До досліджуваної групи ввійшло 30 молодих жінок у пременопаузі віком від 22 до 43 років із різноманітними видами мастопатії, а також боєм у молочних залозах тривалістю не менше 3 міс: 12 із них мали дифузний фіброаденоматоз, 18 – дифузний цистофіброаденоматоз (дрібнокістозний варіант) й дуктєктазію молочної залози. Учасниці досліджування отримували препарат Префемін (Ze 440) у дозі 20 мг по 1 таблетці на добу протягом 3 міс. Слід зауважити, що під час проведення досліджень всі ко-анальгетики були виключені з призначень пацієнткам.

Оцінка рівня масталгії здійснювалася жінками самостійно за допомогою опитувальника болю в молочних залозах Breast Pain Questionnaire (BPQ), а також візуально-аналогової шкали (ВАШ) оцінки больового синдрому. Вираженість больових відчуттів класифікували як легку (1-3 бали), помірну (4-6 балів) та тяжку (7-10 балів).

До початку лікування масталгія легкого ступеня була діагностована у 4 жінок, середнього ступеня тяжкості (тривожна і болісна) – у 20, тяжкого ступеня («жахливий» біль) – у 6 пацієнок. У 95% жінок біль у молочних залозах був постійним, однак усі досліджувані відзначали посилення больових відчуттів у передменструальний період. Крім масталгії жінки скаржилися на дискомфорт, набряклість, відчуття розпирання грудей та прихід молока, поколювання в ділянці сосків, появу прозорих або світло-жовтих виділень при надавлюванні, дратівливість, зміни настрою.

Результат тримісячного лікування Префеміном виявився вражаючим: у всіх (100%) пацієнок із легким та тяжким ступенем масталгії й у 90% жінок із помірним ступенем больовий синдром повністю регресував. Із початком терапії також було зафіксовано зниження інтенсивності набухання молочних залоз та припинення виділень із сосків, однак зменшення щільності тканини залоз відмічено не було. Варто додати, що на фоні терапії у двох жінок настала бажана вагітність.

За ефективністю препарат Префемін перевищував дію піридоксину, сульфату магнію, флуоксетину й був зіставний із гормональним агоністом дофамінових рецепторів бромкриптином. Також відзначалася його хороша переносимість та відсутність побічних реакцій.

Таким чином, ключовою перевагою Префеміну, Британської компанії Атаха LTD, порівняно з іншими фітопрепаратами, виготовленими на основі Vitex agnus-castus, є високий та стійкий вміст діючої речовини, що забезпечує стабільний клінічний ефект навіть після короткочасного прийому. Потрібно розуміти, що Префемін не слід розглядати як профілактичний протипухлинний засіб (як і жоден інший фітопрепарат), однак він зарекомендував себе як ефективний та безпечний препарат при лікуванні небажаних проявів ПМС, а також симптомів циклічної й нециклічної мастодинії.



Питання «Менеджмент АМК та якість життя жінки. Як суттєво покращити результат?» висвітлювала у своєму виступі секретар Асоціації гінекологів-ендокринологів України, професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук **Наталія Юрївна Педаченко**.

Спікер представила дані власного дослідження, метою якого було визначити вплив дотації заліза та вітаміну D на якість життя жінок, що отримують патогенетичну терапію аномальних маткових кровотеч (АМК), спричинених аденоміозом і/або поліпами ендометрія. Тема дослідження була вибрана не випадково, адже хронічні маткові кровотечі є поширеною проблемою серед жінок репродуктивного віку, яку вони часто відмовляються помічати.

У пацієнок з АМК на фоні аденоміозу, а також при поєднанні останнього з поліпами ендометрія відбувається зниження рівнів гемоглобіну та феритину, що вказує на розвиток вторинної залізодефіцитної анемії. Клінічно даний стан проявляється слабкістю, швидкою втомлюваністю, задишкою при незначних фізичних навантаженнях, ламкістю нігтів тощо. Безумовно, це впливає на фізичну, соціальну та емоційну якість життя жінки загалом.

До групи спостереження шляхом випадкової рандомізації було включено 114 пацієнок, середній вік яких становив 29,9±3,1 року, із хронічними АМК на фоні аденоміозу (АМК-А – n=89) та аденоміозу в поєднанні з поліпами ендометрія (АМК-А, П – n=25). У другій когорті пацієнткам призначалась гістерорезектоскопія.

Перед початком лікування в усіх жінок було визначено сироваткові концентрації гемоглобіну, феритину та рівня вітаміну D [25(OH)D]. Додатково за допомогою опитувальника SF-36 в учасниць спостереження оцінювали якість життя, зокрема визначали психологічний та фізичний компоненти здоров'я.

До основної групи увійшло 58 пацієнок: 46 жінок з АМК-А та 12 – з АМК-А,П. У цих підгрупах пацієнткам було призначено дієност по 2 мг щодня протягом 3 міс (жінкам з АМК-А,П препарат призначався після виконання гістерорезекції та патоморфологічного виключення атипії). Учасниці основної групи додатково до терапії АМК приймали вітамінний комплекс Прегна-5, Британської компанії Атаха LTD, до складу якого входять: 30,0 мг елементарного заліза, 2000 МО вітаміну D<sub>3</sub>, 800,0 мкг фолатів (фолієва кислота 400,0 мкг, метаболічно активний метилтетрагідрофолат 400,0 мкг), 200,0 мкг йоду, 438,6 мг риб'ячого жиру (докозагексаєнова кислота 250,0 мг). Цей препарат жінки застосовували по 1 капсулі на добу також протягом 3 міс.

Контрольна група включала 56 пацієнок (43 жінки – з АМК-А та 13 – з АМК-А,П), яким призначали дієност 2 мг/добу для лікування АМК без додаткового призначення вітамінних препаратів.

Після 3-місячного лікування для оцінки його ефективності у жінок повторно визначали рівні гемоглобіну, феритину та вітаміну D, а також проаналізували тест SF-36. Було виявлено наступні зміни досліджуваних показників:

- рівень гемоглобіну статистично значущо підвищився в основній групі (від 111,3±3,2 до 125,3±4,7 г/л до та після лікування відповідно, p=0,0001, SMD [стандартизований розмір клінічного ефекту для повторних вимірювань] становив 3,49) порівняно з контрольною (від 111,6±3,6 до 115,6±6,0 г/л, p=0,001, SMD=0,81);
- рівень феритину більш значущо змінювався під час терапії у жінок основної групи (від 19,7±9,3 до 25,3±12,4 нг/мл до та після лікування відповідно, p=0,02, SMD=0,51) на відміну від контрольної (від 19,8±9,1 до 20,6±9,8 нг/мл, p=0,627, SMD=0,08);
- рівень 25(OH)D суттєво підвищився серед жінок основної групи (від 49,6±26,7 до 93,6±27,7 нмоль/л до та після лікування відповідно, p=0,0001, SMD=1,62) порівняно з контрольною (від 49,7±26,2 до 51,9±28,1 нмоль/л, p=0,655, SMD=0,08);
- аналіз оцінки динаміки показників якості життя за шкалою SF-36 у контрольній групі підтвердив

невелику тенденцію до покращення кожного з компонентів психічного та фізичного здоров'я, водночас жінки основної групи відмічали значне покращення загального самопочуття.

Таким чином, терапія АМК за рахунок дієност-асоційованої аменореї призводить до суттєвого збільшення рівня гемоглобіну крові протягом 3 міс спостереження, а також до тенденційного покращення показників за шкалою якості життя SF-36, особливо за рахунок емоційного компонента. Було доведено, що комплексне застосування етіопатогенетичної терапії та багатокомпонентного препарату Прегна-5 достовірно збільшувало сироваткові рівні гемоглобіну, феритину, 25(OH)D. При цьому спостерігалось істотне покращення показників якості життя за шкалою SF-36 на фоні загального покращення фізичного (p=0,001) та психологічного (p=0,001) компонентів здоров'я.

Відновлення нормального рівня гемоглобіну покращувало загальний показник фізичного здоров'я за шкалою SF-36 (лінійний коефіцієнт кореляції [r]=0,421, p<0,05) за рахунок зменшення обмежень через фізичні проблеми (r=0,529, p<0,05). При цьому психологічний компонент здоров'я поліпшувався на фоні підвищення емоційного самопочуття (r=0,353, p<0,05), зменшення обмежень внаслідок емоційного стану (r=0,322, p<0,05) та збільшення енергії (r=0,367, p<0,05).

Збільшення сироваткового рівня феритину зумовлювало найсильніший вплив на покращення як психологічного (r=0,660, p<0,05), так і фізичного (r=0,522, p<0,05) компонентів здоров'я.

Оптимізація сироваткового рівня вітаміну D найбільше впливала на покращення фізичного функціонування (r=0,431, p<0,05), зменшення обмежень через фізичне здоров'я (r=0,397, p<0,05), зниження суб'єктивного відчуття болю (r=0,445, p<0,05), що у сукупності істотно покращувало фізичне здоров'я жінок (r=0,494, p<0,05).

Препарат Прегна-5, Британської компанії Атаха LTD, як супровідний компонент основної терапії АМК довів свою клінічну ефективність у забезпеченні компенсації важливих дефіцитних станів, зокрема вторинної постгеморагічної залізодефіцитної анемії.



У доповіді «Особливості відновлення овуляторної функції у жінок із нормальним та підвищеним індексом маси тіла» завідувач кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, доктор медичних наук, професор **Ольга Василівна Булавенко** детально розглянула проблему ановуляції та безпліддя в контексті менеджменту синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ).

Інозитол, інша назва якого – вітамін B<sub>8</sub>, може вироблятися самим організмом (близько 3/4 добової потреби), тому його відносять до вітаміноподібних речовин. В останні кілька років інозитол привернув до себе велику увагу вчених усього світу, оскільки було доведено роль його недостатності в патогенезі СПКЯ. Ланцюг патогенетичних змін за дефіциту вітаміну B<sub>8</sub> відбувається через формування стійких метаболічних порушень – інсулінорезистентності, гіперандрогенії, гіперпролактинемії тощо. На сьогодні відкрито дев'ять стереоізомерів інозиту, проте клінічне значення серед них мають лише міо-інозитол (основний стереоізомер в організмі) та D-хіро-інозитол.

Ключовим моментом впливу інозиту на репродукцію є те, що підвищення концентрації міо-інозиту у фолікулярній рідині у передовуляторний та овуляторний періоди необхідне для процесу повноцінного дозрівання фолікулів і є маркером хорошої якості ооцитів. У чоловіків міо-інозитол впливає на функціонування сперматозоїдів, регулюючи осмолярність та об'єм сім'яної рідини, експресію білків, необхідних для ембріонального розвитку, і рухливість сперматозоїдів. Крім того, інозитол нормалізує чутливість тканин яєчників до інсуліну, гонадоліберину, фолікулостимулюючого гормону (ФСГ). Похідні інозиту відіграють першочергову роль у формуванні сигналів концентрації Ca<sup>2+</sup> у процесі дозрівання й активації ооцитів (Papaleo E., Unfer V., 2009).

Препарат Міофолік, Британської компанії Атаха LTD, створений для поліпшення загального метаболізму

органів і систем та для нормального функціонування репродуктивної системи зокрема. До складу препарату входять: 2000 мг міо-інозиту, який впливає на зниження резистентності до інсуліну та компенсаторної гіперінсулінемії, на відновлення овуляції, нормалізацію менструального циклу; 200 мкг фолієвої кислоти у формі глюкозамінової солі (6S)-5-метилтетрагідрофолату, що повністю засвоюється організмом, незалежно від можливої мутації гена метилтетрагідрофолатредуктази (C677T-поліморфізм); 2,5 мкг вітаміну B<sub>12</sub>, який є синергістом фолієвої кислоти, що підсилює та доповнює дію останньої, а також запобігає ризику розвитку дефіциту цього вітаміну. Рекомендований режим прийому Міофоліку – 2 саше на день, попередньо розчинених у склянці теплої води, впродовж 3-6 міс.

Важливо знати, що 30-40% населення мають C677T-поліморфізм. Однак у пацієнок із СПКЯ у 4 рази частіше, ніж у загальній популяції, зустрічається дане порушення фолатного циклу. Така генна мутація призводить до нездатності засвоювати фолієву кислоту з їжі або харчових добавок, внаслідок чого відбувається зниження рівня фолатів і підвищення рівня токсичного гомоцистеїну.

Міофолік містить активну форму фолієвої кислоти 4-го покоління зі стовідсотковою біодоступністю. Він може бути препаратом вибору в когорті жінок із СПКЯ.

Доповідач презентувала результати власного дослідження використання препарату Міофолік у жінок із різними фенотипами СПКЯ.

Критерії включення у дослідження:

- жінки із СПКЯ, які мали фенотип А (НА [гіперандрогенія] + OD [ановуляція] + PCOM [полікістозні яєчники]) із підвищеним ІМТ та фенотип А (НА + OD + PCOM) із нормальним ІМТ;
- репродуктивний вік – 25,2 року.

Критерії виключення: цукровий діабет 1-го та 2-го типів.

Досліджувані: група 1 – 30 пацієнок із фенотипом А (нормальний індекс маси тіла, ІМТ); група 2 – 30 пацієнок із фенотипом А (підвищений ІМТ).

Дослідження тривало з вересня 2020 року до березня 2021 року. У фокусі вивчення був препарат Міофолік, який учасниці дослідження приймали в дозі 2 саше на добу впродовж 3-6 міс.

Обстеження перед початком спостереження включало: визначення ІМТ, індексу вільного тестостерону, рівня прогестерону, пероральний глюкозолерантний тест (ПГТТ) (75 г глюкози), а також підтвердження за допомогою УЗД порушень оваріально-менструального циклу (мультифолікулярна структура яєчників, відсутність домінуючого фолікула або жовтого тіла). За вищепереліченими критеріями оцінювалась ефективність застосування препарату інозиту через 3 міс терапії.

Відзначено суттєве зниження ІМТ у жінок групи 2: з 28,65 до 26,2 кг/м<sup>2</sup>. У пацієнок групи 1 цей показник також знизився: з 24,3 до 23,9 кг/м<sup>2</sup>. Позитивна динаміка спостерігалася при визначенні андрогенного статусу організму, ПГТТ, інсуліну. Рівень прогестерону змінився наступним чином: у групі 1 – від 14,4 до 16,9 нг/мл, у групі 2 – від 3,08 до 8,2 нг/мл.

Застосування препарату Міофолік протягом 3 міс у групі жінок із надлишковою вагою достовірно знижувало ІМТ, а при пролонгуванні лікування до 6 міс сприяло нормалізації ваги (при дотриманні поведінкових стратегій та загальних принципів здорового харчування). В учасниць обох досліджуваних груп відновлення овуляторної функції та рівня андрогенів починалося з 3-4-го місяця застосування препарату.

Таким чином, Міофолік, Британської компанії Атаха LTD, добре зарекомендував себе як основний компонент індукції овуляції у жінок із СПКЯ.



У розрізі цієї поширеної проблеми виступила професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету МОЗ України, доктор медичних наук Олена Миколаївна Носенко з доповіддю «Менеджмент СПКЯ. Переваги Міофоліку при застосуванні препаратів інозиту». Вона наголосила на патогенетично зумовленій важливості

лікування інсулінорезистентності в рамках менеджменту СПКЯ, що базується на правильному харчуванні, фізичній активності та використанні інсуліносенситайзерів, включаючи міо-інозитол.

Загальновідомо, що різні органи виявляють різну потребу у співвідношенні «міо-інозитол/D-хіро-інозитол», пов'язану з певними функціями. Яєчники пацієнок із СПКЯ багаті на D-хіро-інозитол, а отже, не потребують поповнення цієї субстанції; до того ж її високий рівень зумовлює низьку якість ооцитів. Натомість міо-інозитол знижує рівень андрогенів (тестостерону й андростендіону), коригує показник співвідношення ЛГ до ФСГ, відновлює нормальний менструальний цикл та овуляцію, чим полегшує настання вагітності за рахунок адекватного синтезу прогестерону в лютеїновій фазі.

Також міо-інозитол підвищує чутливість полікістозних яєчників до гонадотропінів, що дає можливість знижувати необхідні дози ФСГ при екстракорпоральному заплідненні / інтрацитоплазматичній ін'єкції сперматозоїда (ЕКЗ/ІКСІ) у жінок із СПКЯ:

- на 500 МО – за даними A.S. Lagana et al. (2018) (p<0,00001);
- на 327 МО – за матеріалами X. Zheng et al. (2017) (p<0,007).

Результати проведеного метааналізу (Zheng X. et al., 2017) 6 РКД (913 жінок із СПКЯ у циклах ЕКЗ/ІКСІ) продемонстрували збільшення частоти настання клінічної вагітності, якій передувало лікування міо-інозитолом: 33,3% проти 27,6% (відношення шансів 1,45; 95% довірчий інтервал [ДІ] 1,04-1,96, p<0,03). Також автор повідомляє про зниження числа викиднів на 27% (95% ДІ 0,08-0,50, p<0,0006).

Отже, препарат Міофолік, Британської компанії Атаха LTD, рекомендовано застосовувати у період прекоцепційної підготовки у жінок із СПКЯ та безпліддям. Прийом у дозі 4 г на день, розпочатий за 3 міс

до початку контрольованої оваріальної стимуляції, значно впливає на поліпшення гормональної відповіді. Зокрема, зменшується рівень рекомбінантного ФСГ, необхідного для оптимального розвитку фолікулів, а також рівень естрадіолу в день тригера овуляції, що знижує ризик розвитку синдрому гіперстимуляції яєчників. Як наслідок, збільшується вірогідність бажаної вагітності.



Керівник медичного центру «Уні-клініка», спеціаліст із медицини плода, доктор медичних наук Віктор Іванович Ошовський у доповіді «Резус-конфлікт: злочин з багатьма невідомими» висвітлив тему материнської ізоімунізації та можливості її профілактики.

Усі вагітні з негативним резус-фактором мають бути обстежені на наявність антитіл під час

першого візиту й у терміні 28 тижнів. Наявність сенсibiliзації позбавляє необхідності введення імуноглобуліну антирезус [Rh<sub>0</sub>(D)] людини. На сьогодні відомо про поліморфізм антигена D: слабкий (Weak RhD) тип не викликає алоімунізації й не потребує профілактики, частковий (Partial RhD) – може викликати сенсibiliзацію організму матері, потребує профілактики. Введення Rh<sub>0</sub>(D) є основою профілактики гемолітичної хвороби плода. З цієї метою був створений препарат Резонатив (Octapharma), 1 мл якого містить 625 МО (125 мкг) Rh<sub>0</sub>(D) людини. Значний досвід його застосування (з 1969 р.), введення понад 2 млн доз у всьому світі, вкрай низький вміст Rh<sub>0</sub>(D), високий рівень вірусної інактивації, що проводиться під міжнародним контролем, вказують на його доведену ефективність та відмінну переносимість.

Безпечність Резонативу вивчалася у постмаркетинговому наглядному дослідженні в Ірландії (2001), де було проведено 7263 введення препарату. Період спостереження тривав 27 міс, і за цей час були відмічені лише два небажані явища – незначна нудота та біль у місці введення – у 0,03% учасниць (Boyle N., 2001).

Резонатив є обґрунтованою терапевтичною опцією для використання у резус-негативних вагітних жінок, що не є сенсibiliзованими, а також невід'ємною складовою післяпологової профілактики протягом 72 год у випадку народження резус-позитивної дитини.

Під час проведення цікавого й насиченого науково-практичного заходу, що зібрав як досвідчених експертів, так і починаючих молодих фахівців, у професійному колі обговорювалися різнопланові, але вкрай важливі питання сучасного акушерства та гінекології. Запропонований організаторами формат конференції дозволив учасникам заходу не тільки отримати найновіші наукові дані, почути думки провідних експертів щодо нагальних питань галузі, а й обмінятися практичним досвідом із колегами.

Підготувала **Наталія Довбенко**

## КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ



**Невідкладна урологія в практиці лікарів хірургічного профілю / За ред. В.І. Горового, В.О. Шапринського, Г.В. Чайки, І.В. Барала, О.М. Капшук. — Вінниця: Твори, 2018. — 824 с.; іл.**

У навчальному посібнику висвітлено проблематику гострих урологічних захворювань і синдромів, уражень сечостатевої системи, із якими стикаються урологи та лікарі хірургічного профілю. Представлено причини цих станів і захворювань, їх симптоматологію та сучасні принципи лікування. Розглянуто клінічну анатомію сечостатевої системи і техніку виконання основних невідкладних операцій на них. Описано власні оригінальні класифікації, способи діагностики та лікування деяких невідкладних урологічних захворювань.

Видання пропонується для практичного використання урологам, хірургам, акушерам-гінекологам, судинним хірургам, онкологам, травматологам, анестезіологам, нейрохірургам, лікарям швидкої медичної допомоги, клінічним ординаторам, інтернам, а також студентам медичних вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації.

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