

## Національний проект «Нове життя»: його практична значимість та науковий супровід



*В Україні триває реалізація Національного проекту «Нове життя — нова якість охорони материнства і дитинства», метою якого є зниження рівня дитячої та материнської смертності шляхом створення мережі перинатальних центрів третього рівня надання медичної допомоги у всіх регіонах України. Розповісти, як іде реалізація Національного проекту, чому для зниження материнської та дитячої смертності вибрано саме шлях створення мережі перинатальних центрів, яку роль у реалізації проекту відіграє провідна науково-дослідна установа, що опікується наданням медичної допомоги вагітним, роділлям та дітям від народження до 18 років — ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України» (далі — Інститут), ми попросили директора Інституту, академіка НАМН України Юрія Антипкіна.*

— Юрію Геннадійовичу, розкажіть, будь ласка, в чому полягає сутність перинатального центру, чим він відрізняється, скажімо, від звичайного пологового будинку?

— Спробую пояснити на прикладі нашого Інституту. Його було організовано у 1929 р., але повномасштабну роботу він почав здійснювати з 1980 р., коли було побудовано і відкрито акушерський корпус. Створення комплексу акушерської та педіатричної клінік в одному місці на той час було унікальним, ніде в СРСР такого поєднання не було. В чому ж його унікальність? По суті кажучи, ще у 80-ті роки ХХ ст. в Україні було створено прототип сучасного перинатального центру — структурно-адміністративної одиниці, на базі якої жінка починає спостерігатися ще до настання вагітності, весь період вагітності, народжує в цьому закладі, і потім дитина спостерігається в педіатричній клініці стільки, скільки це необхідно за станом її здоров'я.

На жаль, на сьогодні в Україні показники дитячої та материнської смертності гірші, ніж у країнах Європейського Союзу. Як же причини цього? Перш за все, це фактори, пов'язані з перинатальним періодом, а саме перебіг вагітності, стан здоров'я вагітної, перебіг пологів, стан здоров'я новонародженого та дитини в подальшому.

Широкомасштабні довготривалі епідеміологічні дослідження, які проводяться Інститутом на виконання завдання ВООЗ у рамках програми «Діти 90-х», показали, що у 5 великих промислових містах, а саме: Дніпродзержинськ, Маріуполь, Красний Луч, Харків і Київ (контрольним містом був Івано-Франківськ), здорових дітей народжується всього 8–10%. У цьому і є основна причина таких поганих статистичних показників.

Тому зараз необхідно максимально звернути увагу саме на вдосконалення перинатальної служби шляхом створення перинатальних центрів — тобто потужних комплексів надання акушерської, неонатальної та педіатричної допомоги. У них має здійснюватися на сучасному рівні пе-

ринатальна діагностика вад розвитку, проводиться моніторинг функціонування усіх систем плода протягом усієї вагітності. Ще одним важливим моментом є катамнез — тобто такі діти мають спостерігатися ще протягом 3 років.

Пологодопоміжна служба, яка існує в Україні на сьогодні, не може цього забезпечити. Тому зараз все робиться для того, щоб найкращі світові перинатальні технології з доведеною ефективністю, моделі організації перинатальної служби, включаючи досвід нашого Інституту, були впроваджені в діяльність перинатальних центрів III рівня.

— В чому особливість III рівня надання акушерської допомоги?

— Якщо II рівень надання акушерської допомоги — це пологові будинки, в яких народжують жінки без будь-яких відхилень у стані здоров'я протягом вагітності, то заклади III рівня — перинатальні центри — надаватимуть медичну допомогу жінкам із наявною будь-якою екстрагенітальною патологією чи у разі патологічного перебігу вагітності. В них має бути представлений більш ширший профіль спеціалістів з вищим рівнем кваліфікації, і жінка, а згодом і народжена нею дитина, будуть отримувати всю необхідну допомогу протягом періоду вагітності, пологів і в постнатальний період. Існує ще вищий рівень — коли мова йде про високоспеціалізовану перинатальну медицину — в Україні таку допомогу вагітним і породіллям надає і наш Інститут.

— Яка роль Інституту і НАМН України в реалізації Національного проекту «Нове життя»?

— Перед тим, як ввести в дію перинатальні центри, була проведена копітка робота, до якої активно залучалися співробітники нашого Інституту. Необхідно було розробити нормативно-правову документацію, яка регламентуватиме роботу перинатальних центрів. Це вимоги до приміщень, обладнання, кадрів, штатний розпис, завантаженість ліжок, табелі оснащення, санітарно-гігієнічні вимоги, взаємозв'язок

роботи перинатальних центрів, порядок направлення жінок з II рівня на III і з III — до високоспеціалізованих закладів. Ці документи підготовлено спеціалістами Інституту та МОЗ України в рамках робочої групи Національного проекту «Нове життя — нова якість охорони материнства і дитинства». Керуючись цими нормативно-правовими документами, в регіонах будуть проведені внутрішні та зовнішні аудити. Для цього створені спеціальні групи фахівців НАМН, МОЗ України та представників Національного проекту які виїжджають в регіони і здійснюють оцінку рівня готовності тих лікувально-профілактичних закладів, які претендують стати перинатальним центром III рівня.

Дуже важливо, що в рамках цього проекту за ініціативою Президента НАМН України академіка А.М. Сердюка та за підтримки Президії НАМН України прийнято рішення не обмежувати надання високоспеціалізованої медичної допомоги вагітним лише межами Інституту, а залучити до цього усі наукові установи Академії. Адже якщо жінка має важку екстрагенітальну патологію, таку як цукровий діабет, вада серця, гепатит тощо, то вона має спостерігатися відповідними спеціалістами в період вагітності. Для цього зараз у всіх клінічних інститутах НАМН України розгортаються ліжка, організовується багатопрофільна високоспеціалізована медична допомога вагітним. Наприклад, якщо у період вагітності у жінки діагностують тяжку серцево-судинну патологію, за необхідності оперативного втручання вона може бути розроджена в Інституті серцево-судинної хірургії і прооперована відповідно до її патології. Якщо у плода діагностовано вроджену ваду серця, яка потребуватиме невідкладної хірургічної корекції одразу після народження, то така жінка спостерігатиметься у нашому Інституті, за необхідності термінового оперативного втручання у дитини жінка може бути розроджена в нашому Інституті або в Інституті серцево-судинної хірургії, і дитина одразу буде прооперована. Поряд

з цим на ефективність такої практики вказує, наприклад, нещодавній випадок, коли жінка при доношеній вагітності була прооперована з приводу пухлини головного мозку, і одночасно їй було зроблено кесарів розтин.

Крім того, слід зазначити, що одним з основних напрямків наукової діяльності Інституту було й залишається вивчення впливу на перебіг вагітності, пологів, розвиток плода і стан здоров'я дитини після народження різних видів екстрагенітальної патології. Цим питанням ніхто в Україні не займався на такому серйозному рівні, як наш Інститут. Цей напрямок має дуже велике значення, адже кількість вагітних з ек-

трагенітальною патологією постійно збільшується. Серед екстрагенітальної патології переважають цукровий діабет, який суттєво впливає на перебіг вагітності та внутрішньоутробний розвиток плода, вроджені й набуті вади серця у вагітних тощо.

— Чи планується запровадження у перинатальних центрах або на базі Інституту методики внутрішньоутробної корекції вад розвитку плода? На скільки такі методики ефективні?

— На сьогодні американські вчені розробили унікальну методику корекції вроджених вад серця у плода, але вона ще не підтвердила свою ефективність. Крім того, слід зважати на певні ризики

для матері та плода при запровадженні фетальної кардіохірургії. У разі інших вад розвитку, таких як діафрагмальна грижа, результати їх внутрішньоутробної корекції кращі. При своєчасному проведенні внутрішньоутробно оклюзії трахеї значно рідше розвивається гіпоплазія легень і тяжка легенева гіпертензія, і такі діти виживають. Інститут готується до запровадження подібних методик в Україні, але стримуючим фактором є необхідність придбання відповідної фетоскопічної та іншої сучасної апаратури, яка є високоартістною.

*Олександр Устінюв,  
фото Сергія Бека*

## Реферативна інформація

### Антигіпертензивні препарати знижують ризик розвитку інсульту у пацієнтів з нормальним і високим нормальним тиском

Результати метааналіза І. Сіпахі і соавторів (2011) показали, що антигіпертензивна терапія у пацієнтів з нормальним і високим нормальним артеріальним тиском (АД) статистично значимо знижує їх підвразненість інсульту.

Напомним, що в соответствии с требованиями Европейского общества по артериальной гипертензии (European Society of Hypertension — ESH) и Европейского кардиологического общества (European Society of Cardiology — ESC) под нормальным понимают уровень систолического АД, равный 120–129 мм рт. ст., диастолического — 80–84 мм рт. ст., высоким нормальным — 130–139 и 85–89 мм рт. ст. соответственно. Авторы метаанализа, руководствуясь классификацией Международного общества по артериальной гипертензии (International Society of Hypertension — ISH), действующей в США, рассматривали уровень АД, равный 120–139 и 80–89 мм рт. ст. соответственно как состояние прегипертензии. Однако эти различия в трактовке показателей АД не могли повлиять на оценку полученных результатов, поскольку концепция метаанализа от этого не нарушилась.

Метаанализ включил 16 рандомизированных контролируемых испытаний (14 — двойных слепых и 2 — односторонних слепых) с общим количеством пациентов — 70 664, исходное систолическое АД которых составило 120–140 мм рт. ст., диастолическое — <90 мм рт. ст. Все они принимали либо антигіпертензивні препарати (інгібітори ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), антагонисты кальция, антагонист кальция и ИАПФ, ИАПФ и/или антагонист кальция), либо плацебо.

Результаты анализа свидетельствуют, что у испытуемых, принимавших антигіпертензивні препарати, случаев инсульта было на 22% меньше (относительный риск — 0,78; 95% доверительный интервал — 0,71–0,86;  $p < 0,000001$ ) по сравнению с лицами, получавшими плацебо, причем снижение риска развития инсульта отмечено при применении всех перечисленных классов антигіпертензивных средств. Так, в группах пациентов, принимавших ИАПФ и антагонисты кальция, риск развития инсульта был снижен примерно на 25%, БРА — на 15% по сравнению с плацебо. Имеют ли диуретики, блокаторы  $\alpha$ -адренорецепторов и блокаторы  $\beta$ -адренорецепторов положительный эффект в плане снижения риска развития инсульта у этих пациентов — выяснить не удалось в связи с отсутствием соответствующих исследований. Статистически значимого снижения частоты инфаркта миокарда на фоне антигіпертензивной терапии не выявлено, тем не менее, отмечена тенденция к снижению риска его развития, главным образом при применении ИАПФ.

Текущий анализ представил данные о том, что для предотвращения одного инсульта антигіпертензивную терапию необходимо применять у 169 пациентов в среднем в течение 4,3 года (показатель number needed to be treated). По мнению

ведущего автора исследования Илке Сипахи (Ilke Sipahi) из Западного резервного университета Кейза (Case Western Reserve University), Кливленд, США, это лучший показатель в сравнении с аналогичным при применении статинов (642 пациента в течение 5 лет соответственно). К тому же, по его мнению, антигіпертензивные препараты могли бы быть более рентабельным средством предупреждения инсульта, нежели статины.

Вместе с тем, он признал, что несмотря на положительные результаты, такой подход у всех без исключения пациентов данной категории является излишним: ввиду побочных эффектов антигіпертензивной терапии (гиперкалиемия, артериальная гипотензия и головокружение, особенно у людей пожилого возраста) и других причин. Антигіпертензивная терапия у пациентов с АД 120–139 мм рт. ст. может быть целесообразной лишь у лиц с относительно высокой степенью риска развития инсульта — курильщиков, при наличии сопутствующей патологии (сахарного диабета, гиперлипидемии).

Доктор медицины Ричард Аткинсон (Richard Atkinson) из Медицинского центра Саттер (Sutter Medical Center), Сакраменто, США, комментируя исследование, отметил, что, скорее всего, полученные результаты не повлекут изменения в текущих руководствах, согласно которым снижение АД целесообразно до уровня <140/90 мм рт. ст., а медикаментозное лечение лиц с нормальным и высоким нормальным АД не рекомендовано из-за отсутствия проспективных рандомизированных исследований, в которых было бы изучено влияние такой терапии на снижение у них риска развития сердечно-сосудистых событий. Однако результаты метаанализа, по его словам, стали напоминанием о том, что даже лица с относительно низким АД должны принимать меры по снижению риска развития инсульта.

По мнению авторов метаанализа, назначать антигіпертензивную терапию всем без исключения пациентам с нормальным и высоким нормальным АД, конечно же, не следует, однако полученные выводы заслуживают того, чтобы как минимум быть обсужденными в широких медицинских кругах и взятными на вооружение.

**Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R. et al.; National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee (2003) The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA, 289(19): 2560–2572.**

**Mancia G., De Backer G., Dominiczak A. et al. (2007) 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur. Heart J., 28(12): 1462–1536.**

**Sipahi I., Swaminathan A., Natesan V. et al. (2011) Effect of antihypertensive therapy on incident stroke in cohorts with prehypertensive blood pressure levels: a meta-analysis of randomized controlled trials. Stroke, 2011, DOI: 10.1161.**

*Ювета Щербак  
по материалам stroke.ahajournals.org*