

Как родить здорового ребенка?

26–27 апреля 2012 г. в Национальной медицинской академии последипломного образования (НМАПО) им. П.Л. Шупика под эгидой Министерства здравоохранения Украины, НМАПО им. П.Л. Шупика, Ассоциации перинатологов Украины прошел Первый международный конгресс по перинатальной медицине на тему «Перинатальная медицина: от семейной амбулатории до частной клиники». Отечественные и зарубежные специалисты (США, Швейцария, Россия, Израиль) поделились опытом в таких направлениях, как акушерство, гинекология, перинатология, неонатология и медицинская генетика. Особый интерес вызвали аспекты проведения партнерских родов, необходимость введения в акушерскую практику элементов перинатальной психологии, вопросы предотвращения невынашивания беременности, а также профилактики перинатальной ВИЧ-инфекции.



Доклад Юрия Вдовиченко, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии НМАПО им. П.Л. Шупика, члена-корреспондента НАМН

Украины, президента Ассоциации перинатологов Украины (Киев), был посвящен такой актуальной теме, как партнерские роды (ПР), а именно их медико-социальным и психологическим аспектам.

На сегодня ПР являются не столько данью моде, сколько объективной необходимостью, которую стоит вводить грамотно и повсеместно. Ю. Вдовиченко поделился результатами международных и отечественных исследований по вопросу ПР и призвал коллег — акушеров-гинекологов, перинатологов, неонатологов — к дискуссии по проблеме внедрения ПР в Украине.

Одной из причин необходимости распространения в стране ПР Ю. Вдовиченко назвал акушерскую агрессию — ятрогенные действия, обусловленные материальным фактором или профессиональной некомпетентностью, которые способствуют повышению частоты осложнений беременности, родов, росту перинатальной и материнской патологии. Подтверждением этому служат высокие показатели проведения кесаревого сечения (КС) — 19% (90 тыс. на 500 тыс. родов) и перинатальной смертности — 9 промилей, в том числе доношенных новорожденных. Докладчик отметил, что наблюдается четкая зависимость частоты патологических родов и КС, в том числе без медицинских на то показаний, от финансового состояния семей. Так, наиболее высокий уровень КС в Киеве, Харькове, Одессе; наиболее низкий — Житомире, Волыни, Ровно. Согласно опросу рожениц, есть прецеденты, когда беременные уезжали рожать на периферию, дабы роды прошли физиологическим путем, без назойливого вмешательства врачей.

В связи с этим Ассоциация перинатологов Украины видит в ПР один из способов борьбы с пагубным явлением, когда из здоровой женщины в период беременности делают клиента: во время ПР врачу придется обосновывать свои медицинские действия по отношению к роженице перед обоими супругами. Для этого в 2012 г. не-

обходимо отработать четкий механизм проведения ПР.

Ю. Вдовиченко напомнил, что до 1900 г. в лечебных учреждениях дореволюционной России рождалось <5% детей, в 1936 г. — 75%, в 1970 г. — 99%.

В 2011 г. во всем мире было проведено около 50 млн ПР. Основоположником ПР является американский врач Роберт Бредли, который в 1965 г. написал монографию «Роды под руководством мужа». В его методику входило не просто присутствие, но и соучастие мужа, особенно психологическое, а также оказание помощи жене в релаксации и следовании инструкциям. Но Р. Бредли предупреждал, что ПР подходят не всем супружеским парам, а медицинские работники должны иметь для этого специальную подготовку. С этой целью с 90-х годов XX ст. в странах Западной Европы и США среди среднего медицинского персонала стали готовить специальных помощников, инструкторов (doula). Они выступают в роли посредника, адвоката и дипломата роженицы.

Анализ 10 тыс. ПР в Украине и Кокрановский метаанализ результатов проведения ПР в мире продемонстрировали достоверное сокращение длительности таких родов, уменьшение использования анальгезии, снижение частоты смертности, а также повышение частоты грудного вскармливания. Также при ПР наблюдается снижение материнского травматизма, эпизиотомии, разрывов шейки матки, послеродовых осложнений с улучшением микробиологических аспектов (снижение частоты инфицирования патогенными микроорганизмами, уменьшение потребности в антибиотикотерапии). Так, при ПР частота совпадения микрофлоры новорожденного с таковой матери и отца наблюдается в 74% случаев, при этом уровень госпитальной микрофлоры снижается до 20%.

В Украине отсутствует как методика проведения ПР, так и критерии, определяющие возможность совместного участия супругов в процессе родов. Результаты опроса украинских пар после ПР подтверждают точку зрения Р. Бредли о необходимости дифференциального подхода к участию мужа в родоразрешении.

95% рожениц после ПР выразили удовлетворение от присутствия мужа и, особенно, его психологической поддержки. Это имело также лечебный характер — 58% женщин почувствовали облегчение боли в присутствии супруга. 26% констатировали реальную физическую помощь партнера, 19% — отметили при этом ощущение защищенности себя и ребенка.

Во время ПР все мужчины отметили эмпатию и желание помочь женщине, 88% — радость первого знакомства с ребенком, 76% — удовлетворенность открытием таинства родов, 70% отметили повышение уважения к супруге за ее терпение и выносливость, 14% выразили уверенность в неподменности ребенка, 10% оценили свою помощь как значимую для женщины.

Отрицательные моменты ПР для женщин:

- 85% стеснялись за свой внешний вид и поведение в родах;
- 23% испытывали жалость к супругу за его растерянность и беспомощность;
- 13% хотели уединения и покоя;
- 10% выразили раздражение по поводу бездеятельности супруга;
- 6% констатировали ненависть к супругу как источнику страданий.

Эти данные подтверждают, что около 20% рожениц не стоило проводить родоразрешение в присутствии супруга, поскольку они испытали психологический негативизм из-за неподготовленности к такой форме родов.

Негативным моментом для всех мужчин, участвующих в ПР, было ощущение беспомощности. Большинство из них испытали также страх за здоровье жены и ребенка (76%), брезгливость (38%) и разочарования из-за вида ребенка (14%). 9% супругов открыто сожалели о своем присутствии при родах; 5% — сознались в опаске изменения сексуальных отношений с женой. Фактически сексуальные отношения после ПР со стороны мужчин не изменились в 54% (у женщин — 42%), улучшились — в 24% (у женщин за счет повышения уважения и благодарности к супругу — в 44%), спад произошел у 22% мужчин. Ожидания пары от ПР в 80–84% полностью оправдались, в остальных случаях — частично либо вовсе не оправдались.

Эти данные подтверждают, что приблизительно в 20% случаев ПР супругам противопоказаны.

Лишь в 44% работа медицинского персонала во время ПР была отмечена как грамотная, что указывает на экстренную необходимость выработки методики и тактики ведения ПР с определением в них роли медицинских работников.

Анализируя статистические данные по Украине, Ю. Вдовиченко отметил наличие четкой тенденции: при повышении частоты ПР снижается частота патологических родов. Но такое повышение не безгранично, поскольку дальнейшее нара-

тание может вызвать и негативные моменты. Поэтому, разрабатывая методiku проведения ПР, также следует определиться с максимально допустимым уровнем ПР. Дискутабельными остаются такие вопросы, как социально-психологическая готовность к ПР супругов, ведение беременных с учетом подготовки к ПР, специфическая готовность медицинского персонала, в том числе по перинатальной психологии, наличие в медицинских учреждениях семейных родильных залов.

Ю. Вдовиченко отметил, что пришло время замены приоритетов в акушерской практике: грамотно проведенные ПР должны оцениваться выше, чем профессионально выполненное КС.



Ответы на вышепоставленные вопросы в значительной степени были освещены в докладе **Зинаиды Дубоссарской**, доктора медицинских наук, профессора кафедры акушерства, гинекологии

и перинатологии Государственного учреждения «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», заслуженного деятеля науки и техники Украины (Днепропетровск), о репродуктивном здоровье женщины с позиции перинатальной психологии. Докладчик напомнила, что перинатальная психология — это новая область психологии, остро востребованная в современной медицинской практике, занимающаяся изучением взаимоотношений плода и родителей и, в первую очередь, матери от момента подготовки к зачатию до годовалого возраста ребенка. Перинатальная психология является синтезом знаний в сфере генетики, эмбриологии, перинатологии, акушерства, дородовой педагогики, нейроэндокринологии, неврологии, сексологии, сексопатологии, психиатрии, психоанализа и философии.

Доказано, что сенсорные системы плода начинают функционировать уже в I триместр беременности: кожная чувствительность появляется на 7-й неделе от момента зачатия, вестибулярный аппарат функционирует с 12-й, вкусовые сосочки — с 14-й, органы зрения и слуха — с 16–18-й недели. Исследования показали, что музыкальное воздействие на органы слуха неродившегося ребенка вызывает изменение его сердцебиения, поэтому рекомендовано при нормальном течении беременности проведение эстет- и арт-терапии как фактора, оказывающего положительное влияние на развитие плода. Всю гамму чувств позволяют испытывать перинатальному ребенку и эндорфины, которые определяются в его кровотоке с 17-й недели внутриутробного развития, определяя его действия впоследствии.

Однако неправильный образ жизни, хронические заболевания, вредные привычки, профессиональные вредности —

перечень ситуаций, которые могут обусловить неправильное воспитание ребенка еще в утробе матери.

Семейные конфликты, тревожность и страхи перед родами, материальные проблемы, неполная семья, неуверенность в своих силах как матери, так и отца приводит к проблемам не только в период беременности, но и в послеродовой период. Установлена тесная взаимосвязь психического состояния женщины с процессом вынашивания беременности, течения родов и послеродового периода, адаптацией к материнству и взаимоотношениями с ребенком в будущем.

Наиболее опасны стресс и депрессивные эпизоды во II и III триместр беременности. Они могут привести не только к послеродовой депрессии или послеродовому психозу матери, но и к психическим нарушениям у ребенка, психологическим проблемам в подростковом возрасте.

Выделяют 6 стилей отношения к беременности (Фролова О.Г., 2002 г.).

Адекватный стиль — без выраженных длительных отрицательных эмоций. Активность женщины направлена на подготовку к родам и послеродовому периоду.

Тревожный стиль — сопровождается страхом и беспокойством по поводу своего здоровья и здоровья будущего ребенка. Активно связан со страхом за исход беременности, течение родов и послеродового периода. Такие беременные часто посещают врачей, проходят много не всегда нужных обследований, активно отслеживают дополнительные сведения из литературы и интернета, ища ответы на свои вопросы.

Эйфорический стиль — не критичное отношение к возможным проблемам беременности и материнства. Женщина неадекватно оценивает течение беременности, родов и послеродового периода. Любое отклонение в течении беременности и родов ведет к резкому изменению настроения, что отражается на состоянии ребенка. Если до родов не проводится психокорректирующая установка, то в послеродовой период часто возникают проблемы в отношении матери к младенцу.

Игнорирующий стиль — женщина слишком поздно осознает себя беременной; изменение состояния здоровья интерпретируется ею как нарушение менструального цикла, отравление, грипп, сопровождающиеся досадой или неприятным удивлением. Первое шевеление ребенка ощущается довольно поздно, а к концу беременности оно доставляет порой даже физическое неудобство.

Для амбивалентного стиля характерны резкая смена настроения: беременность то желанна, то нет, часто сопровождается болевыми ощущениями без объективных на то причин, отрицательные эмоции интерпретируются как страх за ребенка, исход беременности и родов. Наблюдаются депрессивные эпизоды, требующие междисциплинарного консилиума с участием психологов. Будущие матери склонны искать причины своего неблагополучия во внешних обстоятельствах, обвиняя во всем родственников, соседей, мужа, то есть то микроокружение,

которое определяет ее отрицательное отношение к беременности. При психологической коррекции необходимо настраивать женщину на прекрасное ощущение беременности и материнства.

Отвергающий стиль сопровождается отрицательными эмоциями. Беременность переживается как наказание, помеха. Шевеление ребенка физиологически неприятно и сопровождается порой даже брезгливостью. К концу беременности возможен всплеск депрессивного либо аффективного состояния.

Перечисленные стили переживания беременности влияют на формирование отношения к ребенку: адекватный стиль соотносится с адекватной ценностью ребенка; тревожный и амбивалентный — с пониженной ценностью ребенка; игнорирующий или полностью отвергающий — с низкой ценностью ребенка и заменой приоритетов; при эйфорическом стиле ценность ребенка неадекватна, хотя внешне это не всегда выражено — чаще это связано с личностной незрелостью и неготовностью к принятию материнской роли, женщина не осознает, что уже не может снять с себя ответственность за ребенка.

Поэтому очень важным является правильное воспитание женщины с детства, определяющее ее понимание значимости рождения ребенка не только для семьи, но и для общества. Это формирует зрелость и ответственное отношение женщины к своей материнской миссии.

При этом залогом рождения здорового ребенка является также психологическая готовность к родам, то есть весь спектр отношений к родам, их осмысление, личная включенность, настрой, ее представления о родах и готовность к соответствующему поведению в родах. Эмоциональный компонент психологической готовности — это комплекс отношений, чувств, страхов и опасений женщины по поводу родового акта. Мотивационный аспект — это принятие женщиной решения родить, испытать этот неизвестный опыт. Нередко при наступлении родового акта последний компонент ослабевает, что выражается в волевом параличе. Это парализует активность женщины в родах, вынуждая ее быть объектом происходящего процесса, где активность берут на себя врачи. С целью предупреждения такого состояния необходимо в период беременности вести подготовку супружеской пары к ПР для психологической поддержки и совместного участия в родовом акте обоих супругов, что является уже семейным компонентом психологической готовности к родам.

Приоритетом в перинатальной психологии является обеспечение психологического благополучия будущего ребенка. В свое время Станислав Гроф выделил 4 базовые перинатальные матрицы (БПМ), которые соотносятся с клиническими периодами биологического рождения. В них ребенок рассматривается как активный участник родов. От того, как он пройдет все этапы рождения, будет зависеть впоследствии та матрица, по которой станет развиваться его личность. БПМ — это стойкие функциональ-

ные структуры-клише, которые являются базовыми для многих, если не для всех, психических и физических реакций в течение всей последующей жизни человека.

Матрица наивности — период, который длится на протяжении беременности до начала схваток и сопровождается океаническим блаженством плода. Здоровая беременность закладывает в будущем человеку умение любить, радоваться, отдыхать, что является стимулом для его дальнейшего развития. Трудности человека с релаксацией указывают на проблемы в этот период.

Матрица жертвы — период от начала схваток до начала потуг. У плода возрастает тревога — «выхода нет», которая может при патологическом течении родов сформировать клаустрофобию, ощущение безвыходности ситуации, как в подростковом, так и в зрелом возрасте.

Матрица борьбы — период продвижения плода по родовому каналу. При неправильном ведении родов возможно впоследствии развитие агрессивности и немотивированной амбициозности, при которой реализация надежд отстает от жизненных реалий с возникновением очень серьезных психологических и физических проблем.

Матрица свободы — рождение ребенка и первые минуты, дни его жизни. Это внезапное облегчение, свобода и любовь (когда ребенок сразу ощущает присутствие матери). К сожалению, в родильных домах не так давно стали претворять в жизнь принципы нетравматичной четвертой БПМ. У большинства людей подсознательно свобода ассоциируется с одиночеством.

Ключевой задачей перинатальной психологии является подготовка к рождению ребенка обоих супругов: осознание ими важности происходящего, эмоциональное включение родителей в процесс его ожидания, формирование у них чувства ответственности за вынашивание, рождение и воспитание будущего человека. Это обучение умению прислушиваться к собственным ощущениям, чтобы корректировать свое эмоциональное состояние, предоставление информации относительно родов, грудного вскармливания, ухода за новорожденным, основных этапах развития и концепциях воспитания ребенка, организация общения беременных между собой. Такой уровень перинатальной подготовки способствует не только грудному вскармливанию, лучшему принятию ребенка и его особенностей, потребностей и разумных желаний, но и освоению супругами новой роли, развитию более прочных и зрелых отношений с формированием творческого подхода к воспитанию здорового ребенка.

Как отметила **Светлана Жук**, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и медицины плода НМАПО им. П.Л. Шупика, заслуженный врач Украины (Киев),



на сегодня еще мало внимания в акушерской практике уделяется роли психологического фактора в возникновении патологии беременности. Однако уже в ближайшее время планируется подготовка перинатальных психологов для работы в перинатальных центрах. Это связано с тем, что решение вопросов ПР, а также проблем поздних гестозов, оперативных родоразрешений, экстрагенитальной патологии требует непосредственного участия таких специалистов.

По мнению докладчика, консультации перинатального психолога необходимы и при такой патологии, как невынашивание беременности (НБ), поскольку в этой проблеме психологический фактор играет не последнюю роль.

В Украине НБ является одной из ведущих причин перинатальных потерь: ежегодно НБ отмечают у 10–25% беременных, в 50% случаев — это привычное НБ. Учитывая, что каждая 3–4-я супружеская пара в Украине бесплодна — это ведет к огромным репродуктивным потерям!

Причинами НБ могут быть хромосомные аномалии (50%), дисгормональные нарушения (недостаточность лютеиновой фазы, синдром поликистозных яичников), инфекционные, иммунологические факторы (наличие фосфолипидных антител), метаболический синдром, сахарный диабет, генитальная патология, которая чрезвычайно распространена в виду общего ухудшения здоровья населения, в том числе женщин репродуктивного возраста. В 50% случаев НБ причину определить не удается (идиопатическое НБ). Как и в случае привычного НБ, при идиопатическом речь идет об иммунной природе этого явления.

Докладчик рекомендовала коллегам ознакомиться с монографией В.Е. Радзинского «Ранние сроки беременности», в которой уделяется особое внимание хроническому эндометризу как причине дальнейшего НБ, пороков развития плода, внутриутробного инфицирования, а также задержки внутриутробного развития плода.

При наличии достаточного уровня эндогенного прогестерона лимфоциты матери синтезируют протейн — прогестерон-индуцированный блокирующий фактор (ПИБФ), который является связующим звеном между иммуномодулирующим и противоабортивным эффектами прогестерона. ПИБФ, а также T₁-, T₂-хелперы и секретируемые ими цитокины хорошо изучены у женщин с угрожающим абортom и могут определяться как прогностический признак возможного НБ: уровень противовоспалительных цитокинов в крови достоверно ниже, а провоспалительных — выше.

Риск НБ у женщин в возрасте 40 лет в 2 раза выше, чем у 20-летних; возраст мужчины >40 лет повышает риск НБ в 1,5 раза. Также неблагоприятным фактором является НБ в анамнезе. После первого самопроизвольного аборта риск НБ составляет 23%, 2-го — 30%, 3-го — 50%.

По результатам когортных исследований определена типичная характеристика

женщины, имеющей высокий риск НБ: возраст >33 лет, низкий индекс массы тела, низкий уровень прогестерона (<45 нмоль/л) и высокое содержание кортикотропин-рилизинг гормона.

Другими прогностическими признаками исхода беременности являются также отслойка хориона, несоответствие гестационного срока и копчико-теменного размера плода, брадикардия у плода или отсутствие у него сердечной деятельности, низкий уровень хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) или ингибина А.

Для установления прогностически неблагоприятных факторов вынашивания беременности стоит подтвердить состояние плода на ранних сроках беременности с помощью ультразвукового исследования (УЗИ). При этом прогностическими могут быть такие сонографические параметры, как наличие гипозогенного образования за плодными оболочками (гематома) размерами 15 мм в 7 нед, 21 мм — в 8 нед беременности, что в 90% случаев является признаком угрозы прерывания беременности у женщин с вышеперечисленными симптомами.

Наличие субхориальной гематомы (СХГ) часто вызывает неуверенность гинеколога — нужно ли при этом бороться за сохранение беременности?

При среднем внутреннем диаметре плодного яйца 17 мм и отсутствии эмбриона можно думать о нежизнеспособной беременности или анабионии. Сердечная деятельность плода должна определяться при трансвагинальном УЗИ как только длина зародышевого бугорка составляет хотя бы 5 мм. По данным исследований, наличие всех трех УЗИ-прогностических факторов — брадикардия, несоответствия гестационного возраста и копчико-теменного размера, несоответствия менструального и сонографического возраста плода >1 нед — повышает риск аборта до 84%.

Исходы у женщин с СХГ ассоциируются с риском угрожающего аборта (8–17%), мертворождения (0,1–2%), повышением риска отслойки плаценты (4%), а также возможностью преждевременного разрыва околоплодных оболочек или преждевременных родов. СХГ наиболее часто отмечаются у повторно беременных, особенно если предыдущая беременность закончилась выкидышем. Такое состояние чаще вызвано нарушением микроциркуляции, эндотелиальными и тромбофилическими расстройствами в организме женщины. Поэтому наличие кровотечений является плохим прогностическим признаком вынашивания беременности. 40% беременностей с СХГ прерываются в срок до 21 нед. СХГ также является фактором риска артериальной гипертензии в III триместр беременности. Докладчик призвала не пускать на самотек беременность женщин с СХГ, а лечить таких пациенток!

Кроме вышеперечисленных факторов, предикторами неблагоприятного исхода беременности являются уровень ХГЧ

и прогестерона в крови, анализ которых на сегодня, к сожалению, доступен не во всех социальных группах. С. Жук выразила надежду, что в недалекой перспективе станет возможным определение концентрации в плазме крови всех беременными ингибина А, активина А, ассоциированного с беременностью плазмотрейна А, уровни которых достоверно ниже у женщин, впоследствии потерявших беременность в сравнении с нормально родившими.

Выявление этих факторов позволит прогнозировать патологическое течение беременности с ранних ее сроков и вести соответствующее наблюдение таких женщин. При этом стратегия лечения НБ определяется лишь после диагностики его причин. И лучше это сделать до наступления беременности, особенно женщинам, перенесшим преждевременный аборт. При установлении этиологии следует назначать патогенетическое лечение препаратами с доказанной эффективностью.

Учитывая тот факт, что чем ниже уровень прогестерона в крови матери, тем выше риск НБ, следует назначать таким беременным гестагены, особенно на ранних сроках. Докладчик подчеркнула, что недавняя тенденция среди гинекологов к отказу от назначения гестагенов привела к повышению количества НБ. Учитывая наличие в Украине значительно большего количества факторов, способствующих НБ, чем в других странах, непозволительно отказываться от разумного, индивидуально подобранного назначения этих препаратов. Однако при этом не стоит применять гестагены одновременно внутримышечно и перорально, поскольку это блокирует соответствующие рецепторы, делая лечение неэффективным.

Сравнительная характеристика скорости купирования симптомов при угрожающем аборте и стабильности дальнейших эффектов при применении дидрогестерона в сравнении с инъекционной формой масляного раствора прогестерона показала преимущества первого, выразившиеся в быстром улучшении самочувствия пациенток, снижении тонуса матки, необходимости в применении меньшего количества препарата, редкой необходимости его

повторного применения. Дидрогестерон не угнетает выработку желтым телом собственного прогестерона, но стимулирует выработку оксида азота, который улучшает плацентарно-маточный кровоток.

Преградиварная подготовка женщин высокого и умеренного риска НБ при повышенной агрегации тромбоцитов и повышении содержания в крови фактора Виллебранда требует назначения дипиридамола. При наличии антифосфолипидного синдрома, кроме дезагрегантной, антикоагулянтной терапии необходим курс плазмафереза и иммуноглобулина с применением фолиевой кислоты и витаминов группы В. Для коррекции нарушений системного гомеостаза и эндотелиальной дисфункции рекомендовано назначать антиоксиданты, в том числе аскорбиновую кислоту и каротины.

Таким образом, адекватная преградиварная подготовка женщин с учетом вышеуказанных факторов риска НБ является залогом успешного течения беременности и рождения здоровых детей.



Свое позитивное отношение к тому, что акушерство расширило сферу своего влияния, фокусируя внимание не только на здоровье будущей матери, но и на вопросах формирования здоровья ее будущего ребенка, выразила **Надежда Жилка**, доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии НМАПО им. П.Л. Шупика, заслуженный врач Украины (Киев). Она отметила, что на фоне неконтролируемой ситуации относительно распространения в стране ВИЧ-инфекции/СПИДа современные условия в акушерской службе дают возможность всем новорожденным появляться на свет без ВИЧ-инфекции. Этому способствует как общегосударственная программа обеспечения профилактики ВИЧ-инфекции, лечения, ухода и поддержки ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом на 2009–2013 г., так и множество

других нормативно-правовых документов, которые пошагово, в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, дают указания по вопросам профилактики перинатальной ВИЧ-инфекции.

Стратегия профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в Украине включает первичную профилактику ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста, профилактику нежелательной беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин, медикаментозную профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку в период беременности и рациональное родоразрешение ВИЧ-инфицированных женщин.

Докладчик напомнила, что в соответствии с целями Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой на 26-й Специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в июне 2001 г., Украина обязалась к 2010 г. сократить частоту передачи ВИЧ от матери ребенку до $\leq 2\%$. Однако, несмотря на равную обеспеченность всех родовспомогательных медицинских учреждений антиретровирусными (АРВ)-препаратами, этот показатель на сегодня составляет 4,1%, или 150–200 ВИЧ-инфицированных новорожденных в год.

Такая ситуация диктует необходимость более активного участия акушерской службы в снижении уровня перинатальной трансмиссии ВИЧ.

Н. Жилка считает, что этого можно достичь путем соблюдения существующих в Украине технологий ведения ВИЧ-инфицированных беременных и их детей, утвержденных межведомственным приказом от 23.11.2007 г. № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей».

Этому будет способствовать и освоение медицинским персоналом навыков дотестового и послетестового консультирования при обследовании на ВИЧ, а также своевременное назначение и определение приверженности пациенток высокоактивной АРВ-профилактике/терапии, согласно приказу Министерства здравоохранения Украины от 14.11.2007 г. № 716 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини»».

Однако основой для профилактики перинатальной ВИЧ-инфекции, как и общей заболеваемости социально опасными заболеваниями в Украине, должно стать формирование у подрастающего и молодого поколения заинтересованности в сохранении и укреплении своего здоровья и здоровья будущих поколений. Этому должны способствовать их семьи, социальное окружение, а также служба планирования семьи (приказ Министерства здравоохранения Украины от 04.08.2006 г. № 539 «Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні»).

*Юлия Ермолова,
фото Сергея Бека*

