

Обрії сучасних інновацій в акушерстві та гінекології

В одному з номерів «Українського медичного часопису» (6 (116) — XI/XII 2016) у статті «Ab ovo: форпост захисту здоров'я дитини та жінки» — наші шановні читачі мали змогу ознайомитися з ключовими надбаннями української медичної науки у сфері акушерства, гінекології та педіатрії — під рубрикою «Назустріч 25-річчю НАМН України» з перших вуст директора Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук (НАМН) України» (ІПАГ НАМН України), президента громадської організації (ГО) «Асоціація педіатрів України», академіка НАМН України, доктора медичних наук, професора Юрія Антипкіна. А нині ІПАГ НАМН України знову гостинно розчахує двері для нашої читацької аудиторії, вносячи на порядок денний вельми актуальний для поточного етапу системи охорони материнського та дитячого здоров'я зміст Науково-практичної конференції «Сучасні інновації в акушерстві та гінекології», яка відбулася 28 квітня 2017 р. у Києві на базі ІПАГ НАМН України і була високопрофесійно організована спільними зусиллями фахівців інституту та ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України» під егідою НАМН України та Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України. У цьому репортажі ми докладніше зупинимось на тих доповідях конференції, які здалися нам, по-перше, найяскравішими за критерієм наукового узагальнення; по-друге, найбільш злободенними для широкого загалу лікарів акушерів-гінекологів практичної ланки.



Відкрив роботу конференції **Віталій Цимбалюк**, президент НАМН України, академік НАМН України, професор, доктор медичних наук, заслужений діяч науки і техніки України, двічі лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, повний кавалер ордена «За заслуги». Він нагадав, що з 1 липня 2017 р. в НАМН України запроваджується пілотний проект за участю чотирьох знаних установ — Національного інституту серцево-судинної хірургії

імені академіка М.М. Амосова, Національного інституту хірургії та трансплантології імені академіка О.О. Шалімова, Інституту кардіології імені академіка М.Д. Стражеска, Інституту нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова. «Наукові інститути НАМН України завжди були державними та отримували державне замовлення на виконання наукових робіт, — натомість нині медична наука практично випала з поля зору реформаторів. Хто буде її фінансувати? Лікувальні заклади, які надають високотехнологічну спеціалізовану допомогу, безумовно, виживуть, але наукова діяльність буде під питанням, — стурбований керманіч НАМН України. — Виділений державою 200 млн грн. (які в рамках пілотного проекту призначені для фінансування не ліжко-днів, а медичної послуги) для ефективного здійснення проекту, на жаль, недостатньо. От і подивимось, які наші заклади зможуть виживати в таких умовах. У науці негативний результат — це також результат. Пацієнти будуть направлятися до нас обласними департаментами охорони здоров'я. У разі відсутності направлення за лікування доведеться платити із власної кишені. Але одразу виникають побоювання — чи не припинять регіони направляти хворих в інститути академії, щоб зберегти дефіцитні бюджетні кошти. Ризиків багато. Вод-

ночас прорахунок вартості медичної послуги за кожною нозологією здійснювався на підставі протоколів лікування, які впроваджені в інститутах та відповідають європейським. У разі користі та успішності зазначеного проекту можна буде впевненіше рухатися цим курсом: надалі ми змогли б мінімізувати повторення помилок і водночас масштабувати набутий позитив, у подальшому реплікуючи його в інших напрямках медицини. І певно, що сфера охорони здоров'я матері та дитини повинна потрапити у перелік напрямків, призначених для впровадження цього вже апробованого та відшліфованого позитивного досвіду, як пріоритет № 1», — наголосив академік В. Цимбалюк, побажавши учасникам конференції результативної роботи.



Надалі тримав вступне слово, головував у президії та модерував перебіг конференції голова її оргкомітету академік **Юрій Антипкін**. Він повідомив, що устінах ІПАГ НАМН України — головного профільного закладу в країні — щорічно отримують стаціонарну (біля 11 тисяч) та амбулаторну (близько 20 тисяч) допомогу жінки та діти з різних регіонів України. Клінічну базу інституту становлять дитячі клініки на 200 ліжок і акушерсько-гінекологічні клініки на 300 ліжок.

В акушерсько-гінекологічних клініках надається медична допомога вагітним з екстрагенітальною патологією (захворюваннями серця, печінки, нирок, легень, крові etc.), вагітним з акушерською патологією, жінкам із первинною та вторинною неплідністю, а також проводиться допологове виявлення хвороб і вад розвитку плода. У багатопрофільні дитячі клініки госпіталізують хворих дітей молодшого та старшого віку з патологією органів травлення, бронхо-легеневої, серцево-судинної та нервової систем, з алергічними захворюваннями, із хворобами сполучної тканини, а також дітей з різною соматичною патологією з екологічно небезпечних за радіаційним і техногенним забрудненням регіонів. Надається торако-абдомінальна хірургічна допомога при аномаліях і вроджених захворюваннях серця, магістральних судин, трахеї, легень, грудної клітки, стравоходу, діафрагми, кишечника, печінки, жовчовивідних шляхів, аноректальної зони etc. Крім всебічної висококваліфікованої та високоспеціалізованої стаціонарної допомоги, жінкам та дітям в інституті надається багато-профільна амбулаторна допомога в Дитячій поліклініці із Методично-організаційним центром впровадження стратегії інтегрованого ведення хвороб дитячого віку, денним стаціонаром, у жіночій та медико-генетичній консультації з кабінетом пренатальної діагностики. Ефективно працюють кабінети «Планування сім'ї» та «Охорони здоров'я жінки», Центр підтримки лактації та грудного вигодовування.



На базі ІПАГ НАМН України діють курси інформації та стажування для лікарів-педіатрів, акушерів та гінекологів. В інституті проводяться фундаментальні та прикладні дослідження з актуальних проблем збереження здоров'я дітей та жінок за напрямками:

- перинатальна охорона плода та новонародженого. Розроблення методів пренатальної діагностики вроджених вад розвитку, їх хірургічної корекції;
- розроблення методів преконцепційної підготовки до вагітності, лікування та профілактика ускладнень у вагітних з акушерською та екстрагенітальною патологією у їх новонароджених дітей;
- вивчення стану репродуктивного здоров'я у жінок, розроблення новітніх технологій діагностики, хірургічних і консервативних методів лікування непліддя та гінекологічних захворювань;
- вивчення параметрів здоров'я дітей та найбільш актуальних проблем розвитку, прогресування, профілактики та лікування хронічних соматичних захворювань у дитячому віці;
- наукові основи природного харчування дітей віком до 1 року, впровадження в практику нових продуктів харчування для здорових і хворих дітей, а також для вагітних;
- організаційні та медико-соціальні проблеми охорони здоров'я матері й дитини з урахуванням екологічних особливостей різних регіонів України.

...Тривалість життя. Власне — найголовніший критерій, ключова мета, споконвічне наріжне призначення всієї медицини. Навіть якість життя посідає, так би мовити, другорядну позицію: адже головна мета лікаря — насамперед не дати згаснути людському життю як такому, а вже коли воно збережене і перебуває поза небезпекою — заходитися опікуватися його якістю. Втім, все починається *ab ovo* — тож не менше значення для майбутньої людини має тривалість її внутрішньоутробного життя.

Саме цьому надав актуальному контекстові (у зворотню-кореляційному ракурсі: щодо шкоди ПЕРЕНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ) присвятив свою доповідь «Золотий стандарт тривалості вагітності» **Леонід Маркін**, завідувач кафедри акушерства та гінекології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, віце-президент ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України», член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України. Перш за все він нагадав, що згідно з визначенням ВООЗ (шифр Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду — O48), переносною вважається вагітність, яка триває >42 тиж (>294 дні) від першого дня останнього нормального менструального циклу. Поняття «продовжена вагітність» — не існує. Найбільш поширені методи визначення терміну вагітності:

- за датою останньої менструації, запліднення, овуляції, першого відвідування жіночої консультації, відчуття вагітною перших рухів плода;
- золотий стандарт — вимірювання за допомогою ультразвукової діагностики (УЗД) куприко-тім'яного розміру ембріона у I триместр вагітності;
- гендерна фетометрія.

У рамках офіційно усталеної тактики (наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні») нині жінкам із неускладненим перебігом вагітності пропонується не надто широкий вибір:

- індукція пологової діяльності після 41-го тижня вагітності;
- очікувальна тактика з антенатальним моніторингом після 42-го тижня вагітності.

Як підкреслив доповідач, навколо проблеми бажаної (максимальної) тривалості вагітності досі не вщухають гострі наукові дискусії, в ході яких фахівці висловлюють абсолютно різні, подекуди діаметрально протилежні погляди (нижче наведено низку цитат, які не лише засвідчують відзначене доповідачем розмаїття поглядів, але й становлять інформацію для серйозних роздумів):

- «Вся діяльність акушерської спільноти активно спрямована на те, щоби не дати вагітності продовжитися більше 41 тиж, а в деяких випадках — і довше 40 тиж, а це, на наш погляд, наочний приклад явної, нічим не обґрунтованої, акушерської агресії» (Гагаєв Ч., 2009).
- «Після 41-тижневого терміну гестації існує ризик раптової антенатальної загибелі плода (1 випадок на 500 вагітностей)» (Енкін М. та співавт., 2003).

- «У дітей, народжених після 41-го тижня вагітності, у 2–5 разів частіше виявляють виражені ураження центральної нервової системи» (Айламазян Е. та співавт., 2007).

- «Перинатальна захворюваність при розродженні у терміні: 41 тиж становить 10,8%, 42 тиж — 32,5%, 43 тиж — 64,5%» (Вученович Ю. та співавт., 2008).

- «Зростання материнської патології після 41-тижневого терміну гестації зумовлене більше ніж у 2 рази збільшенням розродження шляхом кесаревого розтину» (Чернуха О. та співавт., 2007) etc.

- «Після 40-го тижня вагітності морфологічне дослідження біоптатів плацентарного ложа матки у 60% випадків виявляє атероматозне ураження. Тож наші висновки однозначні й зводяться до такого: наявність високорезистентного кровоплину на периферії плацентарного ложа матки при 40-тижневому терміні вагітності передбачає вибір активної акушерської тактики!», — додає від себе професор Л. Маркін, стисло окреслюючи доцільну схему останньої у практичній площині:

підготовка до пологів:

- реалізація рефлексу Фергюсона;
 - введення у цервікальний канал гелю з прогестероном (ПГЕ)₂ (0,5 мг);
 - використання паличок-ламінарій;
- індукція пологів:*
- амніотомія (хірургічний метод);
 - в/в інфузія окситоцину (5 ОД).

Вельми переконливу історичну аргументацію своєї фахової позиції щодо оптимальних термінів вагітності вчений знайшов, — і представив зачарованим слухачам, — у глибинах віків, ба навіть тисячоліть. Блискучий порівняльно-аналітичний екскурс в особливості низки культурно-релігійних парадигм християнського світу (в яких відобразився багатотисячовий емпіричний досвід людства) наводимо у зведеній **табл. 1**.

Таблиця 1. Оптимальна тривалість вагітності: інформація до роздумів (за Л.Б. Маркіним, 2017)

Релігійна парадигма	Рік прийняття християнства	Обряд	Календар	Дати	Термін
Вірменська церква	314 р. н.е.	Вірменський	Юліанський	Благовіщення — 7 квітня, Різдво — 5 січня	40 тиж
Болгарська церква	366 р. н.е.	Візантійський	Юліанський	Благовіщення — 7 квітня, Різдво — 6 січня	40 тиж 1 день
Римокатолики	313 р. н.е.	Латинський	Григоріанський	Благовіщення — 24 березня, Різдво — 24 грудня	40 тиж 1 день

Свій виступ професор Л. Маркін підсумував ще однією промовистою фаховою цитатою: «Плоду загрожує смертельна небезпека, як тільки термін вагітності хоч на хвилину перевищив 40 тиж» (Багаєв Ч., 2014).

Володимир Подольський, кандидат медичних наук (ІПАГ НАМН України), виступив із доповіддю щодо лікування порушень вегетативного гомеостазу у жінок зі змінами репродуктивного здоров'я. «Загалом, питання охорони здоров'я є пріоритетними, оскільки здоров'я народу є найбільшою суспільною та індивідуальною цінністю, а здоров'я населення країни значною мірою впливає на процеси й результати економічного, соціального і культурного розвитку країни. Відтак здоров'я народу є питаннями національної безпеки і важливим критерієм соціального розвитку та благополуччя країни. Водночас стан репродуктивного здоров'я жінок є найважливішою характеристикою розвитку суспільства — адже від рівня здоров'я жінок залежить здоров'я нових поколінь. Причому зміна умов існування сучасної жінки, підвищення її ролі в житті суспільства, окрім позитивного загальносуспільного значення, має і певні негативні впливи: насамперед, це пов'язано зі значним фізичним, психоемоційним та стресорним навантаженням на жіночий організм. До таких змін умов існування сучасної жінки можна також віднести соціально-економічні умови життя, масову міграцію населення, інформаційне перевантаження у психологічно значущих сферах життя, яке зумовлене політичною, соціально-економічною і морально-етичною дестабілізацією суспільства, що призводить до психоемоційного перенапруження. Такі умови існування сучасної жінки в Україні, де протягом останніх років точаться бойові дії, здійснюються терористичні акти, значна кількість людей змушена залишити свої домівки, — всі ці події найскладнішого періоду новітньої історії нашої країни зумовлюють дуже високий рівень соці-



ального напруження, що впливає на стан здоров'я жінок шляхом стресорного навантаження на організм», — застерігає вчений.

Зазначалося, що вегетативна регуляція становить один із найважливіших механізмів адаптації організму до стресогенних умов. Саме тому вивчення клінічних проявів змін вегетативного гомеостазу може дозволити об'єктивно оцінити вплив стресорної реакції на організм, а відтак і на стан репродуктивної системи жінок. Відомо, що вегетативна нервова система відіграє велику роль у забезпеченні гомеостазу організму, різних форм фізичної та психічної діяльності, бере участь у роботі серцево-судинної, дихальної та інших найважливіших систем організму, впливає на обмін речовин і регулює діяльність ендокринної системи в організмі. Така багатогранність діяльності цієї системи в організмі жінки безумовно прямим або опосередкованим чином може впливати і на стан репродуктивної системи. Зміни вегетативного гомеостазу можуть проявлятися у формі синдрому вегетативної дисфункції (СВД) та соматоформної дисфункції вегетативної нервової системи (СДВНС), що за старою класифікацією відповідає терміну «нейроциркуляторна астенія», яка клінічно проявляється частіше за гіпертонічним, гіпотонічним та кардіальним типами.

Серед багатьох порушень репродуктивного здоров'я в сучасних умовах набувають значення зміни у стані репродуктивного здоров'я, спричинені абортами, безпліддям та доброякісними пухлинними захворюваннями матки (лейоміома матки). Ці різні, на перший погляд, зміни репродуктивного здоров'я пов'язані між собою тісними причинно-наслідковими взаємозв'язками і можуть становити логічний ланцюг послідовного їх розвитку: АБОРТ — БЕЗПЛІДДЯ — ЛЕЙОМІОМА МАТКИ. Саме тому група вчених-клініцистів під керівництвом професора В. Подольського (заступника директора ІПАГ НАМН України з наукової роботи, заслуженого діяча науки і техніки України) зосередила увагу на дослідженні цих змін репродуктивного здоров'я у жінок із порушенням вегетативного гомеостазу.

У ході цих досліджень клінічно обстежено 360 жінок із порушеннями вегетативного гомеостазу (СВД і СДВНС за гіпертонічним, гіпотонічним і кардіальним типом) та змінами репродуктивного здоров'я (артифіційний аборт, безпліддя та лейоміома матки). Усі обстежені жінки залежно від змін вегетативного гомеостазу були розподілені на чотири групи:

- I група — жінки з порушеннями вегетативного гомеостазу у формі СВД (90 жінок);
 - II група — жінки з порушеннями вегетативного гомеостазу у формі СДВНС, які за клінічними проявами мали гіпертонічний тип порушень (90 жінок);
 - III група — жінки з порушеннями вегетативного гомеостазу у формі СДВНС, які за клінічними проявами мали гіпотонічний тип порушень (90 жінок);
 - IV група — СДВНС за кардіальним типом порушень (90 жінок).
- Крім цього, кожну з наведених груп залежно від змін репродуктивного здоров'я було розділено на три підгрупи:
- в 1-шу підгрупу входили жінки фертильного віку, які перенесли артифіційний аборт (30 жінок);
 - 2-гу підгрупу становили жінки фертильного віку з безпліддям (30 жінок);
 - 3-тю підгрупу — жінки фертильного віку з лейоміомою матки (30 жінок).

Контрольну групу становили 30 жінок без порушень вегетативного гомеостазу.

Обстеження жінок проводили у різних напрямках:

- клінічні та інструментальні методи дослідження — загальноклінічні рутинні дослідження, УЗД, доплер, кольпоскопія, гістеро- та лапароскопія, пайпель-біопсія etc.;
 - епідеміологічні дослідження в популяції жінок фертильного віку (когортні та проспективні, з визначенням катамнезу стану репродуктивного здоров'я);
 - визначення стану вегетативного гомеостазу — шкала вегетативних симптомів за А.М. Вейном, проведення функціональних проб (ортостатичної, кліностатичної, проби Ашнера, солярного рефлекс Томару, шкірно-серцевий рефлекс), комп'ютерна кардіоінтервалографія;
 - дослідження психоемоційного здоров'я — визначення рівня психоемоційного стресу за шкалою Л. Рідера, визначення особистого і ситуативного занепокоєння за шкалою Спілберґера — Ханіна, кольоровий тест М. Люшера для визначення психоемоційної та соціальної адаптації etc.;
 - дослідження біотопів організму — вивчення мікробіоценозу статевих органів включно з визначенням видового та кількісного складу мікрофлори;
 - визначення стану імунітету — рівня хемокінів MCP-1, цитокіну ФНП- α , антифосфоліпідних антитіл проти кардіоліпіну та фосфатидилсерину etc.;
 - визначення морфофункціонального стану органів репродуктивної системи — цитологічний, загальногістологічний, гістохімічний, імуногістохімічний методи; визначення онкомаркерів у плаценті шляхом непрямого стрептавідин-пероксидазного методу виявлення: експресії маркерів проліферації Anti Human Ki67 Clon MIB-1 (Dako), онкомаркерів — Anti Human p53, Protein Clon: DO-7 (Dako); Anti Human PEA Carcinoembryonic Antigen (Dako); маркера клітинного диференціювання Cytoceratina AE1/AE3 (Emergo Europe) та мезенхімального фактора Mouse Anti-Swine Vimentin Clone: v9 (Dako);
 - генетичні дослідження — визначення епігенетичних факторів ризику; молекулярно-генетичний аналіз (у крові) поліморфних варіантів генів GSTT1 (T1-поліморфізм гена Глутатіо-S-трансферази), GSTM1 (M1-поліморфізм гена Глутатіо-S-трансферази), ACE (ген ангіотензинперетворювального ферменту); розподіл генотипів гена фактора некрозу пухлини- α (G-308A) (із тканин репродуктивних органів, виділених під час оперативних втручань) etc.;
 - з'ясування гормональної регуляції менструальної функції — концентрацію статевих гормонів (прогестерону, тестостерону) та гонадотропних гормонів гіпофізу (фолікулоstimулювального та лютеїнізуючого гормонів, а також пролактину та кортизолу) досліджено імуноферментним методом з урахуванням фаз менструального циклу, стану вегетативного гомеостазу та порушення репродуктивного здоров'я у жінок фертильного віку. Виявилось, що серед обстежених жінок питома частка вищеназаних трьох видів патології виглядає таким чином: артифікований аборт — 15%, безпліддя — 24%, доброякісні пухлини матки (лейоміома) — 53%.
- Результати дослідження психоемоційного стану у жінок зі змінами репродуктивного здоров'я та порушенням вегетативного гомеостазу показали, що зміни в психоемоційному стані відбуваються у жінок зі всіма видами змін репродуктивного здоров'я на тлі порушень вегетативного гомеостазу і характеризуються проявами психоемоційного стресу високого і середнього рівнів, зниженням резервних можливостей організму, що проявляються дезадаптацією та вираженою особистою і ситуативною занепокоєністю, які залежать від різних змін вегетативного гомеостазу. Також показано роль стресорних механізмів у розвитку та загостренні соматоформних захворювань, які супроводжуються порушенням вегетативного гомеостазу у жінок зі змінами репродуктивного здоров'я. На тлі стресорного впливу на організм виникає психосоматична дезадаптація, що, у свою чергу, призводить до змін у різних системах організму, порушуються їх біологічні взаємозв'язки, наслідком яких є зміни в різних ланках вегетативної нервової системи та регуляції судинного тону.

Важливо, що результати імунологічних, гормональних, генетичних та психовегетативних досліджень, проведених вченими-клініцистами ІПАГ НАМН України, опосередковано вказують на наявність оксидативного стресу в організмі жінок із порушенням стану вегетативного гомеостазу та змінами репродуктивного

здоров'я. І це нескладно пояснити: на тлі соматоформних захворювань патологічний адренергічний вплив через систему ліполізу і фосфоліполізу активізує процеси перекисного окиснення ліпідів, а утворені в результаті цього процесу вільнорадикальні сполуки негативно впливають на біологічні мембрани, що в масштабах цілісного організму призводять до оксидативного стресу.

Найчастішими ускладненнями у період вагітності у жінок, які мали такі зміни репродуктивного здоров'я в анамнезі, як аборт, безпліддя та лейоміома матки, і страждали на порушення вегетативного гомеостазу, були загроза переривання вагітності (частіше в I і II триместр — 56%) та передчасні пологи (21%), а також гіпоксичні прояви у плода у період вагітності (58%) та в пологах (56%), затримка розвитку плода (25%).

У рамках розробленої комплексної схеми лікування порушень вегетативного гомеостазу у жінок зі змінами репродуктивного здоров'я вчений пропонує застосовувати, зокрема: психологічне розвантаження (ароматерапію, емоційну розгрузку, музикотерапію, аутотренінг); медикаментозну корекцію порушень вегетативного гомеостазу за допомогою фітопрепаратів; корекцію мікробіоценозу, імунологічних змін, регуляцію менструальної функції; безпосереднє лікування, спрямоване на усунення змін репродуктивного здоров'я.

Крім того, в рамках комплексної фармакотерапії при порушеннях вегетативного гомеостазу фахівці ІПАГ НАМН України з успіхом застосовували лікарські препарати, які:

- становлять комбінацію магнію в іонізованій формі (активатор понад 300 ферментних систем: прямий учасник синтезу АТФ, регуляції нервово-м'язової передачі, поляризації клітинної мембрани, синтезу нейропептидів etc.) та вітаміну B₆ (який дозволяє утримувати магній у клітині);
- містять діючу речовину аргінін (L-arginini hydrochloridum, або α-аміно-d-гуанідиновалеріанову кислоту) — амінокислоту, що належить до класу умовно незамінних амінокислот; є активним і різностороннім клітинним регулятором численних життєво важливих функцій організму; базовим субстратом для синтезу NO (фізіологічного вазодилатора та ангіопротектора): утворення NO з L-аргініну є фізіологічним процесом, спрямованим на підтримку нормального функціонування ендотелію (Bai Y. et al., 2009). Тож не дивно, що препарати на основі L-аргініну застосовуються для коригування артеріальної гіпертензії, метаболічного алкалозу, астеничних станів, порушення кровообігу в центральних і периферичних судинах etc. та показали свою доцільність, зокрема, при лікуванні жінок із порушенням вегетативного гомеостазу на тлі загальних змін репродуктивного здоров'я.

Вивчення катамнезу подальшого стану репродуктивного здоров'я показало, що в разі ефективно проведених лікувальних заходів у жінок, які перенесли артифіційний аборт, страждали на безпліддя та лейоміому матки на тлі порушень вегетативного гомеостазу, відновлювалася репродуктивна функція і у 82% випадків наставала бажана вагітність. «Але такі жінки потребують пильної уваги та подальших лікувальних заходів щодо порушень вегетативного гомеостазу», — зауважив доповідач.

Надзвичайно цікаві результати вельми актуального дослідження щодо переваг партнерських пологів, проведеного в ІПАГ НАМН України (на базі відділення впровадження та вивчення ефективності сучасних медичних технологій в акушерстві та перинатології) під керівництвом Наталії Скрипченко, доктора медичних наук, заслуженого лікаря України, представила лікар акушер-гінеколог першої категорії **Юлія Невишна**.

Партнерськими називають пологи, що проводяться у присутності чоловіка або членів родини чи близької особи (зі згоди вагітної), які надають психологічну підтримку вагітній. Встановлено, що основною психологічною потребою жінки під час пологів є відчуття безпеки та емоційного комфорту, що робить методи психопрофілактики складовою частиною супроводу під час пологів (Oden M., 2006). Тож мета дослідження вітчизняних фахівців — визначити доцільність впровадження психоемоційної, фізичної підготовки та підтримки вагітних і породіль, спрямованих на збереження фізичного і психічного здоров'я.

Когорту досліджуваних жінок розподілили на три групи: 1-ша група — 192 роділлі, що розроджуються в пологових залах звичайного типу; 2-га група — 98 роділь, які народжували в індиві-

дуальних пологових залах і не проходили допологової підготовки; 3-тя група — 134 роділлі, які народжували в індивідуальних пологових залах і проходили допологову підготовку. Критеріями включення до складу груп вибрано такі: доношена одноплідна вагітність (>37 тиж), головне передлежання плода, перші пологи, відсутність показань до планового кесаревого розтину, компенсований стан плода, відсутність тяжкої соматичної патології у роділлі.

Аналіз даних, отриманих щодо психоемоційного стану 524 вагітних, засвідчив підвищений рівень тривоги за перебігом вагітності та пологів, що відзначили 465 (88,7%) жінок, з них 289 (55,2%) мали підвищену втому, порушення сну, дратівливість, тривожність і зміни настрою. Психопрофілактичну роботу проводив психолог, який враховував специфіку їх психологічного стану і здійснював психологічний супровід перед пологами та психологічну підтримку під час пологів. Зокрема, перед пологами використовували методи релаксації, які тривали 15 хв та включали дихальну гімнастику (регуляція тривалості вдиху, видиху й паузи після видиху), що проводилася разом із лікувальною гімнастикою. Перед пологами особливу увагу приділяли тренуванню м'язів тазового дна, виконували вправи на розслаблення м'язів промежини, а також вправи, які покращують кровообіг у малому тазу. Впродовж першого періоду пологів застосовано розвантаження м'язів тазового дна з використанням надувних м'ячів фітбол, що сприяє зниженню травматизації тканин пологових шляхів.

На основі результатів за основними параметрами дослідження (табл. 2) доповідач озвучила чіткий і переконливий висновок, що проведення пологів в індивідуальних пологових залах на партнерських умовах та із застосуванням психологічного супроводу дозволило значно знизити психоемоційне напруження роділлі, необхідність пологопідсилення та знеболення, частоту травмування м'яких тканин, акушерську агресію в пологах. «Партнерські пологи — це не лише запорука успіху в контексті психоемоційного та фізичного здоров'я жінки, але й прямий шлях до збільшення кількості фізіологічних пологів», — підсумувала доповідач.

Таблиця 2. Доцільність впровадження психоемоційної підтримки та фізичної підготовки вагітних і породіль

Критерій	Результат (%) у групі		
	1-й	2-й	3-й
Пологопідсилення	24	12,2	9,4
Знеболення	34,4	16,3	12
Травми м'яких тканин	35	21,4	17,2
Фізіологічні пологи	53,2	75,5	85,1

Кольпоскопічно-цитологічні паралелі у вагітних різних вікових категорій окреслила для аудиторії група вчених з наукового відділення профілактики та лікування гнійно-запальних захворювань в акушерстві ІПАГ НАМН України (яке функціонує на базі клінічного пологового відділення для вагітних з акушерською патологією з кабінетом УЗД): заслужений лікар України, професор **Лариса Туманова**, старші наукові співробітники **Олена Коломієць**, **Ольга Беспалова**, **Наталія Бадзюк**.

Зазначалося, що патологічні процеси шийки матки мають значну питому вагу у структурі захворювань репродуктивної системи: їх виявляють серед 15–20% жінок репродуктивного віку та 5–9% жінок у постменопаузальний період. Згідно із сучасними уявленнями, тенденція до підвищення частоти виникнення прераку та раку шийки матки (РШМ) у жінок репродуктивного віку пов'язується, насамперед, зі зростанням захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом. РШМ характеризується значною частотою виникнення цієї патології здебільшого серед жінок соціально активного віку (а в багатьох випадках і статусу), агресивною інвазивністю, а також недостатньою ефективністю існуючого арсеналу методів лікування.

Тож не дивно, що в Україні РШМ посідає п'яту сходинку в структурі загальної онкологічної захворюваності та смертності серед жіночого населення і друге місце — всередині структури онкогінекологічної патології. За даними Національного канцер-реєстру України, щорічно виявляють понад 5 тис. первинних пацієнок із РШМ; захворюваність становить 21,8 випадку, а смертність — 8,9 випадку на 100 тис. жіночого населення. З усього кола злоякісних новоутворень, що виявляють у жінок, на РШМ припадає 6%. В Україні створено нормативно-правову базу, що забезпечує скринінг РШМ, зокрема:

- Наказ МОЗ України від 04.01.2001 р. № 1 «Про затвердження форм медичної облікової звітності, що використовується в лабораторіях лікувально-профілактичних установ»;
- Наказ МОЗ України від 31.12.2004 р. № 676 «Про затвердження клінічних протоколів надання акушерської та гінекологічної допомоги. Доброякісні та преракові процеси шийки матки»;
- Наказ МОЗ України від 28.10.2010 р. № 728 «Про диспансеризацію населення»;
- Наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторій акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»;
- Наказ МОЗ України від 02.04.2014 р. № 236 «Про затвердження і впровадження медико-технологічних документів щодо стандартизації медичної допомоги хворим на дисплазію та рак шийки матки».

Важливе контекстне уточнення прозвучало у площині вагітності. Серед вагітних загальна частота виявлення патології шийки матки становить 20–25% (з них фоніві процеси — 80%, преракові — до 20% (Русакевич П.С., 2006)); за даними МОЗ України станом на 2014 р., РШМ виявляють у 1,5–12 випадках на 100 тис. вагітностей (0,45–3,1%). Дисплазія — це порушення проліферації та диференціації клітин з розвитком клітинної та ядерної атипії і порушенням гістоархитектоники. Це підступні, зазвичай безсимптомні преінвазивні стани, не помітні для неозороного ока. А вагітність — із притаманним для неї фізіологічним імунodefіцитом — чинить несприятливий (стимулювальний) вплив на клінічний перебіг доброякісних та преракових процесів шийки матки, прискорюючи утворення раку.

З огляду на значну актуальність проблеми РШМ серед пацієнток старших вікових категорій та вагітних із великим інтергенетичним інтервалом (термін між пологами — понад 19 років), статистичні вчені-клініцисти на основі власних досліджень роблять висновки та наводять рекомендації. Рівень передракової патології шийки матки у вагітних із великим інтергенетичним інтервалом досягає 18,3%, а з оптимальним інтервалом (3–6 років) — 2,3% за даними кольпоскопії; відповідно 19,9 та 2,4% — при цитологічному дослідженні. Незначна різниця щодо преракових станів шийки матки серед жінок із великим інтергенетичним інтервалом (18,3%) та першопородль зрілого віку (15%) свідчить про те, що зі збільшенням віку вірогідність самоелімінації вірусу папіломи людини знижується, відповідно, зростає ризик виникнення прераку та РШМ. Першовагітним у віці старше 35 років і повторновагітним із великим інтергенетичним інтервалом обов'язково при першому візиті до жіночої консультації необхідно проводити кольпоскопічний огляд, окрім взяття цитологічного мазка. У разі виявлення відповідних ризиків кольпоскопічний та цитологічний контроль повторюють 1 раз на 3 міс протягом усієї вагітності з обов'язковим проведенням дослідження методом полімеразної ланцюгової реакції щодо вірусу папіломи людини.

* * *

«Безплідність і молочна залоза» — у цій актуальній темі дискусійні акценти проставляли представники відділення планування сім'ї та реабілітації репродуктивної функції жінок ІПАГ НАМН України на чолі з професором **Аллою Карнацькою**.

Згідно з визначенням ВООЗ (1986), безплідним є шлюб, в якому, незважаючи на регулярне статеве життя без використання протизаплідних засобів, у жінки не виникає вагітності протягом 1 року, за умови, що чоловік і жінка перебувають у дітородній віці. Кількість безплідних подружніх пар у світі становить 10–15%; в Україні — 15–20% (станом на 2014 р. — близько 1 млн безплідних жінок; з тих, що звертаються (активне виявлення) — до 30% (у той час, як вже 15% є показником того, що проблема набула державного значення)).

Водночас мастопатія (ВООЗ, 1984), або, як її ще називають, фіброзно-кістозна хвороба, чи дисгормональна дисплазія, — це захворювання молочної залози поза вагітністю, що характеризується спектром проліферативних і регресивних змін сполучної тканини молочної залози з порушенням співвідношення епітеліального та сполучно-тканинного компонентів. Характеризується як проліферативними (гіперплазія, проліферація часточок, проток, сполучної тканини), так і регресивними змінами: атрофія, фіброз, утворення кіст.

Молочна залоза — дзеркало дисгормональних порушень в організмі жінки. А прогестеронова недостатність на тлі відносної

чи локальної гіперестрогенії — основний причинний фактор масталгії та розвитку доброякісної дисплазії молочної залози (ДДМЗ) у жінок. Епідеміологічний аспект:

- у кожній другій жінки протягом життя можливий розвиток мастопатії (Goehring С., 1997);
- у пременопаузальний період фіброзно-кістозна хвороба становить 70% усіх ДДМЗ (Marchant D., 1982);
- за даними аутопсії, до менопаузи 30–50% жінок мають морфологічні ознаки мастопатії (Vorher Н., 1988); серед гінекологічних хворих — 36–95% (Бурдина Л.М., 1993); у жінок із пухлиноподібними утвореннями яєчників — 69% (Адамян Л.В., 1989); у жінок із безпліддям — 75–95% (Бурдина Л.М., 1993) або 87,1% (за власними даними, 2016);
- найвища вірогідність відносного ризику подальшого розвитку раку молочної залози у жінок із мастопатією — при виявленні проліфераційної атипії та з наявністю раку молочної залози у найближчих родичів (Dupont W., Page D., 1985).

«Патологічна інволюція починається тоді, коли штучне переривання вагітності перериває проліферативні процеси в молочних залозах, у зв'язку з чим гіперплазована тканина піддається зворотному розвитку. Ці регресивні зміни можуть стати пусковим моментом для формування дифузних і вузлових мастопатій», — застерігає науковець.

Серед найбільш застосовуваних та інформативних методів обстеження молочних залоз у жінок із безплідністю виокремлено такі:

- УЗД молочних залоз (у тому числі еластографія);
- мамографія (з віку 35–40 років або за показаннями);
- магнітно-резонансна томографія молочних залоз;
- біопсія, пункція;
- цитологічне обстеження виділень із сосків (маркери проліферації, рецепція);
- генетичні (при обтяженому родоводі обов'язкове тестування мутацій в генах (BRCA-1,2));
- безплідний шлюб є показанням до генетичного обстеження шлюбної пари (згідно з Європейськими репродуктивними протоколами).

У ході власних практичних наукових досліджень встановлено достовірний зв'язок між розвитком безплідності за генотипом +874ТА за геном IFN. Розвиток безплідності за наявності цього генотипу достовірно супроводжувався появою мастопатії. А на останок доповідач поінформувала аудиторію щодо принципів терапії ДДМЗ у жінок із безплідністю, серед яких:

- седативні засоби;
- протизапальна терапія (нестероїдні протизапальні препарати), препарати йоду;
- препарати, що знижують вміст пролактину;
- фіто- або гомеопатична терапія;
- системна ензимотерапія (сприяє зменшенню набряку тканин, покращує реологію, чинить протизапальну дію);
- гормональні препарати (гестагени внутрішньо чи трансдермально, антиестрогени);
- препарати, що пригнічують гонадотропну функцію гіпофізу, секрецію лютеїнізуючого і фолікулостимулюючого гормонів, позитивно впливають на всі форми гіперпластичних процесів у молочній залозі.

Негормональні методи терапії ДДМЗ приносять суперечливі результати. Успішне застосування деяких поширених схем лікування масталгії (діуретики, вітаміни, олія вечірньої примули, екстракт Viteх Agnus castus) пояснюється тенденцією до самовільної регресії масталгії у більшості жінок і ефектом плацебо, оскільки ефективність жодного з вищенаведених методів не доведена в багаточисельних рандомізованих дослідженнях (Сметник В.П. і соавт., 2009).

Останнє застереження щодо лікування безплідності у жінок з ДДМЗ зроблено на тому, що використання індукторів овуляції при безплідності викликає занепокоєння, спричинене можливим ризиком виникнення онкологічних захворювань, особливо у жінок з ДДМЗ в анамнезі. І незважаючи на суперечливість результатів клінічних досліджень, провідні вітчизняні вчені-фахівці у предметній галузі вважають за доцільне використання терапії прикриття (мамопротекторів).

Пилип Снігирьов,
фото Сергія Бека