

УДК 616.366-003.7-053.4/6-055.15-055.25-078:577.125

Е.В. Шутова

Возрастные и гендерные особенности липидного профиля у детей и подростков с желчнокаменной болезнью

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

PERINATOLOGY AND PEDIATRIC. UKRAINE. 2017.3(71):115-119; doi 10.15574/PP.2017.71.115

Цель — изучить особенности липидного профиля у детей и подростков с желчнокаменной болезнью с учетом пола и возраста.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 79 детей (44 девочки и 35 мальчиков) в возрасте 4–17 лет с желчнокаменной болезнью. Для интерпретации полученных данных выделены группы соответственно возрасту: 4–8 лет, 10–13 лет, 14–17 лет. Качественная оценка показателей липидного профиля у детей и подростков проведена согласно адаптированным критериям NCEP/ATP III и IDF. При статистической обработке использованы лицензированные программные продукты (Statistica, Excel).

Результаты. У мальчиков 4–7 лет уровень общего холестерина, липопротеидов высокой плотности и липопротеидов низкой плотности был достоверно выше, чем у девочек-сверстниц ($p < 0,05$). В группе подростков 10–13 лет наибольшие значения липопротеидов высокой плотности и липопротеидов очень низкой плотности наблюдались у девушек ($p < 0,05$), а значения коэффициента атерогенности, напротив, — у мальчиков ($p < 0,05$). Выявлены разнонаправленные корреляции возраста пациента с липопротеидами высокой плотности (у мальчиков: $r = -0,83$; $p < 0,001$, у девочек: $r = 0,98$; $p < 0,01$) и липопротеидами низкой плотности (у мальчиков: $r = -0,72$; $p < 0,001$, у девочек: $r = 0,58$; $p < 0,01$).

Выводы. У детей с желчнокаменной болезнью особенности липидного спектра определяются полом, возрастом и длительностью заболевания. Наибольшие отклонения в обмене липидов характерны для мальчиков 4–7 лет и девушек 14–17 лет. Особенностью дислипидемии у пациентов с желчнокаменной болезнью является увеличение уровня общего холестерина и липопротеидов высокой плотности на фоне повышения продукции липопротеидов низкой плотности и снижения липопротеидов очень низкой плотности.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, диагностика, липидный профиль, пол, возраст, дети.

Age and gender peculiarities of lipid profile in children and adolescents with cholelithiasis

O.V. Shutova

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine

Purpose — to study the features of the lipid profile in children and adolescents with cholelithiasis, taking into account gender and age.

Patients and methods. Under supervision were 79 children (44 girls and 35 boys) 4–17 years with cholelithiasis (CSF). For the interpretation of the data obtained, groups were assigned according to age: 4–8 years, 10–13 years, 14–17 years. Qualitative assessment of lipid profile in children and adolescents was carried out in accordance with the adapted criteria of NCEP / ATP III and IDF. At statistical processing the licensed software products (Statistica, Excel) are used.

Results. In boys 4–7 years, the level of OXC, HDL cholesterol and LDL cholesterol was significantly higher than that of female girls ($p < 0,05$). In the group of adolescents aged 10–13 years, the highest values of HDL cholesterol and cholesterol-lowering cholesterol were determined in girls ($p < 0,05$), and the values of atherogenicity coefficient, in contrast, in boys ($p < 0,05$). Multidirectional correlations of the patient's age with HDL cholesterol were found (in boys: $r = -0,83$, $p < 0,001$, in girls: $r = 0,98$, $p < 0,01$) and LDL cholesterol (in boys: $r = -0,72$; $p < 0,001$, in girls: $r = 0,58$, $p < 0,01$).

Conclusions. In children with CSF, the characteristics of the lipid spectrum are determined by sex, age and duration of the disease. The greatest deviations in lipid metabolism are characteristic for boys 4–7 years and girls 14–17 years. The peculiarity of dyslipoproteinemia in patients with GAD is an increase in the level of OXC and HDL cholesterol on the background of increased LDL cholesterol production and a decrease in VLDL cholesterol.

Key words: cholelithiasis, diagnosis, lipid profile, sex, age, children.

Вікові та гендерні особливості ліпідного профілю в дітей та підлітків із жовчнокам'яною хворобою

О.В. Шутова

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета — вивчити особливості ліпідного профілю в дітей та підлітків із жовчнокам'яною хворобою з урахуванням статі та віку.

Пацієнти та методи. Під спостереженням знаходилося 79 дітей (44 дівчинки та 35 хлопчиків) віком 4–17 років із жовчнокам'яною хворобою. Для інтерпретації отриманих даних виділено групи відповідно до віку: 4–8 років, 10–13 років, 14–17 років. Якісна оцінка показників ліпідного профілю в дітей та підлітків проведена згідно з адаптованими критеріями NCEP/ATP III і IDF. При статистичній обробці використано ліцензовані програмні продукти (Statistica, Excel).

Результати. У хлопчиків 4–7 років рівень загального холестерину, ліпопротеїдів високої щільності та ліпопротеїдів низької щільності був достовірно вищим, ніж у дівчаток-рівесниць ($p < 0,05$). У групі підлітків 10–13 років найбільші значення ліпопротеїдів високої щільності і ліпопротеїдів дуже низької щільності спостерігалися в дівчат ($p < 0,05$), а значення коефіцієнта атерогенності, навпаки, — у хлопчиків ($p < 0,05$). Виявлено різноспрямовані кореляції віку пацієнта з ліпопротеїдами високої щільності (у хлопчиків: $r = -0,83$; $p < 0,001$, у дівчаток: $r = 0,98$; $p < 0,01$) і ліпопротеїдами низької щільності (у хлопчиків: $r = -0,72$; $p < 0,001$, у дівчаток: $r = 0,58$; $p < 0,01$).

Висновки. У дітей із жовчнокам'яною хворобою особливості ліпідного спектру визначаються статтю, віком і тривалістю захворювання. Найбільші відхилення в обміні ліпідів характерні для хлопчиків 4–7 років і дівчат 14–17 років. Особливістю дисліпопротеїдемії в пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою є зростання рівня загального холестерину і ліпопротеїдів високої щільності на тлі підвищення продукції ліпопротеїдів низької щільності та зниження ліпопротеїдів дуже низької щільності.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, діагностика, ліпідний профіль, стать, вік, діти.

Введение

Заболевания билиарного тракта у детей в последние годы все чаще привлекают внимание в педиатрической практике. По данным разных авторов, наблюдается высокий уровень распространенности функциональных заболеваний желчевыводящих путей (ЖВП); отмечается рост воспалительных заболеваний и группы обменных заболеваний [1, 6, 9, 12]. Одна из обсуждаемых проблем в педиатрии и детской гастроэнтерологии — «билиарный сладж» как эхографический и клинический синдром. В современной классификации желчнокаменной болезни (ЖКБ) варианты «билиарного сладжа» рассматриваются как начальная стадия ЖКБ. Желчнокаменная болезнь в детском возрасте является серьезной медико-социальной проблемой вследствие своего хронического рецидивирующего течения, развития тяжелых осложнений, снижения качества жизни и социальной адаптации детей [1, 10, 15]. В детском возрасте, по данным разных авторов, холелитиаз (на стадии сформировавшихся камней) составляет до 3–5% в структуре билиарной патологии [5, 7, 14]. В настоящее время очевидным становится рост обменных заболеваний ЖВП, появление новых для педиатрии проблем билиарного тракта, регистрация патологии среди детей младшей возрастной группы. Принимая во внимание увеличение частоты обменных заболеваний ЖВП, сложность эффективной литолитической терапии при сформировавшихся конкрементах, необходимость хирургического вмешательства, ЖКБ можно рассматривать как одну из наиболее актуальных проблем педиатрической гастроэнтерологии [5, 13]. Несмотря на хорошо изученные и доказанные звенья патогенеза холелитиаза у детей, остается много вопросов, связанных с факторами риска формирования ЖКБ, ранней диагностикой холелитиаза на предкаменной стадии и тактикой ведения пациентов детского возраста на этапах формирования заболевания.

В последнее время выдвинуто предположение о единообразном механизме возникновения холестериновых и пигментных конкрементов в соответствии с новыми данными о везикулярном транспорте липидов желчи [5, 8, 12]. В последние годы отмечается тенденция увеличения пациентов детского возраста с холестериновыми конкрементами [1, 7, 11]. Все большее значение у данной группы детей приобретает наличие коморбидной патологии, связанной и/или обусловленной нарушением обмена холестерина. Дальнейшего изучения требуют

факторы риска, способствующие нарушению метаболизма холестерина.

Работа выполнена в рамках НИР Харьковской медицинской академии последиplomного образования (ХМАПО) «Структурно-функциональная характеристика заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей: принципы профилактики и лечения», № государственной регистрации 0111U003591.

Цель исследования — изучить особенности липидного профиля у детей и подростков с ЖКБ с учетом пола и возраста.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением на кафедре педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии ХМАПО и в гастроэнтерологическом отделении КУОЗ «Харьковская городская детская клиническая больница № 19» находилось 79 детей с ЖКБ в возрасте от 4 до 17 лет (35 мальчиков и 44 девочки). Критериями включения в исследование выбраны: наличие ЖКБ; отсутствие другой патологии, связанной с нарушением липидного обмена; возраст пациентов от 4 до 17 лет; письменное согласие родителей и детей на участие в исследовании. Диагноз заболевания верифицирован на основании клинического и лабораторно-инструментального исследования согласно унифицированным протоколам оказания медицинской помощи детям с патологией органов пищеварения [4]. Для интерпретации полученных данных выделены группы соответственно возрасту: 4–8 лет, 10–13 лет, 14–17 лет. Учитывая высокую значимость нарушений обмена липидов в генезе камнеобразования, у наблюдаемых детей проведено исследование липидного профиля крови [3, 6, 11]. Определен уровень общего холестерина (ОХС), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ) в крови ферментативно-колориметрическим методом с использованием наборов фирмы Roche Diagnostics (Швейцария) на анализаторе Cobas 6000. Показатели липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) и значения коэффициента атерогенности (КА) определены непрямым расчетным методом. Уровень ЛПНП и ЛПОНП определен по стандартной методике Фридвальда (формулы 1.1 и 1.2), КА — по формуле 1.3.

$$\text{ЛПОНП} = \text{ТГ} / 2,2 \quad (1.1)$$

$$\text{ЛПНП} = \text{ОХС} - \text{ЛПВП} - \text{ЛПОНП} \quad (1.2)$$

$$\text{КА} = \text{ЛПНП} / \text{ЛПВП} \quad (1.3)$$

Таблица

Показатели липидного профиля у детей и подростков с желчнокаменной болезнью (M±m)

Показатель	Пол, возраст				
	девочки			мальчики	
	4–7 лет (n=7)	10–13 лет (n=19)	14–17 лет (n=18)	4–7 лет (n=12)	10–13 лет (n=23)
ОХС, ммоль/л	3,70±0,50	3,94±0,31	6,31±0,34(2)3)	4,53±0,22*	3,39±0,08
p k-w	<0,001			<0,001	
ЛПВП, ммоль/л	1,04±0,03	1,47±0,15 ¹⁾	1,91±0,012)3)	1,39±0,06*	0,95±0,06*
p k-w	<0,001			<0,001	
ЛПНП, ммоль/л	2,28±0,43	2,23±0,22	4,07±0,322)3)	2,90±0,19*	2,01±0,09
p k-w	<0,05			<0,001	
ЛПОНП, ммоль/л	0,43±0,06	1,47±0,15 ¹⁾	0,33±0,013)	0,40±0,10	0,44±0,05*
p k-w	<0,01			>0,05	
ТГ, ммоль/л	0,81±0,10	0,97±0,10	0,79±0,01	0,99±0,12	0,93±0,13
p k-w	>0,05			>0,05	
КА, у.е.	2,47±0,37	1,82±0,20	2,29±0,17	2,17±0,19	2,69±0,31*
p k-w	>0,05			>0,05	

Примечания: * – достоверность отличия у девочек и мальчиков одинакового возраста (p<0,05); p k-w – достоверность отличия у пациентов одного пола и разного возраста; ¹⁾ – достоверность отличия у девочек 4–7 лет и 10–13 лет (p<0,05); ²⁾ – достоверность отличия у девочек 4–7 лет и 14–17 лет (p<0,05); ³⁾ – достоверность отличия у девочек 10–13 лет и 14–17 лет (p<0,05);

Качественная оценка показателей липидного профиля у детей и подростков проведена в соответствии с адаптированными критериями NCEP/АТР III и IDF [14].

Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинской Декларации. Протокол исследования одобрен Локальным этическим комитетом всех участвующих учреждений. На проведение исследований получено информированное согласие родителей детей (или их опекунов).

При статистической обработке использованы лицензированные программные продукты (Statistica, Excel). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ показателей липидного профиля у пациентов с ЖКБ с учетом пола и возраста позволил установить, что у девочек 14–17 лет уровень ОХС (6,31±0,34 ммоль/л) был достоверно выше, чем у пациенток 4–7 лет (3,70±0,50 ммоль/л; p<0,05) и 10–13 лет (3,94±0,31 ммоль/л; p<0,05), (таблица).

Также у пациенток старшей возрастной группы определялся более высокий уровень ЛПВП (1,91±0,01 ммоль/л), который достоверно превышал показатели у девочек 4–7 лет (1,04±0,03 ммоль/л; p<0,05) и 10–13 лет (1,47±0,15 ммоль/л; p<0,05), что сочеталось с увеличением показателей ЛПНП (4,07±0,32 ммоль/л) и снижением уровня ЛПОНП (0,33±0,01 ммоль/л). У девочек

4–7 лет и 10–13 лет значения ЛПНП были достоверно ниже (2,28±0,43 ммоль/л; p<0,05 и 2,23±0,22 ммоль/л; p<0,05, соответственно). Наибольший уровень ЛПОНП отмечался у девушек 10–13 лет (1,47±0,15 ммоль/л), который достоверно превышал показатели как в младшей (0,43±0,06 ммоль/л, p<0,05), так и в старшей возрастных группах (0,33±0,01 ммоль/л, p<0,05). Показатели ТГ и КА в различных возрастных группах достоверно не отличались.

Возрастные изменения показателей липидного профиля у мальчиков имели свои особенности. Так, у мальчиков 4–7 лет значения ОХС (4,53±0,22 ммоль/л) и ЛПВП (1,39±0,06 ммоль/л) были достоверно выше, чем у подростков 10–13 лет (ОХС: 3,39±0,08 ммоль/л; p<0,05 и ЛПВП: 0,95±0,06 ммоль/л; p<0,05). У мальчиков младшего возраста показатели ЛПНП также были достоверно выше (2,90±0,19 ммоль/л; p<0,05). Уровень ЛПОНП, ТГ и КА не зависели от возраста.

Сопоставляя значения липидов у девочек и мальчиков одного возраста, установлено, что у мальчиков 4–7 лет уровень ОХС, ЛПВП и ЛПНП был достоверно выше, чем у девочек-сверстниц (p<0,05). В группе подростков 10–13 лет наибольшие значения ЛПВП и ЛПОНП определялись у девушек (p<0,05), а значения КА, напротив, – у мальчиков (2,69±0,31 у.е. против 1,82±0,20 у.е.; p<0,05)

Проведение корреляционного анализа между показателями липидного профиля, возрастом и длительностью заболевания позволи-

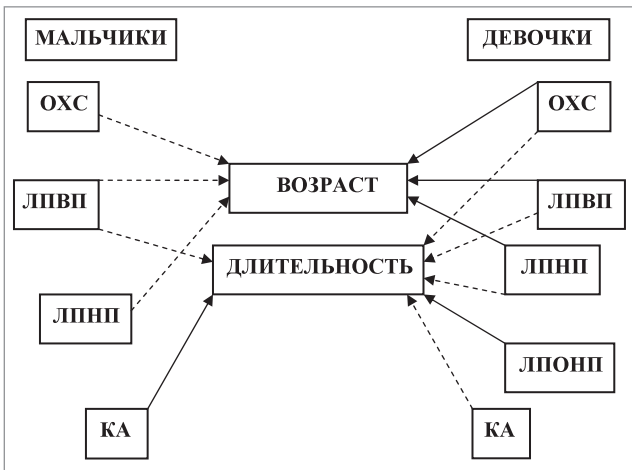


Рис. Гендерные особенности корреляционных взаимосвязей показателей липидного профиля с возрастом и длительностью заболевания у детей и подростков с желчнокаменной болезнью

ло выявить положительную взаимосвязь возраста пациента с уровнем ОХС ($r=0,43$; $p<0,01$), ЛПВП ($r=0,54$; $p<0,001$) и ЛПНП ($r=0,34$; $p<0,05$). Также установлено, что длительность заболевания положительно коррелировала с уровнем ТГ ($r=0,35$; $p<0,05$) и отрицательно — с ОХС ($r=-0,41$; $p<0,01$), ЛПВП ($r=-0,61$; $p<0,001$) и ЛПНП ($r=-0,38$; $p<0,01$).

Анализ корреляционных взаимосвязей с учетом пола пациента свидетельствует о существовании гендерных отличий (рис.).

Так, у мальчиков ОХС отрицательно коррелировал с возрастом ($r=-0,76$; $p<0,001$), а у девочек — положительно с возрастом ($r=0,68$; $p<0,001$) и отрицательно — с длительностью заболевания ($r=-0,75$; $p<0,001$).

Выявлены разнонаправленные корреляции возраста пациента с ЛПВП (у мальчиков: $r=-0,83$; $p<0,001$, у девочек: $r=0,98$; $p<0,01$) и ЛПНП (у мальчиков: $r=-0,72$; $p<0,001$, у девочек: $r=0,58$; $p<0,01$). Длительность заболевания отрицательно коррелировала с ЛПВП как у мальчиков ($r=-0,77$; $p<0,001$), так и у девочек ($r=-0,43$; $p<0,05$). Также у девочек выявлена отрицательная корреляция длительности заболевания с ЛПНП ($r=-0,75$; $p<0,001$) и положительная — с ЛПОНП ($r=0,53$; $p<0,01$). Указанные отличия нашли свое отражение в характере взаимосвязи между длительностью

заболевания и КА (у мальчиков: $r=0,76$; $p<0,001$, у девочек: $r=-0,61$; $p<0,01$).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что у детей и подростков с ЖКБ характер липидного профиля определяется как полом, так и возрастом. Несмотря на имеющиеся сходные тенденции в возрастных изменениях липидного спектра, имеются и гендерные особенности, что необходимо учитывать. Согласно полученным результатам, наиболее выраженные изменения липидного профиля отмечаются у девочек в пре- и пубертатном периоде, что связано с особенностями гормональной регуляции, синтезом и преобразованием эстрогенов. Именно в старшей возрастной группе особенно важна профилактика метаболических нарушений и своевременная коррекция. У мальчиков отмечается тенденция к наиболее выраженным изменениям обмена липидов в младшей возрастной группе, что можно объяснить ведущей ролью в генезе заболевания совокупности факторов, связанных с формированием первичной патологии билиарного тракта.

Выводы

У детей и подростков с ЖКБ особенности липидного спектра определяются полом, возрастом и длительностью заболевания.

Установлено, что наибольшие отклонения в обмене липидов характерны для мальчиков 4–7 лет и девушек 14–17 лет.

Характерной особенностью дислипидемии у пациентов с ЖКБ является увеличение уровня ОХС и ЛПВП на фоне повышения продукции ЛПНП и снижения ЛПОНП.

Изменение показателей липидного профиля в группе детей с холелитиазом свидетельствует о значимости дислипидемии как фактора формирования заболевания.

Выявление и коррекция дислипидемии у детей из группы риска по ЖКБ может рассматриваться как один из вариантов профилактики формирования и прогрессирующего течения холелитиаза в детском возрасте.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Желчнокаменная болезнь. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике : пособие для врачей / Т.Э. Скворцова, С.И. Ситкин, В.Г. Радченко [и др.]. — Москва: Форте принт, 2013. — 32 с.
2. Запруднов А.М. Билиарная патология у детей / А.М. Запруднов, Л.А. Харитоновна. — Москва: Мединфармагентство, 2008. — 376 с.
3. Тюрюмин Я.Л. Физиология обмена холестерина (обзор) / Я.Л. Тюрюмин, В.А. Шантуров, Е.Э. Тюрюмина // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2012. — № 2 (84), ч. 1. — С. 153—158.
4. Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення: наказ МОЗ України

- від 29.01.2013 № 59 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/docfiles/dod59_2_2013.pdf (дата звернення: 15.12.2016). — Назва з екрана.
5. Шадрин О.Г. Оценка показателей аполипептинов АРО-А1, АРО-В, АРО-Е и их взаимосвязь с фенотипом АРО-Е у детей с желчнокаменной болезнью / О.Г. Шадрин, Е.В. Шутова // East European Scientific Journal. — 2015. — Т. 4, № 1. — С. 149–153.
 6. Шутова Е.В. Оптимизация диагностики ранней стадии желчнокаменной болезни у детей / Е.В. Шутова, О.Ю. Белоусова, Н.В. Павленко // Современная педиатрия. — 2015. — № 2 (36). — С. 88–91.
 7. Шутова Е.В. Особенности клинического течения и биохимические маркеры желчнокаменной болезни у детей / Е.В. Шутова // Перинатология и Педиатрия. — 2014. — № 2 (58). — С. 119–123. — doi: 10.22141/2224-0551.5.73.1.2016.78951.
 8. Шутова Е.В. Полиморфизм гена аполипептина Е и нарушения липидного обмена у детей с желчнокаменной болезнью/ Е.В. Шутова // Здоровье ребенка. — 2016. — № 5 (73). — С. 101–106.
 9. Щербинина М.Б. Желчнокаменная болезнь: терапевтические аспекты : монография / М.Б. Щербинина. — Киев: Медкнига, 2012. — 223 с.
 10. Characteristics of pediatric patients with biliary lithiasis. Immediate post-operative evolution / D. Espinosa-Saavedra, J. Flores-Calderon, B. Gonzalez-Ortiz, P. Rodriguez-Gonzalez // Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. — 2014. — Vol. 52, Suppl. 2. — P. 74–77.
 11. Cholesterol and non-cholesterol sterols in serum and gallstones interfere with pathogenesis of pediatric gallstone disease : poster presentations 1310 / M.J. Nissinen, M.P. Pakarinen, H. Gylling, A. Koivusalo // Hepatology. — 2013. — Vol. 58, N 4 (Suppl. 1): Abstracts of the 64th Annual Meeting of the American Association for the Study of Liver Diseases: the Liver Meeting 2013, November 1–2, 2013, Washington, D.C., USA. — P. 844A.
 12. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones / European Association for the Study of the Liver (EASL) // J. Hepatol. — 2016. — Vol. 65, N 1. — P. 146–181. — doi: 10.1016/j.jhep.2016.03.005. 19.
 13. Jolliffe C.J. Development of age-specific adolescent metabolic syndrome criteria that are linked to the Adult Treatment Panel III and International Diabetes Federation criteria / C.J. Jolliffe, I. Janssen // J. Am. Coll. Cardiol. — 2007. — Vol. 49, N 8. — P. 891–898.
 14. Stinton L.M. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer / L.M. Stinton, E.A. Shaffer // Gut Liver. — 2012. — Vol. 6, N 2. — P. 172–187.
 15. Svensson J. Gallstone disease in children / J. Svensson, E. Makin // Semin. Pediatr. Surg. — 2012. — Vol. 21, N 3. — P. 255–265.

Сведения об авторах:

Шутова Елена Валентиновна — к.мед.н., доц. каф. педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования. Адрес: г. Харьков, ул. Котлова, 19; тел. (057) 725-03-58.

Статья поступила в редакцию 12.06.2017 г.

НОВОСТИ

МОЗ України розпочало розглядати випадки материнської смертності за світовими стандартами

Загибель пацієнта — це непоправна втрата та велике горе для родини, разом із тим — це завжди переживання для лікаря. Особливо важко говорити про смерть вагітних та породіль, однак материнської смертності не вдається уникнути в жодній країні світу. Згідно з даними Фонду народонаселення ООН у 2015 році більше **300 тис жінок померли від причин, пов'язаних з вагітністю та пологами.**

Материнська смертність є одним з інтегральних індикаторів здоров'я країни та показником якості медичної допомоги.

Аналіз будь-якої проблеми має бути спрямований на її вирішення. Тому дослідження причин материнської смертності необхідно проводити, в першу чергу, для подальшого зниження її рівня, для з'ясування можливих шляхів порятунку породіль та немовлят, для визначення тих напрямків роботи, які сприятимуть запобігання цих втрат в майбутньому.

Система аналізу випадків материнської смертності, яка існувала в Україні донедавна, була радянською спадщиною. Для лікарської спільноти це була репресивна, неефективна та далеко не завжди справедлива система. За роки існування цієї системи, так і не відбулося значних зрушень та покращення надання медич-

ної допомоги пацієнткам. До того ж, статистичні показники материнської смертності часто фальсифікувалися. Це була система — основною метою якої були показові покарання, а не досягнення реального результату.

У сучасному світі діє система конфіденційного дослідження випадків материнської смерті, завдання якої — виявити медичні і немедичні чинники, що призвели до смерті жінки під час вагітності, пологів чи в післяпологовий період, щоб зрештою знизити рівень материнської захворюваності і смертності, поліпшити якість надання медичних послуг вагітним, роділлям та породіллям та усунути системні порушення, які призводять до смерті жінок.

Уперше, за роки незалежності, МОЗ України розпочало розглядати випадки материнської смертності за світовими стандартами, запровадивши їх комісійне конфіденційне дослідження, відповідно до рекомендацій Фонду народонаселення ООН та Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Ці дослідження повинні відбуватися в професійному середовищі, бути незалежним від політичних спекуляцій та мати на меті порятунок матерів та немовлят. І лише цинічні політики, можуть використовувати чуже горе для маніпуляцій та піару.

http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20170908_a.html