

# НАДІЯ

Клініка Репродуктивної Медицини

## Від «Надії» – до радості

Світлана ФІЛОНЕНКО,  
Ольга ПРОКОПЧУК (фото)



18

**Засновники клініки «Надія» працюють у галузі репродуктивної медицини вже понад 15 років.**

**Відкриваючи заклад 2006 року, вони реалізували найкраще зі свого багаторічного досвіду.**

**Ми звернулися до директора з наукової роботи й розвитку клініки Ірини СУДОМА з проханням розповісти про досягнення і перспективи їхньої клініки:**

– На початок нинішнього століття репродуктивна медицина увібрала в себе досягнення багатьох наук: гінекології і андрології, біології, генетики, кріобіології. Основні напрями діяльності нашої клініки, крім допоміжних репродуктивних технологій, – медицина плода, амбулаторна акушерськогінекологічна допомога (спостереження вагітності і гінекологічні консультації), оперативна гінекологія.

Крім того, «Надія» застосовує такі дослідження, процедури і методики, до яких ніде в Україні не вдаються. Наприклад, процедура *IMSI* (від міжнародної назви – *Intracytoplasmic Magnificant Sperm Injection*) – дослідження і вибір під стереомікроскопом найкращих (за всіма необхідними показниками) сперматозоїдів, що за певних видів чоловічої неплідності дуже важливо. Цю новітню технологію використовують лише у двох-трьох клініках світу. Другий приклад: досить поширеними є випадки **еритроцитарної алімунізації** (несумісності матері й плода за резус-фактором), коли резус-фактор матері негативний, а батька – позитивний, який і успадковує дитина; це може призводити до резус-конфлікту між мамою і дитиною в її лоні та виразної анемії немовляти. За таких умов дитина може загинути ще до народження чи одразу після нього або стати інвалідом унаслідок токсичного ураження. Ми допомагаємо уникнути повторення таких випадків, визначаючи резус-фактор зародка і переносячи до порожнини матки лише зародки з негативним резус-фактором. Ми також маємо змогу лікувати таких дітей внутрішньоутробно – під контролем ультразвуку їм переливається донорська кров через судини пуповини.

Наша генетична лабораторія працює над такими проблемами, яких навіть українські науково-дослідні інститути не вивчають. Ми широко використовуємо методику *передімплантаційної генетичної діагностики (ПГД)* не лише для визначення резус-фактора в отриманих за програмами допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) зародків ще до перенесення їх у матку, а й для дослідження їхнього каріотипу (набору хромосом), генних мутацій, що спричиняють розвиток тяжких спадкових захворювань. Ембріони, не перенесені до матки, консервуються шляхом заморожування. Ми укладаємо угоди з батьками, де прописуються умови, за якими дається дозвіл використовувати ці ембріони для наукових досліджень; частина пар дарує їх тим, у кого не може бути своїх зародків; частина родин просить знищити свої ембріони, і ми їх розморожуємо.

Ще один дуже важливий для нас напрям – мінімізація невдалих спроб допоміжних репродуктивних техно-

логій. Загалом частота настання вагітності у пацієнтів клініки кожного місяця – не менш як 40 відсотків, серед тих, хто пройшов першу програму лікування, цей показник за 2009 рік становив 56 відсотків. Вважається, що близько 70–80% усіх пар, які звертаються по допомогу, в межах трьох спроб запліднення *in-vitro* (ЗІВ) отримують результат, тобто вагітність. Але 30 відсоткам пацієнтів завагітніти не вдається, тому ця їх категорія належить до «багаторазових невдалих програм ДРТ». Причини тут різні, зокрема генетичні чи імунологічні проблеми. У цій групі, що вважається найважчою, світові показники настання вагітності за програмами ДРТ коливаються від 5 до 20 відсотків. У «Надії» цей показник – 20–35%. Ми маємо відпрацьований комплекс обстежень для цієї категорії пацієнтів, що передбачає дуже серйозні генетичні, імунологічні, гістологічні та морфологічні дослідження. Водночас намагаємося допомогти таким людям, пропонуючи їм різні фінансові знижки (іноді навіть безкоштовні цикли ДРТ), бо та-

Жінка **Віче**  
журналу



**Ірина СУДОМА** – директор з науки і розвитку клініки «Надія». Доктор медичних наук, професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО імені П. Л. Шупика. Загальний стаж роботи в галузі акушерства та гінекології – 27 років, у галузі репродуктивної медицини працює з 1996 року. Попередні посади й місце роботи – науковий директор клініки «Ісіда». Автор 150 наукових праць і монографій. У 2006 році захистила першу в Україні докторську дисертацію з проблем допоміжних репродуктивних технологій. Дійсний член Європейського товариства репродуктологів і ембріологів (*ESHRE*) та

Світового товариства ультразвуку в акушерстві та гінекології (*ISUOG*), член правління Українського товариства репродуктивної медицини.

кий комплекс досліджень потребує чимало коштів пацієнтів.

Хотілося б привернути увагу до медицини плода. Як медична галузь, в Україні вона взагалі нерозвинена. Свідомість лікарів відстає від свідомості суспільства, що полягає в переконанні: дитина (плід) у лоні матері – це вже людина, яку не потрібно вбивати, якщо вона хворіє. Її можна і необхідно(!) лікувати. І це вже стало можливим. Те, що ми вже зробили, залишається поодинокими випадками, бо більшість лікарів і пацієнтів навіть не знають, що такі методики існують у світі, тим паче в нашій країні. Наприклад, окрім оперативних фетоскопій, про які вам докладніше розповів лікар Олексій Соловйов, є лікувальне втручання, що не потребує складного чи високоцінного обладнання. У разі дуже раннього відходження навколоплідних вод дитина погано розвивається, і навіть доношене до життєздатного стану маля може загинути після народження внаслідок недорозвинення легенів, оскільки останні розвиваються за сприяння «дихання» плода власною оплідною рідиною. Тож у таких випадках ми проводимо амніоінфузію – вводимо підігріту до температури тіла стерильну рідину, даючи в такий спосіб дитині шанс на життя. Отже, пацієнтки, що потребують застосування наведених методик, мають змогу зберегти вагітність на базі Київського міського центру репродуктивної і перинатальної медицини (колишній 4-й пологовий будинок), з лікарями якого ми співпрацюємо. «Надія» має вже трьох дітей, які змогли народитися після низки таких процедур.

**– Які завдання ви особисто як директор з наукової роботи ставите перед співробітниками клініки?**

– По-перше, доносити до загалу лікарів і суспільства новітні світові досягнення; по-друге, використовувати ці світові досягнення в своїй медичній практиці. Наші лікарі виступають з доповідями на різних медич-

них світових конгресах, конференціях; усі наші лікарі є активними членами *Європейського товариства репродуктологів і ембріологів (ESHRE)* та багатьох інших міжнародних фахових інституцій. Від останніх ми отримуємо наукові журнали, відповідну сучасну літературу, також маємо змогу друкувати свої наукові статті. Наші дослідження з імунології та генетики репродукції були представлені мною і лікарями клініки у США та Європі на кількох фахових конгресах. Торік у жовтні я й Олексій Соловйов як єдині представники України їздили до Австралії на 15-ту Міжнародну конференцію «Плацента – ключ до успішної вагітності» Міжнародної федерації товариств з вивчення плаценти, де представили наукову доповідь, що викликала щиро зацікавленість провідних фахівців світу з цього напрямку. Щочетверга у клініці проводимо наукові конференції за різноманітною, але обов'язково сучасною й «наукоємною» тематикою. Наші лікарі щомісяця проводять у Києві (з передачею наживо в Інтернет) засідання новоствореного неформального лікарського Клубу перинатальних п'ятниць (КПП), які відвідують усі бажаючі фахівці з Києва та України. У неформальній обстановці вони широко й неупереджено обговорюють спільні проблеми, діляться досвідом, намагаються співпрацювати й поєднувати зусилля. Нещодавно відбулася така зустріч з київськими кардіохірургами, які мріють про існування в Україні хірургії на плодах, бо певні вади серця дитини краще прооперувати ще в лоні жінки, ніж після народження. Але це операції високої складності, що потребують відповідних умов і витрат. Тож тут не обійтися без державної підтримки.

**– Ірино Олександрівно, хотілося б почути про можливі ризики допоміжних репродуктивних технологій...**

– Усі технології циклу ДРТ пов'язані з гіперстимуляцією яєчників, тобто активнішою їх діяльністю порівняно з природними циклами. Це робиться для того, щоб після штучного запліднення ми могли обрати найкращі зародки для перенесення в організм жінки. Хоча стимуляція яєчників за програмами ДРТ здійснюється згідно з затвердженими клінічними протоколами, звичайно, бувають і ризики. *Синдром гіперстимуляції* – стан різного ступеня тяжкості, коли значно збільшуються розміри яєчників, у черевній порожнині накопичується специфічна рідина, може статися тромбоз кровоносних судин. За весь час існування клініки серйозних ускладнень було лише два. Менш тяжкі трапляються частіше, але ми їх лікуємо самотужки і безкоштовно, беручи на себе відповідальність за наслідки. Це також обумовлено в угодах. Водночас у світі поширюються тенденції зменшення агресивності ДРТ, розвиваються так звані помірковані стимуляції

з обмеженим використанням гормонів для зниження ризиків.

Основні ризики ДРТ – це багатоплодовість унаслідок перенесення більш як одного зародка, у третині випадків розвиваються багатоплодові вагітності – подвійні або потрійні. Надмірну багатоплодовість (три дитини й більше) виносити важко, тому (за згоди на це сімейної пари) відбувається так звана редукція ембріона – операція під контролем ультразвукової діагностики зі зменшення кількості живих зародків. Але є батьки, які згодні виношувати трійню, і маємо вже такі три пари. Останнім часом працюємо за внутрішніми протоколами, згідно з якими в порожнину матки у більшості випадків переноситься лише один або два ембріони, що значно зменшує ризик багатоплодовості.

**– Як відомо, фахівці відділу медицини плода клініки проводять відносно рідкісні втручання під час вагітності, про які майже невідомо не лише пацієнтам, а й навіть більшості лікарів-гінекологів. Тому було б цікаво дізнатися, які саме?**

– Деякі вади, наприклад, *обструктивні уропатії* (звуження чи зарощення сечовивідних шляхів плода) у новонароджених досить легко усунути оперативним шляхом. Але сечовидільна система дитини працює ще в лоні матері і сечовий міхур, сечоводи та нирки без відтікання сечі в оплідну рідину можуть значно розширитися і зруйнуватися ще до народження дитини. Тому не слід очікувати пологів і лише потім вживати якихось заходів. Краще допомогти дитині внутрішньоутробно, зберегти її органи від руйнації, а після пологів хірургічним шляхом остаточно усунути причину вади. На жаль, і тут поінформованість суспільства загалом і лікарів зокрема дуже обмежена. Як правило, на таких операціях багато грошей не заробиш (та й люди в нашій країні часто не мають особливих статків), тому деякі з них робимо безкоштовно або за символічну плату.

**– Усіх цікавить питання: «діти з пробірки» такі самі, як і звичайні?**

– На підставі деяких досліджень можна стверджувати, що коефіцієнт IQ у них значно вищий, але це пояснюється радше тим, що зазвичай таким дітям приділяють більше уваги. Якщо серйозно, маємо вже певну статистику про те, що деякі вади і патологічні стани в цих дітей трапляються дещо частіше, але, найімовірніше, це пов'язано з самими причинами неплідності родин (генетичні аномалії, важкі форми чоловічої неплідності тощо).

Кількість відхилень під час народження у дітей після ЗІВ порівняно така ж, як і у дітей після природного запліднення. Перед початком програми ДРТ пацієнти укладають із клінікою угоду, в якій зазначено й можливі ускладнення після лікування, і можливості розвитку та народження дітей із вадами розвитку та іншими хворобливими станами, і наші спільні зобов'язання в разі їх виникнення.

*цифри*

В Україні близько півтора мільйона неплідних подружніх пар. Із них у допоміжних репродуктивних технологіях мають потребу від **20 до 40%**. У житті, звичайно, ці цифри набагато менші, оскільки деякі родини відмовляються від лікування неплідності з етичних причин, деякі подружжя взагалі не хочуть мати власних дітей.

За статистикою, неплідність родини виникає у майже **35%** випадків за негараздів в організмі жінки, такий самий відсоток випадків залежить від чоловіків; у кожній четвертій парі спостерігається поєднання обох цих чинників; у **5%** випадків причину неплідності встановити так і не вдається.