



Акушерство

Гінекологія

Репродуктологія



№ 1-2 (47-48) 2022
15 000 примірників*
Передплатний індекс 89326



Все буде
Україна!



Доктор медичних наук, професор

Зінаїда Дубоссарська

Вік – не привід для старіння

Читайте на сторінці **10**



Доктор медичних наук, доцент

Олександра Громова

Гормональна контрацепція та ризику тромбозів

Читайте на сторінці **6**



Кандидат медичних наук

Юлія Якимчук

Лікувальна тактика при отриманні патологічного цитологічного мазка шийки матки

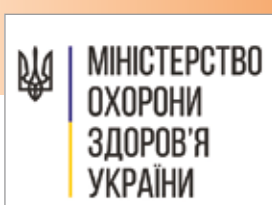
Читайте на сторінці **12**



Марк Майоров

Тетрацикліни у гінекології: що нового?

Читайте на сторінці **24**

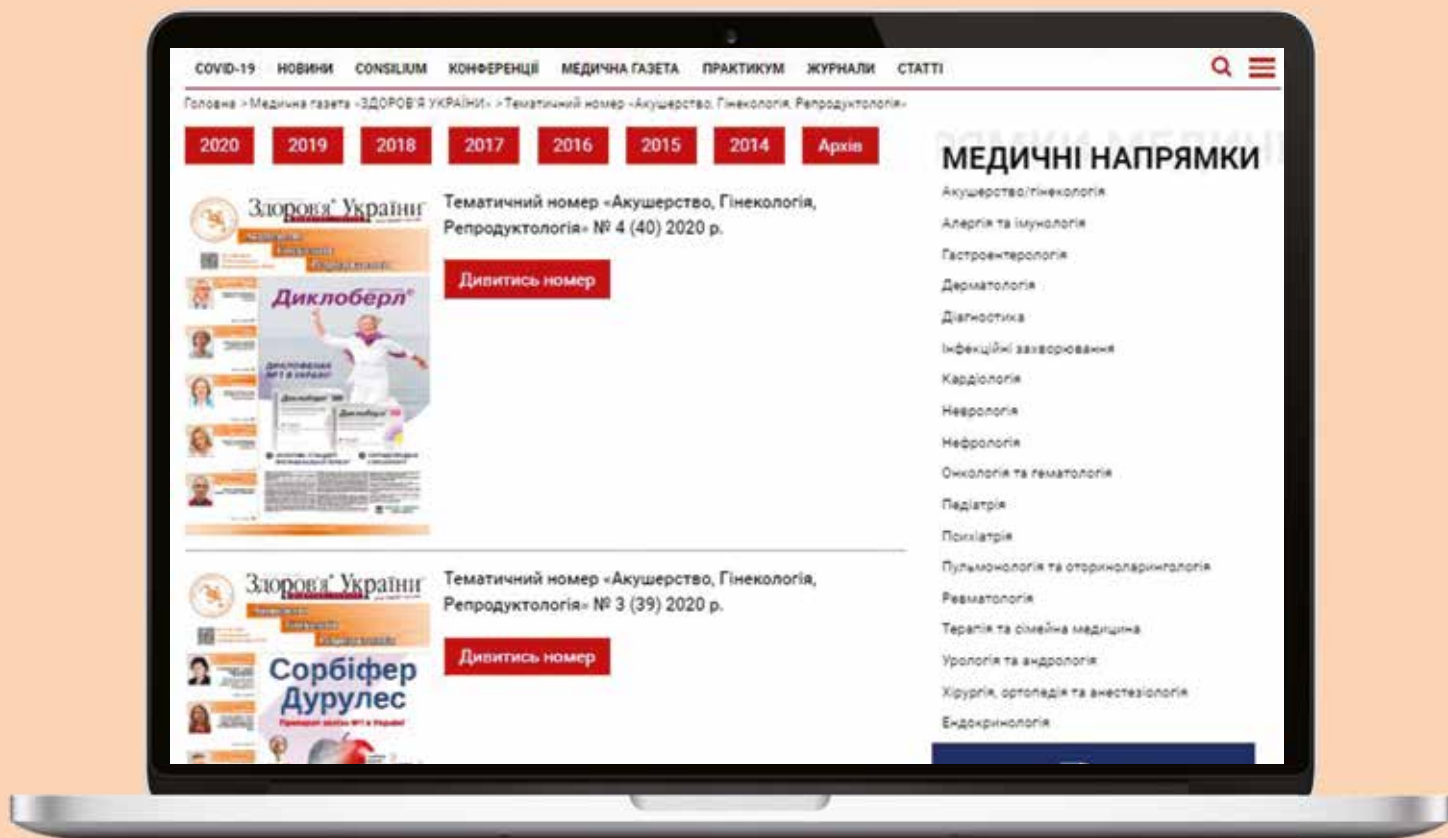


«Фізіологічні пологи»

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги

Читайте на сторінці **16**

Електронні випуски тематичного номера
«Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»
шукайте на порталі **health-ua.com**



Health-ua.com
СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ МЕДИЧНИЙ ПОРТАЛ



Аменорея на фоні стресу: як зберегти репродуктивну функцію?

Через війну багато жінок в Україні та за її межами переживають чималий стрес, який може призвести до порушення менструального циклу. Представляємо вашій увазі останні дані щодо функціональної гіпоталамічної аменореї, зумовленої стресом, а також підходи до лікування цього стану.

Функціональна гіпоталамічна аменорея з точки зору пацієнта

Діагноз функціональної гіпоталамічної аменореї встановлюється, якщо у жінки протягом трьох або більше місяців відсутня менструація, а інші причини цього стану не вдається встановити. У дослідженні L. Lines (2021) було проведено опитування 1035 жінок із 71 країни. Результати показали, що більшість жінок із діагнозом функціональної гіпоталамічної аменореї повідомляли також про високі очікування від себе, тривожність, нав'язливу поведінку та перфекціонізм, що говорить про значну роль психологічних факторів у генезі цього захворювання.

Менше половини учасників опитування отримали діагноз «функціональна гіпоталамічна аменорея», а приблизно третина з них не отримали жодного діагнозу. При цьому 20% жінок не було проведено жодного лікування, яке б допомогло відновити менструальний цикл; 72% були незадоволені проведеним лікуванням; 93% жінок із тих, що одужали, заявили, що вони набрали вагу, зменшили фізичні навантаження й/або пройшли когнітивно-поведінкову терапію (КПТ). Таким чином, результати цього дослідження вказують на те, що функціональна гіпоталамічна аменорея часто є недостатньо або неправильно діагностованою проблемою громадського здоров'я, яка негативно впливає на жінок у всьому світі.

Джерело: Lines L. Functional Hypothalamic Amenorrhea: Affected Women's Perspective on Diagnosis and Treatment. Master Thesis in Public Health Science, 2021

Функціональна гіпоталамічна аменорея як результат стресу

У дослідженні A. Podfigurna та співавт. (2021) було проаналізовано 38 оригінальних та оглядових статей, що стосуються функціональної гіпоталамічної аменореї. Функціональна гіпоталамічна аменорея є найбільш поширеною причиною вторинної аменореї у жінок дітородного віку. Це оборотний розлад, спричинений стресом, пов'язаним із втратою ваги, надмірними фізичними навантаженнями та/або травматичними психічними переживаннями. В основі функціональної гіпоталамічної аменореї лежить порушення пульсуючої секреції гонадотропін-рилізінг-гормона в гіпоталамусі, потім зниження секреції гонадотропінів і, як наслідок, порушення гормональної функції яєчників. Це порушення спричиняє гіпоестрогенію, яка проявляється порушенням менструального циклу у вигляді аменореї, що призводить до ановуляції. Тривалий стан гіпоестрогенії може негативно впливати на здоров'я, призводячи до багатьох негативних короткострокових і довгострокових наслідків (рисунок).



Рис. Наслідки функціональної гіпоталамічної аменореї

Лікування функціональної гіпоталамічної аменореї має бути розпочате якомога швидше й передусім має включати зміну способу життя. Тільки після цього слід застосовувати фармакологічне лікування. Важливо, що лікування зазвичай є тривалим, але воно призводить до одужання більшості пацієнток.

Найбільш відповідним та ефективним лікуванням функціональної гіпоталамічної аменореї є лікування основної причини гіпогонадотропного гіпогонадізму. Це включає забезпечення необхідної кількості енергії у вигляді достатньої кількості калорій, припинення надмірних фізичних навантажень, зменшення стресу або збільшення стресостійкості. Тільки за ефективного лікування можна запобігти численним ускладненням функціональної гіпоталамічної аменореї. Фармакологічне лікування із застосуванням замісних доз гормонів слід розпочинати через 6-12 міс неефективної немедикаментозної терапії.

Джерело: Podfigurna, A., Meczekalski, B. Functional Hypothalamic Amenorrhea: A Stress-Based Disease. *Endocrines* 2021, 2, 203-211. <https://doi.org/10.3390/endocrines2030020>

Сучасні підходи до лікування гіпоталамічної аменореї

Дослідження L. Falsetti (2002), що оцінювало прогноз при функціональній гіпоталамічній аменореї, показало, що 71% пацієнток одужали протягом періоду спостереження 7-9 років, і виявило, що прогностичними факторами одужання були вищий базальний індекс маси тіла та нижчі значення сироваткового кортизолу. Сучасні підходи до лікування функціональної гіпоталамічної аменореї представлені у таблиці.

Категорія лікування	Ціль лікування	Можливості лікування		
		1 крок	2 крок	3 крок
Поради щодо зміни способу життя	Відновлення циклу	Прості поради щодо фізичних вправ/ зменшення стресу/ споживання калорій	Звернення до дієтолога	
Психологічна допомога	Відновлення циклу	Когнітивно-поведінкова терапія	Лікування розладів харчової поведінки	Фармакотерапія тривоги або депресії
Замісна гормональна терапія	Відновлення рівня естрогену	Комбінація естрогену і прогестерону		
Допоміжні репродуктивні технології	Вагітність	Індукція овуляції екзогенними гонадотропінами в поєднанні із запланованим статевим актом або внутрішньоматковою інсемінацією	Екстракорпоральне запліднення	
Експериментальне лікування	Відновлення циклу	Терапія рекомбінантним лептином	Введення кіспептину	

Психологічний стрес є відомим фактором ризику розвитку функціональної гіпоталамічної аменореї. До того ж було показано, що жінки із функціональною гіпоталамічною аменореєю мають більше дисфункціональних установок (що продемонстровано вищим рівнем контролю, перфекціонізмом, жорсткістю ідей і тривогою щодо судження інших) та труднощі з адаптацією до щоденних стресів. Поведінкові та психологічні втручання, такі як КПТ, показали свою ефективність у відновленні менструального циклу.

Фармакотерапія може бути розглянута у жінок для лікування психологічних або психіатричних захворювань, таких як тривожність або депресія, що можуть бути пов'язані із функціональною гіпоталамічною аменореєю, або разом із КПТ, або у тих випадках, коли вона була неуспішною.

Замісна гормональна терапія може бути прийнятною у жінок із функціональною гіпоталамічною аменореєю за відсутності відновлення менструального циклу протягом 6-12 міс немедикаментозної терапії. Вона може призначатися як трансдермально, так і перорально. Хоча замісна гормональна терапія забезпечує заміщення естрогенів, проте не відновлює вивільнення гонадотропінів і не стимулює овуляцію.

Гормональне лікування з метою стимуляції пізньої овуляції клінічно показане лише тоді, коли пацієнтка бажає завагітніти. Важливо, щоб лікування безпліддя не було розпочате до тих пір, поки не будуть зроблені спроби лікувати основну причину аменореї. Дуже важливо для жінки досягти та підтримувати індекс маси тіла $\geq 18,5$ кг/м², щоб запобігти підвищеній ймовірності розвитку поганих акушерських та неонатальних результатів, пов'язаних із низькою масою матері, включаючи втрату вагітності, передчасні пологи, низьку вагу при народженні та необхідність кесаревого розтину.

Переважаючою терапією, яка використовується для індукування овуляції у пацієнток із функціональною гіпоталамічною аменореєю, є екзогенні гонадотропіни. Пацієнтці призначають щоденні ін'єкції гонадотропіну, що містить фолікулостимулюючий гормон (ФСГ), зазвичай відповідно до протоколу підвищення. Проте жінки із функціональною гіпоталамічною аменореєю мають дефіцит як ФСГ, так і лютенізуєного гормону (ЛГ), тому для індукції овуляції необхідний деякий екзогенний ЛГ, що має вирішальне значення для андрогенного стероїдогенезу (субстрату для біосинтезу естрогену). Такі препарати, як високоочищений менопаузний гонадотропін людини, забезпечують достатню кількість ЛГ. Якщо ж використовується рекомбінантний ФСГ, слід одночасно вводити й рекомбінантний ЛГ.

Джерело: Roberts R.E. Current understanding of hypothalamic amenorrhoea. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, July 2020, 11:204201882094585, DOI:10.1177/2042018820945854

ВПЛ-негативний рак шийки матки: що відомо сьогодні

Вірус папіломи людини (ВПЛ) є основною причиною раку шийки матки вже понад 25 років. Повідомляється, що приблизно 5,5-11% усіх видів раку шийки матки є ВПЛ-негативними, що можна пояснити як відсутністю асоціації із ВПЛ-інфекцією, так і хибнонегативними результатами тестування. ВПЛ-негативний рак шийки матки часто діагностується на занедбаній стадії й має поганий прогноз, тому ведення цих випадків потребує більшої уваги.

Ключові слова: вірус папіломи людини, рак шийки матки, ВПЛ-негативний рак шийки матки, аденокарцинома шийки матки.

Рак шийки матки є четвертим за поширеністю злоякісним новоутворенням у світовій жіночій популяції, на нього припадає приблизно 7% усіх випадків раку у жінок (Siegel R.L., 2020). Стійка ВПЛ-інфекція, особливо викликана генотипами вірусу папіломи людини (ВПЛ) високого ризику, вважається основною причиною раку шийки матки. ДНК ВПЛ реплікується з вільної ДНК у базальних клітинах шийки матки у початковому періоді ВПЛ-інфекції, а потім інтегрується у геном хазяїна в міру прогресування інфекції з подальшим посиленням експресії онкогенів E6 і E7 (Woodman C.B.J., 2007). ВПЛ можна виявити майже при всіх плоскоклітинних карциномах шийки матки та передракових станах, включаючи плоскоклітинні інтраепітеліальні ураження високого ступеня (HSIL) або цервікальну інтраепітеліальну неоплазію шийки матки II-III ступенів (CIN II-III). Хоча чутливість тестування на ВПЛ значно покращилася в останні роки, невелика частка раку шийки матки продовжує реєструватися як ВПЛ-негативний. Ця онкопатологія часто діагностується на занедбаній стадії й асоціюється з поганим прогнозом.

За оцінками, приблизно 5,5-11% випадків раку шийки матки в усьому світі є ВПЛ-негативними (Petru K.U., 2017). Однак лише деякі рідкісні патологічні типи цього захворювання дійсно не пов'язані з ВПЛ-інфекцією. Тому надзвичайно важливо розрізнити не асоційований із ВПЛ рак шийки матки, неправильно класифікований рак та хибнонегативні випадки ВПЛ-асоційованого раку шийки матки.

ВПЛ-незалежний рак шийки матки

ВПЛ-незалежний рак шийки матки, який вважається «справді» ВПЛ-негативним, не пов'язаний з інфекцією ВПЛ. Плоскоклітинний рак шийки матки рідко є ВПЛ-негативним. Натомість при аденокарциномі шийки матки частота негативного результату ВПЛ-тестування становить приблизно 15-38% (Clifford G.M., 2003). Показник ВПЛ-позитивності при карциномі *in situ* змінюється залежно від різних гістологічних ознак (Pirog E.C., 2017). Хоча точний механізм, що лежить в основі ВПЛ-незалежного раку шийки матки, не зрозумілий, більшість дослідників вважають, що він спричинений мутаціями пухлин-асоційованих генів, таких як *TP53*, *PIK3CA* та *CDKN2A* (Jenkins D., 2020).

Помилки у класифікації раку шийки матки

Рак шийки матки може бути не лише первинним, а й вторинним при поширенні карциноми ендометрія або раку, що виникає внаслідок віддалених метастазів інших первинних ВПЛ-негативних пухлин. Дослідження показали, що майже у 68% випадків ВПЛ-негативний рак шийки матки був помилково діагностований як первинний рак шийки матки (Petru K.U., 2017). Дослідження щодо ВПЛ-негативної аденокарциноми шийки матки показало, що більше 50% випадків неможливо відрізнити від карциноми ендометрія лише на основі гістологічних ознак (Noreña S., 2014). Усе це вказує на необхідність проведення імуногістохімічного дослідження пухлини та стромы у випадку ВПЛ-негативних результатів для виявлення первинної локалізації пухлини й зниження частоти хибнонегативних результатів (Pirog E.C., 2017).

Хибнонегативні результати ВПЛ-тестування при раку шийки матки

Прихована ВПЛ-інфекція

Природна ВПЛ-інфекція має латентний період, коли реплікація вірусу обмежена імунною системою,

а експресія генів ВПЛ пригнічена (Gravitt P.E., 2017). П'ятирічне дослідження із застосуванням чутливого аналізу до ДНК ВПЛ показало, що здебільшого ВПЛ-інфекція зникає протягом двох років, за винятком тих випадків, у яких виникли передракові ураження або рак шийки матки. Приховані інфекції часто мають низьку частоту пухлинного генезу та більшу ймовірність хибнонегативного результату, оскільки вірусне навантаження занадто низьке, щоб його можна було виявити за допомогою ВПЛ-тесту. Проте, за повідомленнями, майже 0,05% ВПЛ-негативних випадків прогресували до CIN III або раку шийки матки протягом наступних 3-5 років (Katki H.A., 2011).

Втрата фрагментів ВПЛ під час інтеграції вірусу

Фрагмент ВПЛ L1 є головною мішенню генотип-специфічних праймерів у багатьох тестах на виявлення ВПЛ. Однак інтеграція геному ВПЛ у геном хазяїна включає руйнування фрагментів E1, E2, L2 або L1 (Akagi K., 2014). Тому ВПЛ-тестування, націлене на L1, може бути менш надійним, ніж націлене на онкогени E6/E7, оскільки експресія L1 може бути втрачена, натомість як експресія E6/E7 завжди є наявною. Рівень позитивних результатів тестування на ВПЛ 16-го типу і ВПЛ 18-го типу, спрямованих на фрагмент ВПЛ L1, становив 91,7 і 72,1% відповідно, що свідчило про те, що тестування на ВПЛ L1 пропустило 8,3% інфекцій ВПЛ 16 і 27,9% ВПЛ 18 порівняно з тестуванням на ВПЛ, спрямованим на E6/E7 (Tjalma W.A.A., 2013).

Дослідження, що вивчали механізми інфікування ВПЛ, показали, що за появи пухлини часто припиняється експресія онкогенів ВПЛ E6/E7 (ВПЛ-негативний аналіз). Таким чином, хоча саме ВПЛ спровокував онкогенез, результат тесту мРНК E6/E7 ВПЛ буде хибнонегативним (Banister C.E., 2017).

Рак шийки матки, спричинений штамми ВПЛ низького ризику

У кількох дослідженнях повідомлялося про зв'язок між раком шийки матки та інфекцією ВПЛ 6, 11, 42, 44 і 70 типів низького ризику (González-Bosquet E., 2006). Не відомо, чи спричиняє ВПЛ низького ризику рак шийки матки чи рак розвивається з інших причин. K.U. Petru et al. (2017) підрахували, що 1-2% первинних випадків раку шийки матки були пов'язані з інфекцією ВПЛ невисокого ризику. У даний час більшість тестів націлені на підтипи ВПЛ високого ризику й не можуть виявити інфекцію, не пов'язану з високоонкогенними штамми, що призводить до часткових хибнонегативних результатів.

Помилки при проведенні ВПЛ-тестування

Окрім недосконалої використовуваного методу тестування, хибнонегативні результати ВПЛ-тесту також пов'язані з помилками вибірки. Погана життєздатність клітин із некротичних та/або запальних ділянок часто призводить до хибнонегативних результатів аналізу на ВПЛ. Неправильні методи забору зразків, включаючи забір зразків, змішаних із кров'ю, а також порушення процедури фіксації можуть призвести до помилкових результатів тестування. Тому точність ВПЛ-тесту в опублікованих дослідженнях слід стримано поставити під сумнів.

Деякі випробування використовували ВПЛ-тестування для дослідження раніше збережених зразків раку шийки матки, але не відомо, чи точно такі зразки відображали ВПЛ-інфекцію у пацієнтів. Ретроспективне дослідження продемонструвало, що зразки пацієнтів літнього віку або ті, які зберігалися протягом тривалого

часу, мали нижчий рівень ВПЛ-позитивних результатів.

Інші фактори, які впливають на результати ВПЛ-тестування, включають час між забором матеріалу та його фіксацією, а також тип фіксатора. У ретроспективному дослідженні використання небуферизованої формальної фіксації було важливим фактором, що зумовлювало більш часті негативні результати ВПЛ-тестування (Pirog E.C., 2014).

Особливості ВПЛ-негативного раку шийки матки

Глобальне дослідження 760 випадків аденокарциноми шийки матки показало, що старший вік пацієнтів на момент початкової діагностики був пов'язаний із нижчим рівнем позитивних тестів на ДНК ВПЛ (Pirog E.C., 2014). Подібну тенденцію було виявлено при плоскоклітинному раку без будь-якої чіткої причини. Одним із можливих пояснень є те, що життєздатність вірусу поступово знижується під час прогресування пухлини, особливо у літніх пацієнтів. Інше пояснення полягає у тому, що у пацієнтів літнього віку рак розвивається через ВПЛ-незалежний механізм — як, наприклад, при карциномі вульви (Jenkins D., 2020).

Патологічний тип раку впливає на результати виявлення ВПЛ, про що свідчать відмінності у частоті інфікування ВПЛ між плоскоклітинним раком шийки матки та аденокарциномою. В усьому світі 12,7% випадків плоскоклітинного раку та 15-38% аденокарциноми шийки матки є ВПЛ-негативними (Pirog E.C., 2017).

Прогноз при ВПЛ-негативному раку шийки матки

Дослідження G. Riou (1990) 106 випадків інвазивного раку шийки матки на ранній стадії за допомогою полімеразної ланцюгової реакції виявило, що ризик загального рецидиву не відрізнявся у ВПЛ-позитивних пацієнтів із різними генотипами ВПЛ, але був у 2,6 раза вищим у ВПЛ-негативних пацієнтів. Також у ВПЛ-негативних випадках відзначався у 4,5 раза вищий ризик віддалених метастазів, ніж у ВПЛ-позитивних пацієнтів. Крім того, 24-місячна виживаність без рецидивів у ВПЛ-позитивних пацієнтів була вищою, ніж у ВПЛ-негативних (77% проти 40%). Метааналіз P. Li (2017) 2838 випадків раку шийки матки із 17 досліджень показав, що ВПЛ-позитивний рак шийки матки корелює з кращим прогнозом. На сьогодні й інші дослідження дійшли такого ж висновку — ВПЛ-негативний рак шийки матки асоціюється з поганим прогнозом (Nicolas I., 2019).

Висновки

Попри те що ВПЛ-негативний рак шийки матки має відмінні характеристики від ВПЛ-позитивного, більшість досліджень ігнорують ВПЛ-статус раку шийки матки. Це обмежує належне уявлення про ВПЛ-негативний рак шийки матки, а отже, й підходи до його діагностики та лікування. Клініцисти повинні обережно класифікувати та лікувати ВПЛ-негативні випадки раку шийки матки, оскільки саме такий ВПЛ-статус найчастіше пов'язаний із занедбаніми стадіями онкозахворювання та поганим прогнозом. З огляду на це дуже важливо забезпечити жінкам із негативним ВПЛ-тестом більш детальну діагностику та ефективне лікування.

Реферативний огляд за матеріалами:
Xing B., Guo J., Sheng Y., Wu G. and Zhao Y.
Human Papillomavirus-Negative Cervical Cancer: A Comprehensive Review.
Front. Oncol., 17 February 2021. <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.606335>.

Підготувала Анастасія Романова

Нові підходи у терапії передракових станів шийки матки

Частота раку шийки матки, незважаючи на наявність ефективних методів хірургічного лікування, залишається високою, адже оперативні втручання проводяться на досить пізніх стадіях, натомість як на етапі цервікальної інтраепітеліальної дисплазії легкого ступеня, як правило, застосовується очікувальна тактика. Тому сьогодні активно ведеться пошук нових підходів у терапії передракових станів шийки матки, які б дозволяли запобігти прогресуванню дисплазії та сприяли б регресу патологічних змін.

Ключові слова: передракові стани шийки матки, вірус папіломи людини, цервікальна інтраепітеліальна дисплазія, терапія дисплазії, діоксид кремнію, Дефлагін®.

Для вірусу папіломи людини (ВПЛ) характерна дуже висока поширеність у людській популяції. Принаймні половина статево активних осіб у певний момент життя інфікуються цим вірусом. Виділяють понад сто типів ВПЛ, серед яких щонайменше 14 типів асоційовані із ризиком виникнення раку, а 12 – вважаються високоонкогенними (типи 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59). Понад 70% випадків раку та передракових уражень шийки матки викликані ВПЛ 16-го й 18-го типів.

Якщо у мазку, отриманому із шийки матки, виявлено атипові чи аномальні клітини, подальша лікарська тактика має залежати від ступеня ураження. При дисплазії шийки матки легкого ступеня може бути обрана тактика спостереження або призначаються протизапальні препарати, а якщо позитивна динаміка від такого лікування відсутня – хірургічні методи лікування.

До місцевих медичних препаратів, показаних для терапії дисплазії шийки матки, належить вагінальний гель Дефлагін® (діючі речовини на одну аплікацію: високодисперсний діоксид кремнію в дозі 10,0 мг, лимонна кислота в дозі 24,8 мг, селеніт натрію в дозі 0,83 мг, селен,

еквівалентний дозі 0,25 мг). Завдяки комбінації діючих речовин Дефлагін® зв'язує патогенні мікроорганізми, що наявні у змінених тканинах, пригнічує їх поширення й забезпечує антиоксидантний захист. Антиоксидантні властивості препарату сприяють формуванню належного вагінального середовища, що запобігає інфікуванню епітеліальних клітин новими патогенами й підтримує ендogenous імунну відповідь.

A.L. Major et al. (2021) довели ефективність у лікуванні початкової цервікальної дисплазії гелю на основі високодисперсного діоксиду кремнію. У дослідженні взяли участь 216 жінок віком від 25 до 60 років із цервікальною інтраепітеліальною неоплазією 1-го та 2-го ступенів (ЦІН-1 та ЦІН-2), яких розподілили на

дві групи. Перша група отримувала щоденно інтравагінально дозу досліджуваного гелю протягом трьох періодів тривалістю 28 днів кожний, а друга група – консультацію без будь-яких втручань. Регресію неоплазії було виявлено у 72,2% (78/108) осіб досліджуваної групи та у 25,0% (27/108) осіб групи контролю (таблиця). Крім того, серед учасниць досліджуваної групи було більше пацієнток із позитивними результатами цитологічного дослідження (зниженням експресії маркерів p16/Ki-67 у клітинах шийки матки), ніж у групі контролю. У першій групі значно зменшилась кількість інфікувань високоонкогенними штамми ВПЛ (p<0,001) – з 87,0 до 39,8%, натомість як у контрольній групі цей показник підвищився з 78,7

172 жінки із гістологічно підтвердженим діагнозом ЦІН-2 або p16-позитивною ЦІН-1. Протягом 3 міс 75 пацієнток із досліджуваної групи щоденно отримували 5 мл вагінального гелю, а 97 пацієнток із групи контролю не отримували жодного лікування (стратегія «Дивись і чекай»). Через 6 міс цитологічну регресію вдалося встановити у 84,1% (58/69) осіб із групи лікування та у 38,5% (37/96) пацієнток із контрольної групи. Прогресування було виявлено у 4,3% (3/69) осіб із досліджуваної групи, натомість як у контрольній групі цей показник становив 14,6% (14/96). Зміна експресії p16/Ki-67 у досліджуваній групі була статистично значущою (p<0,001): у 77% (58/75) пацієнток цей маркер виявився негативним. Водночас у межах контрольної групи кліренс онкомаркерів відзначався лише у 21% (20/97) осіб. У досліджуваній групі значно (p<0,001) знизилась поширеність високоонкогенних ВПЛ (із 87 до 44%), натомість як у контрольній групі реєструвалося збільшення кількості інфікованих ВПЛ жінок (із 78 до 84%).

Отже, у наведених дослідженнях впер-

Таблиця. Рівень цитологічної регресії у групах порівняння через 3 міс

Первинна кінцева точка: результати первинного обстеження на противагу результатам через 3 міс	Інфікування ВПЛ у досліджуваній групі			Інфікування ВПЛ у контрольній групі		
	Цитологія, n (%)	Гістологія, n (%)	Цито- або гістологія, n (%)	Цитологія, n (%)	Гістологія, n (%)	Цито- або гістологія, n (%)
Успішний результат	77 (71,3%)	19 (8,4%)	78 (72,2%)*	27 (25,0%)	2 (2,0%)	27 (25,0%)*
Негативний результат	31 (28,7%)	3 (13,6%)	30 (27,8%)	81 (75,0%)	8 (80,0%)	81 (75,0%)
Загалом	108	22 (100,0%)	108	108	10 (100,0%)	108

* Критерій узгодженості Пірсона/тест на пропорційність із двома вибірками; p<0,001.

DeflaGyn® вагінальний гель

для сприяння ремісії після отримання невизначених результатів цитологічного дослідження цервікальних мазків (ерозія шийки матки/ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL/ PAP III, PAP IIID (мазок по Папаніколау).

- ✓ КЛІНІЧНО ДОВЕДЕНА ЕФЕКТИВНІСТЬ
- ✓ СПРИЯЄ ПОКРАЩЕННЮ СТАТУСУ p16/Ki67 І КЛІРЕНСУ ВПЛ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ
- ✓ ЗАПОБІГАЄ ПРОГРЕСУВАННЮ РАННІХ НЕЯСНИХ УРАЖЕНЬ В ПЕРІОД СПОСТЕРЕЖЕННЯ
- ✓ НЕРУЙНІВНИЙ ТА БЕЗПЕЧНИЙ



skill-pharm.com.ua

Інформація у цьому матеріалі призначена для фахівців охорони здоров'я. Вагінальний гель DeflaGyn® (набір для аплікації) містить: високодисперсний діоксид кремнію, лимонну кислоту, натрію селеніт та селен.
Медичний вироб для застосування у гінекології. При застосуванні можливі алергічні реакції. Сертифікат відповідності: № PR.569-18.
Виробник: DEFLAMED INTERNATIONAL s.r.o., Дефламед Інтернаціональ. Адреса виробника: Чеська Республіка, м. Прага – Голешовіце, Германова 597/61, 170 00.
Для сприяння ремісії після отримання невизначених результатів цитологічного дослідження цервікальних мазків (ерозія шийки матки/ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL/ PAP III, PAP IIID (мазок по Папаніколау)). Більш повна інформація міститься у інструкції для застосування.
Зберігати у місцях, що недоступні дітям. Використовувати тільки після консультації з гінекологом.
Уповноважений представник в Україні: ТОВ «Кратія Медтехніка», м. Київ, Багговутівська, буд. 17-21. Тел. 0 800 2152332.
Ексклюзивний дистрибутор: ТОВ «СКІЛ-ФАРМ», м. Київ, вул. Дніпровська набережна, буд. 23-А; тел. +38(097)974-54-86, (067)588-71-55.

до 83,3%. Це перше дослідження, яке показало ефективність неструктивного місцевого лікування шийки матки у жінок, позитивних за p16/Ki-67 та інфікованих високоонкогенними штамми ВПЛ.

Подібні результати було отримано в дослідженні A. Muller et al. (2020), у якому для перевірки ефективності лікування було використано біомаркери p16/Ki-67.

Участь у випробуванні взяли 206 жінок із цервікальною дисплазією різного ступеня: 100 жінок із терапевтичної групи отримували гель Дефлагін®, а 106 учасниць контрольної групи не отримували жодного лікування. Через 6 міс дослідження у більшості учасниць (80,9%) групи лікування було відзначено позитивні результати цитологічного дослідження, тобто зникнення патологічних змін або регресію ураження до нижчої стадії. У контрольній групі позитивні цитологічні зміни встановлено у 37,1% жінок. Крім того, у 53% учасниць досліджуваної групи було виявлено кліренс високоонкогенних ВПЛ, натомість як у контрольній групі такого кліренсу не зареєстрували. Експресія онкомаркерів у терапевтичній групі також знизилась: через 6 міс дослідження маркери p16/Ki-67 було виявлено лише у 5,3% жінок, натомість як на початку дослідження цей показник становив 75,0%. Покращення за результатами тесту CInTec® Plus (застосовується для додаткового визначення маркерів p16/Ki-67) реєстрували у 70% жінок із досліджуваної групи й у 18,6% – із контрольної.

A.L. Major et al. (2021) провели ще одне дослідження вагінального гелю, основною діючою речовиною якого, так само як і препарату Дефлагін®, був високодисперсний діоксид кремнію, та його впливу на високоонкогенні штамми ВПЛ. До дослідження було залучено

ше продемонстровано ефективність місцевого неструктивного лікування цервікальної дисплазії у жінок, позитивних за маркерами p16/Ki-67 та інфікованих високоонкогенними штамми ВПЛ. Отримані результати є статистично значущими. У якості критеріїв ефективності лікування дисплазії вперше використано біомаркери p16/Ki-67 та вплив засобу саме на високоонкогенні типи ВПЛ.

Застосування вагінального гелю Дефлагін® призводило до кліренсу високоонкогенних ВПЛ і маркерів p16/Ki-67, факторів онкогенної трансформації. Крім того, Дефлагін® сприяв регресії цервікальних уражень та запобігав їх прогресуванню. Основною перевагою гелю була його неструктивна дія і придатність до застосування в очікувальному періоді, коли не показано більш активне лікування. За результатами досліджень, препарат Дефлагін® уповільнював передракові процеси, тому він може бути включений до потенційної схеми лікування жінок із ВПЛ-асоційованими ураженнями шийки матки.

Таким чином, на сьогодні в арсеналі лікарів-гінекологів з'явився засіб із підтвердженою у дослідженнях ефективністю, який може застосовуватися у пацієнток із цервікальною дисплазією легкого та помірного ступеня замість тактики очікування. Це дозволяє запобігти прогресуванню ЦІН-1 та ЦІН-2, досягти регресу передракових змін та уникнути хірургічних методів лікування.

Підготувала Анна Сакалош

Повна інформація за посиланням



З М І С Т

АКУШЕРСТВО

Препарати заліза під час вагітності: сучасні підходи до феропротекції

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі 40% вагітних страждають на анемію від різних причин, при цьому понад дві третини випадків анемії викликані дефіцитом заліза. Враховуючи актуальність проблеми феродефіциту, представляємо реферативний огляд за матеріалами публікації «Застосування препаратів заліза у вагітних: версії та контраверсії» І.В. Бахарєвої (2020), у якій наведено рекомендації щодо вибору та застосування препаратів заліза під час вагітності з урахуванням клінічних рекомендацій та сучасних даних доказової медицини. Розглянуто питання дозування, біодоступності, безпеки застосування під час вагітності та лікарської сумісності препаратів заліза. 15

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»

16-23

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді»

28-34

ГІНЕКОЛОГІЯ

ВПЛ-негативний рак шийки матки: що відомо сьогодні

Вірус папіломи людини (ВПЛ) є основною причиною раку шийки матки вже понад 25 років. Повідомляється, що приблизно 5,5-11% усіх видів раку шийки матки є ВПЛ-негативними, що можна пояснити як відсутністю асоціації із ВПЛ-інфекцією, так і хибнонегативними результатами тестування. ВПЛ-негативний рак шийки матки часто діагностується на занедбаній стадії й має поганий прогноз, тому ведення цих випадків потребує більшої уваги. 3

Нові підходи у терапії передракових станів шийки матки

Частота раку шийки матки, незважаючи на наявність ефективних методів хірургічного лікування, залишається високою, адже оперативні втручання проводяться на досить пізніх стадіях, натомість як на етапі цервікальної інтраепітеліальної дисплазії легкого ступеня, як правило, застосовується очікувальна тактика. Тому сьогодні активно ведеться пошук нових підходів у терапії передракових станів шийки матки, які б дозволяли запобігти прогресуванню дисплазії та сприяли б регресу патологічних змін. 4

Гормональна контрацепція та ризики тромбозів

За матеріалами конференції
О.Л. Громова

Гормональна контрацепція є одним із найбільш ефективних методів запобігання вагітності, однак страх перед побічними ефектами, зокрема тромбозами, часто стає перешкодою для її застосування. На вебінарі «Жіноче здоров'я від А до Я в рамках професійного розвитку лікарів акушерів-гінекологів» із секцією «Збереження фертильності у різні вікові періоди. Мультитематичний підхід», що відбувся 7 грудня 2021 року, доктор медичних наук, доцент кафедри акушерства, гінекології та неонатології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця Олександра Леонідівна Громова у доповіді «Гормональна контрацепція та ризики тромбозів» спростувала поширені міфи про гормональну контрацепцію й представила сучасні дані щодо найбільш безпечних комбінованих оральних контрацептивів. 6

Здоров'я України

МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Шановні читачі!

Оформити передплату на наш видання Ви можете

- через редакцію, написавши листа на адресу podpiska@health-ua.com або за телефоном (044) 364-40-28;
- через онлайн-сервіс передплати на сайті Укрпошти <https://peredplata.ukrposhta.ua>
- в будь-якому поштовому відділенні зв'язку України за каталогом «Укрпошти» в розділі «Охорона здоров'я. Медицина».
- через регіональні передплатні агентства.

Для редакційної передплати на видання необхідно:

- перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку.
- При оплаті в призначенні платежу вказати обране видання та термін передплати;
- надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників;
- надіслати адресу доставки в зручний для Вас спосіб: тел./факс відділу передплати: **+380 (44) 364-40-28**; поштою: «Видавничий дім «Здоров'я України», вул. Світлицького, 35, м. Київ, 04123, електронною поштою: podpiska@health-ua.com

«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»

Нове в медицині та медичній практиці
Передплатний індекс – **35272**
Періодичність виходу – 2 рази на місяць / 24 рази на рік
Вартість редакційної передплати:
• на 1 місяць – 201,19 грн
• на 3 місяці – 601,07 грн
• на 6 місяців – 1196,14 грн
• на 12 місяців – 2387,28 грн

НАШІ РЕКВІЗИТИ:

ТОВ «РЕКЛАМНЕ АГЕНТСТВО «Здоров'я України»
04123, м. Київ, вул. Світлицького, 35. e-mail: podpiska@health-ua.com
ЄДРПОУ 39530644, UA63351005000026004629765000
АТ «УкрСиббанк», МФО 351005

Тематичні номери

«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Акушерство, гінекологія, репродуктологія»
Передплатний індекс – **89326**
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати на рік – 497,60 грн, на півріччя – 251,30 грн

«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія»
Передплатний індекс – **37639**
Періодичність виходу – 6 разів на рік
Вартість передплати на рік – 739,00 грн, на півріччя – 372,50 грн

«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»
Передплатний індекс – **37635**
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати на рік – 497,60 грн, на півріччя – 251,30 грн

«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»
Передплатний індекс – **37633**
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати на рік – 501,00 грн, на півріччя – 253,00 грн

«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Онкологія, гематологія, хімотерапія»
Передплатний індекс – **37634**
Періодичність виходу – 6 разів на рік
Вартість передплати на рік – 733,90 грн, на півріччя – 369,95 грн

«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Ппульмонологія, алергологія, риноларингологія»
Передплатний індекс – **37631**
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати на рік – 497,60 грн, на півріччя – 251,30 грн

«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Педіатрія»
Передплатний індекс – **37638**
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати на рік – 500,16 грн, на півріччя – 252,58 грн

«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія, інтенсивна терапія»
Передплатний індекс – **49561**
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати на рік – 497,60 грн, на півріччя – 251,30 грн

«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Діабетологія, тиреоїдологія, метаболічні розлади»
Передплатний індекс – **37632**
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати на рік – 497,60 грн, на півріччя – 251,30 грн

«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Урологія, нефрологія, андрологія»
Передплатний індекс – **86683**
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати на рік – 495,88 грн, на півріччя – 250,44 грн



НАША АДРЕСА:
«Видавничий дім «Здоров'я України»,
04123, м. Київ,
вул. Світлицького, 35
Телефон відділу передплати
+38(044) 364-40-28,
e-mail: podpiska@health-ua.com,
www.health-ua.com



www.health-ua.com



Гормональна контрацепція та ризики тромбозів

За матеріалами конференції

Гормональна контрацепція є одним із найбільш ефективних методів запобігання вагітності, однак страх перед побічними ефектами, зокрема тромбозами, часто стає перешкодою для її застосування. На вебінарі «Жіноче здоров'я від А до Я в рамках професійного розвитку лікарів акушерів-гінекологів» із секцією «Збереження фертильності у різні вікові періоди. Мультитематичний підхід», що відбувся 7 грудня 2021 року, доктор медичних наук, доцент кафедри акушерства, гінекології та неонатології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця Олександра Леонідівна Громова у доповіді «Гормональна контрацепція та ризики тромбозів» спростувала поширені міфи про гормональну контрацепцію й представила сучасні дані щодо найбільш безпечних комбінованих оральних контрацептивів. **Ключові слова: гормональна контрацепція, комбіновані оральні контрацептиви, тромбози, левоноргестрел.**

Репродуктивне здоров'я розпочинається ще на етапі планування вагітності. І хоча частота абортів в Україні з 2014 року зменшилася майже вдвічі, проте материнська смертність, пов'язана з перериванням вагітності, до цього часу існує майже на тому ж рівні. Саме тому вкрай важливою є ефективна контрацепція, яка сприяє зниженню частоти абортів.

Основні критерії вибору методу запобігання вагітності – це ефективність, безпечність, зворотність та неконтрацептивні переваги. За індексом Перля найбільш ефективними видами контрацепції на сьогодні вважаються стерилізація, внутрішньоматкова й гормональна контрацепція (Tusseau J., 2011).

Спікер зауважила, що контрацепція – це захід, спрямований на покращення якості життя, а не на його порятуюнок, тому безпечність її використання надзвичайно важлива. Для оцінки безпечності методів контрацепції Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ, 2015) запропонувала розподілити різні стани відповідно до ризиків використання на 4 категорії:

- категорія 1 – стани, при яких відсутні будь-які обмеження для використання даного методу контрацепції;
- категорія 2 – стани, при яких переваги використання методу в цілому перебільшують теоретичні або доведені ризики;
- категорія 3 – стани, при яких теоретичні або доведені ризики, як правило, перебільшують переваги від використання методу;
- категорія 4 – стани, які являють собою неприпустимий ризик для здоров'я при використанні даного методу.

Проте варто пам'ятати, що попри певні ризики контрацепції існують випадки, коли вагітність виступає головною небезпекою для жінки, наприклад якщо вона має рак молочної залози, ускладнені ураження клапанів серця, ускладнений цукровий діабет, рак ендометрія та яєчників, артеріальну гіпертензію (систолический артеріальний тиск >160 мм рт. ст., діастолічний артеріальний тиск >100 мм рт. ст.), ВІЛ/СНІД, ішемічну хворобу серця, злоякісні гестаційні хвороби трофобласта, злоякісні пухлини

печінки, декомпенсований цироз печінки, серповидно-клітинну анемію, інсульт, тромбогенні мутації, туберкульоз і т.д. Зазвичай таким жінкам важко підібрати контрацепцію, але вони її потребують більше за інших.

При виборі методу контрацепції важливо звертати увагу на його неконтрацептивні переваги. Вони найбільш виражені у комбінованих оральних контрацептивах (КОК), наявні у чисто прогестинних оральних контрацептивах, левоноргестрел-вивільнюючій внутрішньоматковій системі (ЛНГ-ВМС) та у презервативів (профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом).

До переваг, які дає прийом КОК, відносяться:

- зниження ризику раку ендометрія та яєчників;
- зменшення менструального болю та об'єму крововтрати;
- зменшення утворення функціональних кіст;
- зменшення активності запальних захворювань внутрішніх статевих органів;
- зменшення гірсутизму та покращення стану шкіри;
- зменшення проявів передменструального синдрому.

Однак застосування КОК може спричинити побічну дію та ускладнення. На щастя, хоча побічні ефекти терапії КОК відносно часті, вони не несуть небезпеки й, як правило, минають самостійно або з відміною КОК. Ускладнення тромбози й вкрай рідко – інфаркт та інсульт.

Оральна контрацепція та естрогенна терапія відносяться до факторів ризику виникнення тромбозів, так само як ожиріння, тромбози в анамнезі, онкологічні захворювання, великі хірургічні втручання і т.д. Однак вагітність та післяпологовий період так само є серйозними факторами ризику тромбозів.

У 50% жінок репродуктивного віку, які мали венозні тромбози, прийом КОК розглядається як можливий фактор ризику. Але варто пам'ятати, що кожна людина протягом життя має середній ризик виникнення тромбозу 1:20, що становить 80 на 100 тис. випадків щороку. Базовий ризик тромбозу для жінки репродуктивного віку (15-45 років) складає 5:10 000 (Martinelli I., 2004).

Деякі жінки ризикують більше, приймаючи КОК, оскільки можуть мати набуті або генетичні фактори ризику, а саме:

- набуті фактори ризику
 - ожиріння;
 - вік >40 років;
 - тютюнопаління;
 - синдром полікістозних яєчників;
 - тромбози в анамнезі;
- генетичні фактори ризику
 - мутація фактора V Лейден;
 - мутація гена протромбіну G20210A;
 - група крові, відмінна від 0 (I);
 - тромбози в анамнезі у родичів першої лінії.

Також важливо враховувати фактори, зумовлені застосуванням контрацептивів, що впливають на ризик тромбозу. Особливо багато уваги приділяється гестагенам у складі КОК. За даними Європейської медичної агенції за 2019 рік, жінки, які використовують КОК із такими гестагенними компонентами, як левоноргестрел, норетістерон, норгестімат, мають найнижчий ризик тромбозів – 5-7 на 10 тис. жінок протягом року (базовий ризик – 2). Жінки, що використовують КОК, у складі яких є етоногестрел, норелгестромін (пластирі та вагінальні кільця), мають ризик 6-12. Ті, хто віддають перевагу КОК із дроспіреноном, гестоденом, дезогестрелом, ципротерону ацетатом, мають найвищий ризик – 9-12.



О.Л. Громова

На сучасному фармацевтичному ринку представлений КОК із левоноргестрелом (150 мкг) та етинілестрадіолом (30 мкг) – Церінта. Саме ця комбінація у складі препарату має найнижчу частоту тромботичних ускладнень при використанні КОК. Також відомо, що низький ризик тромбозів спостерігається при використанні натурального естрадіолу – естрадіолу валерату. Проте в дослідженні F. Fruzzelti (2018) ризик тромбозу при використанні КОК із цим найбезпечнішим компонентом та дієгестом був зрівняним із таким при застосуванні КОК з етинілестрадіолом та левоноргестрелом.

Стосовно оптимальної тривалості прийому КОК – доповідь зазначила, що тривала терапія не підвищує ризик тромботичних ускладнень, адже найбільший ризик тромбозів спостерігається у перші 3-6 міс прийому. Потім цей ризик вирівнюється й стабілізується.

Також лікарі часто відмовляються від призначення пролонгованого прийому КОК через страх перед тромбозами. Однак цей режим застосування має серйозні переваги з точки зору лікування передменструального синдрому, дисменореї, менструальної мігрені. J. Li et al. (2018) зафіксували незначне підвищення рівня тромбозів при пролонгованому прийомі КОК (відносний ризик – 1,3 проти 1,8 при циклічному та пролонгованому прийомі відповідно), але абсолютний ризик був настільки малим, що виявлені статистичні відмінності не мали клінічного значення.

Якщо підсумувати рекомендації різних керівництв, то КОК не рекомендовано використовувати до 21-го дня після пологів (категорія 3/4), від 21-го до 42-го дня після пологів (категорія 2/3), якщо жінка палить після 35 років (категорія 3/4), має особистий анамнез тромбозу глибоких вен/тромбоемболії легеневої артерії (категорія 4) або при запланованому великому хірургічному втручанні з іммобілізацією (категорія 4).

Щодо тактики ведення пацієнтів, у яких виникли тромбози на фоні прийому КОК, то думки експертів розходяться. ВООЗ рекомендує термінову відміну препаратів. Але не у всіх настановах підтримується ця тактика. У деяких керівництвах не радять відміняти КОК через антитромботичну терапію, яку отримує пацієнтка: лікування перебиває тромботичний вплив КОК, натомість як відміна контрацептивів може призвести до маткової кровотечі (Martmel U.I., 2016). Тому вирішення цієї проблеми зазвичай потребує консиліуму.

Отже, використання гормональної контрацепції має тромботичні ризики, проте вагітність також є вагомим фактором ризику виникнення тромбозів. Надійне запобігання небажаній вагітності залишається дієвим способом профілактики абортів та їх ускладнень, а з огляду на високий профіль безпеки сучасних КОК, таких як Церінта, у тому числі відносно тромбозів, майже не несе ризиків для здоров'я жінки.

Підготувала **Анастасія Романова**

1-2 Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Церінта

Увага! Є протипоказання та побічні ефекти. Рекомендовано ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування препарату та проконсультуватися з лікарем!

Витяг з інструкції для медичного застосування лікарського засобу Церінта: **Склад:** діючі речовини: левоноргестрел, етинілестрадіол; 1 таблетка містить левоноргестрелу 0,15 мг та етинілестрадіолу 0,03 мг; **Показання.** Пероральна контрацепція, контроль нерегулярного менструального циклу. **Спосіб застосування та дози.** Спосіб застосування. Застосовують внутрішньо, приблизно в один і той самий час, по одній таблетці на добу. **Побічні реакції.** На початку застосування дуже часто (>1/10) відзначали нудоту.

Упаковка. По 21 таблетці у блистері, по 1 блистеру в картонній коробці.

Категорія відпуску. За рецептом.

Виробник. Сан Фармасьютікал Індастріз Лтд, Церінта 14.11.2019 № 2283 Реєстраційне посвідчення № UA/17746/01/01. ТОВ «Ранбаксі Фармасьютікалс Україна» (група компаній «САН ФАРМА»). Не є рекламою. Дана інформація призначена винятково для дипломованих фахівців медичної сфери та для використання на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

1 таблетка містить:

- етинілестрадіол 0,03 мг
- левоноргестрел 0,15 мг

Cerinta

- Гормональні контрацептиви для системного застосування¹
- Низький вміст гормонів²

З М І С Т

ГІНЕКОЛОГІЯ

Вульвовагінальний кандидоз: основні терапевтичні підходи

У патогенезі вульвовагінального кандидозу все більше уваги привертають дріжджові гриби роду *Candida non-albicans*, особливо враховуючи їх високу схильність до формування біоплівки, що створює перешкоду для дії багатьох протигрибкових препаратів. Представляємо вашій увазі реферативний огляд за матеріалами публікації «Терапевтичні підходи у лікуванні вульвовагінального кандидозу» А.З. Хашукоєвої та співавт. (2020), у якій висвітлено проблему резистентності грибів роду *Candida* до антимікотиків, а також наведено дані щодо унікальності дії сертаконазолу та ефективності його застосування, що підтверджено дослідженнями, у тому числі й серед вагітних пацієнток. 9

Лікувальна тактика при отриманні патологічного цитологічного мазка шийки матки

Ю.Б. Якимчук

За матеріалами конференції

Незважаючи на наявність надійного тестового контролю, сучасні методи лікування та профілактики, рак шийки матки займає лідируючі позиції у структурі онкологічної патології. Ця тема не лишилася поза увагою під час Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання сучасного акушерства та гінекології», що відбулася минулого року. У рамках заходу асистент кафедри терапії та сімейної медицини Навчально-наукового інституту післядипломної освіти Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського, кандидат медичних наук Юлія Богданівна Якимчук спільно зі співавторами О.М. Якимчук та Т.В. Рудик висвітлили сучасні лікувальні стратегії при виявленні патологічного цитологічного мазка шийки матки. 12-13

Тетрацикліни у гінекології: що нового?

М.В. Майоров, С.В. Ворощук, О.О. Жуперкова, С.І. Жученко, О.Л. Черняк

Запальні захворювання органів малого таза є однією з основних медичних проблем у гінекології, вирішення якої потребує вдало підібраної антибіотикотерапії. Тетрацикліни є одними з ранніх класів антибіотиків, які мають широку антимікробну активність та повну перехресну стійкість. Вони активні щодо практично всієї грампозитивної флори, грамнегативних коків (у т.ч. гонококів), кишкової палички, бактерій роду *Enterobacter*, клебсієли, а також дуже поширених останнім часом хламідій та мікоплазми. У статті представлені сучасні дані щодо використання цих препаратів у практиці лікаря-гінеколога. 24-25

Європейські рекомендації щодо діагностики та лікування вульвовагінального кандидозу

А. Фарр, І. Еффенді, Б.Ф. Тіррі та ін.

Представляємо вашій увазі рекомендації Німецького, Австрійського й Швейцарського товариств акушерства та гінекології щодо діагностики та лікування вульвовагінального кандидозу. У публікації проаналізовано й роз'яснено всі суперечливі твердження та надано рекомендації щодо ведення пацієнтів із гострим та хронічним рецидивуючим вульвовагінальним кандидозом. 26-27

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Вік – не привід для старіння

З.М. Дубоссарська

У публікації проаналізовано функціональний стан вегетативної нервової системи та її взаємозв'язок із виникненням вегетосудинних і психоемоційних розладів при патологічному перебігу перименопаузи у жінок віком 50-57 років. Встановлено кореляційну залежність між тяжкістю і тривалістю перебігу клімактеричного синдрому та характером зворотних реакцій на функціональні проби, які визначають резервні потенційні можливості вегетативної нервової системи. 10-11

Анкета читача

Здоров'я України®

Заповніть анкету та надішліть за адресою:

Медична газета «Здоров'я України»,
04123, м. Київ, вул. Світлицького, 35.

Вкажіть відомості, необхідні
для відправки тематичного номера
«Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»



Прізвище, ім'я, по батькові

.

Спеціальність, місце роботи

.

Індекс

Місто

Село

Район область

Вулиця буд.

корпус квартира

Телефон: дом.

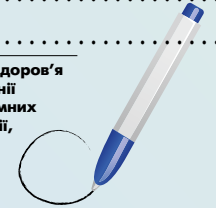
роб.

моб.

E-mail:

* Я добровільно передаю зазначені в анкеті персональні дані ТОВ «Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». Також даю згоду на їх використання для отримання від компанії (пов'язаних осіб, комерційних партнерів) видань, інформаційних матеріалів, рекламних пропозицій, а також на включення моїх персональних даних до бази даних компанії, необмежене у часі зберігання даних.

Підпис _____

**Нам важливо знати Вашу думку!**

Чи сподобався Вам тематичний номер

«Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»?

Назвіть три кращих матеріали номера

1.

2.

3.

Які теми, на Ваш погляд, можна розглянути в наступних номерах?

.

.

Публікації яких авторів Вам хотілося б бачити?

.

Чи хотіли б Ви стати автором статті для тематичного номера «Акушерство.

Гінекологія. Репродуктологія»?

На яку тему?

.

Чи є для Вас наше видання ефективним у підвищенні лікарської

кваліфікації?

.

Відповісти на дані запитання
ви можете також онлайн,
відсканувавши QR-код



Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»

Редакційна колегія

- К.М. Амосова**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України
- О.Я. Бабак**, д. мед. н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Харківського національного медичного університету
- Г.М. Бутенко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України і РАМН, директор Інституту генетичної та регенеративної медицини НАМН України
- Б.М. Венцівський**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки, президент-засновник Асоціації акушерів-гінекологів України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця
- Ю.В. Вороненко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика
- С.І. Герасименко**, д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, керівник відділу захворювань суглобів у дорослих, заступник директора з науково-лікувальної роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- І.І. Горпинченко**, д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, головний сексопатолог МОЗ України, президент Асоціації сексологів і андрологів України, директор Українського інституту сексології та андрології
- Ю.В. Давидова**, д. мед. н., професор, головний спеціаліст з акушерства і гінекології НАМН України, керівник відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України»
- Д.І. Заболотний**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, директор Інституту отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України
- Д.Д. Іванов**, д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.М. Коваленко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, заслужений діяч науки і техніки, віце-президент НАМН України, директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
- В.В. Корпачов**, д. мед. н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач відділу вікової ендокринології та клінічної фармакології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
- Б.М. Маньковський**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, голова Правління Української діабетологічної асоціації, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика
- Ю.М. Мостовой**, д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова
- В.І. Паньків**, д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, завідувач відділу профілактики, лікування цукрового діабету та його ускладнень Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів і тканин
- О.М. Пархоменко**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
- Н.В. Пасечнікова**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, Заслужений лікар України, директор Інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України
- С.С. Страфун**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, Заслужений лікар України, віце-президент Асоціації ортопедів-травматологів України, керівник відділу мікрохірургії та реконструктивної хірургії кисті та заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- І.М. Трахтенберг**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, Заслужений діяч науки і техніки, завідувач лабораторії промислової токсикології та гігієни праці при використанні хімічних речовин ДУ «Інститут медицини праці ім. Ю.І. Кундієва НАМН України»
- М.Д. Тронько**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, віце-президент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, директор ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
- Ю.І. Фещенко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач відділу пульмонології та директор Національного інституту фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України
- Н.В. Харченко**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.І. Цимбалюк**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України по відділенню біохімії, фізіології та молекулярної біології, президент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки, завідувач кафедри нейрохірургії НМУ ім. О.О. Богомольця, науковий керівник відділу відновлювальної нейрохірургії ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»
- В.П. Черних**, д. ф. н., д. х. н., професор, академік НАН України, почесний ректор Національного фармацевтичного університету МОЗ України

Медична газета «Здоров'я України»
Тематичний номер «Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»

Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович

Видавництво – ТОВ «МАЗЛ»

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР **Сергій Черкасов** Свідоцтво КВ № 17674-6524Р від 04.04.2011 р.
ДИРЕКТОР З РОЗВИТКУ **Людмила Жданова** Передплатний індекс 89326

Адреса для листів:
вул. Світлицького, 35, м. Київ, 04123
E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Контактні телефони:
Редакція (044) 363-40-22
Відділ маркетингу (044) 364-40-27
Відділ передплати
та розповсюдження (044) 364-40-28

Газету віддруковано: ТОВ «ВПК «ВЕСНА»
49021, Дніпропетровська обл., м. Дніпро,
вул. Саранська, буд. 93
Підписано до друку квітень 2022 р.
Замовлення № 322Ц.
Наклад 15 000 прим.

Редакція має право публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів. За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори.

Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.

Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія» є спеціалізованим виданням для медичних установ та лікарів.

ПЕРЕДПЛАТА НА 2022 РІК!

Здоров'я України

Шановні читачі!

Оформити передплату на наші видання Ви можете:

- ♦ через редакцію, написавши листа на адресу: podpiska@health-ua.com або за телефоном (044) 364-40-28;
- ♦ через онлайн-сервіс передплати на сайті Укрпошти <https://peredplata.ukrposhta.ua>;
- ♦ у будь-якому поштовому відділенні зв'язку України за каталогом «Укрпошти» в розділі «Охорона здоров'я. Медицина».
- ♦ через регіональні передплатні агентства.

Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»

Передплатний індекс – 89326
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати на 1 місяць – 128,65 грн
Вартість передплати на півріччя – 251,30 грн
Вартість передплати на рік – 497,60 грн

Для редакційної передплати видання необхідно:

- ♦ перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку згідно з такими реквізитами:
р/р UA41351005000026006636475400 у АТ «УкрСиббанк»,
МФО 351005, код ЄДРПОУ 38391849;
- ♦ надіслати копію квитанції, що підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників;
- ♦ вказати адресу доставки примірників.

Наша адреса: «Медична газета «Здоров'я України»,
04123, м. Київ, вул. Світлицького, 35
Телефон відділу передплати (044) 364-40-28.
e-mail: podpiska@health-ua.com



<p>Отримувач платіжжю: ТОВ «МАЗЛ» Код ЄДРПОУ [38391849] П/р [UA41351005000026006636475400] Банк отримувача: АТ «УкрСиббанк» МФО: 351005</p> <p>Платник: _____ П.І.Б. _____ Платити слід: по адресу платника</p>	<p>Вид платежу</p> <p>Передплата на «Медична газета «Здоров'я України», Тематичний номер «Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія» (передплатний індекс – 89326)</p> <p>Період: _____ місяців (2022 р.)</p> <p>Сума: _____</p> <p>Підпис платника _____ Дата « ____ » _____ 20__ р.</p>
<p>Отримувач платіжжю: ТОВ «МАЗЛ» Код ЄДРПОУ [38391849] П/р [UA41351005000026006636475400] Банк отримувача: АТ «УкрСиббанк» МФО: 351005</p> <p>Платник: _____ П.І.Б. _____ Платити слід: по адресу платника</p>	<p>Вид платежу</p> <p>Передплата на «Медична газета «Здоров'я України», Тематичний номер «Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія» (передплатний індекс – 89326)</p> <p>Період: _____ місяців (2022 р.)</p> <p>Сума: _____</p> <p>Підпис платника _____ Дата « ____ » _____ 20__ р.</p>

ПОВІДОМЛЕННЯ

Касир

КВИТАНЦІЯ

Касир

Вульвовагінальний кандидоз: основні терапевтичні підходи

У патогенезі вульвовагінального кандидозу все більше уваги привертають дріжджові гриби роду *Candida non-albicans*, особливо враховуючи їх високу схильність до формування біоплівки, що створює перешкоду для дії багатьох протигрибкових препаратів. Представляємо вашій увазі реферативний огляд за матеріалами публікації «Терапевтичні підходи у лікуванні вульвовагінального кандидозу» А.З. Хашукоєвої та співавторів. (2020), у якій висвітлено проблему резистентності грибів роду *Candida* до антимікотиків, а також наведено дані щодо унікальності дії сертаконазолу та ефективності його застосування, що підтверджено дослідженнями, у тому числі й серед вагітних пацієнток. Ключові слова: вульвовагінальний кандидоз, біоплівки, вагітність, протигрибкові препарати, сертаконазол.

Велика поширеність вульвовагінального кандидозу (ВВК), неухильне зростання захворюваності й складності у виборі максимально ефективної терапії представляють для практикуючих лікарів серйозну проблему.

У даний час налічується близько 196 видів грибів роду *Candida*, з яких 27 видів є патогенними для людини (Байрамова Г.Р., 2017). Саме тому слизова оболонка піхви являє сприятливе середовище для зростання та розвитку грибів. Лідуючі позиції серед збудників ВВК займає *Candida albicans*, на яку, за даними різних авторів, припадає 90-95% епізодів захворювання. Проте в останні роки дедалі більшої значущості набувають гриби *Candida non-albicans*, які поступово починають витісняти «класичного» збудника ВВК — *Candida albicans* (Прилепская В.Н., 2019).

Через переважання *Candida non-albicans* частіше спостерігається ускладнений перебіг ВВК. Крім того, відзначається значне зниження ефективності протигрибкових препаратів, які раніше широко застосовувалися у терапії ВВК (Vale-Silva L.A., 2015). Відомо, що багато видів *Candida non-albicans* мають початкову стійкість до класичних терапевтичних схем, зокрема до широко застосовуваного флуконазолу (Szweda P., 2015).

В останні десятиліття особливе занепокоєння клініцистів викликає рецидивуючий ВВК (РВВК), про який можна говорити при виникненні ≥ 4 епізодів захворювання на рік (Хашукоєва А.З., 2018). На основі аналізу захворюваності, який проводився в 11 країнах із 1985 по 2016 рік, фахівці розраховали, що щорічно у світі реєструється близько 138 млн випадків ВВК. Велика поширеність ВВК пов'язана зі зростанням частоти рецидивуючого перебігу захворювання: РВВК діагностують у 15-17% пацієнток, більшість із яких входять до вікової групи 25-35 років (Pestrikova T.Yu., 2017). Основним збудником РВВК також є *C. albicans*, проте не варто забувати, що в 10-20% випадків причиною захворювання виступає *Candida non-albicans*, зокрема *C. glabrata*. Підступність цих видів у тому, що вони не формують гіфові чи псевдогіфові форми, у зв'язку із чим виявити гриби за допомогою мікроскопії досить складно. Тому при діагностиці захворювання рекомендовано проведення культурального дослідження з одночасним визначенням чутливості до протигрибкових препаратів.

Діагностика вульвовагінального кандидозу

Найпоширеніший вид діагностики ВВК — це мікроскопія мазка, пофарбованого за Грамом. Проте лише мікроскопія недостатньо

для повного розуміння стану мікроценозу піхви, тому потрібне застосування культурального методу. Поєднання двох цих методик дозволить практикуючому лікарю отримати вичерпну інформацію про стан піхвового біотопу, одночасно із чим отримавши дані щодо чутливості виділених збудників до антибіотиків.

Вульвовагінальний кандидоз під час вагітності

Вкрай важливим аспектом у вирішенні проблеми ВВК є його часте виникнення під час вагітності. Цей діагноз зазвичай розглядають як інфекцію, яка не несе в собі клінічно значущої небезпеки, тим більше що у переважній більшості випадків ВВК під час гестації має субклінічну форму й не супроводжується яскраво вираженими клінічними симптомами. Однак завжди потрібно пам'ятати про те, що розгорнута клінічна картина ВВК є дуже серйозною небезпекою як для плода, так і для вагітної жінки, тому лікування необхідно проводити абсолютно у всіх вагітних із підтвердженим діагнозом ВВК, незалежно від наявності або відсутності клінічних проявів. Відомо, що маніфестний перебіг ВВК збільшує частоту передчасних пологів (Czeizel A.E., 2004), несе ризик внутрішньоутробного інфікування плода внаслідок ураження грибами піхви та амніону з подальшим розвитком хоріоамніоніту. Крім того, висхідне інфікування може призвести до передчасного розриву плодкових оболонок. Численні спостереження свідчать також про підвищення ризику розвитку неврологічних захворювань у дітей, чії матері були інфіковані грибами роду *Candida* (Pinhat E.C., 2012). Особливо небезпечним ураження грибами є для недоношених дітей: крім розвитку великої кількості соматичних захворювань у новонароджених, які нерідко можуть навіть призвести до майбутньої інвалідизації дитини, існує загроза кандидозного сепсису, який за своєю частотою поступається лише сепсису, зумовленому грамнегативною мікрофлорою.

Роль біоплівки у розвитку вульвовагінального кандидозу

У грибів роду *Candida*, так само як і у багатьох інших мікроорганізмів, існує здатність утворювати біоплівки, які є своєрідним об'єднанням мікроорганізмів, що організуються в конгломерат, здатний фіксуватися на поверхні слизових. Доведено, що впливати на пул інфективних, об'єднаних у біоплівки, значно складніше, ніж на окремі клітини. Якщо говорити про гриби роду *Candida*, то, крім того, що вони можуть виживати в досить несприятливих умовах, їхня здатність утворювати біоплівки не втрачається навіть при негативному для грибків навколишньому середовищі. Відповідно, якщо умови середовища стають сприятливими для колонізації грибів, процес створення мікробних

конгломератів прискорюється, а сама «стіна» мікробної асоціації стає важкодоступною для протигрибкових препаратів.

У складі грибкових біоплівок присутні всі форми мікроорганізмів — дріжджові, псевдогіфові та гіфові. Завдяки наявності всіх цих форм відбувається не тільки фіксація колонії грибів, а й поширення інфекційного процесу.

Особливості терапії вульвовагінального кандидозу

Лікування ВВК має бути спрямоване не лише на ерадикацію патогена, а й на запобігання повторному виникненню захворювання. Однак у більшості ситуацій, пов'язаних із ВВК, повне знищення збудника неможливе через те, що *Candida* входить до складу нормальної мікрофлори, і провести повну елімінацію мікроорганізму досить складно (Cauchie M., 2017). До того ж багато видів грибів є резистентними до великої кількості протигрибкових препаратів (Abbasi Nejat Z., 2017).

Для досягнення ефективності терапії ВВК лікування має бути максимально ефективним, тому необхідно застосовувати препарати, які мають широкий спектр протигрибкової дії, особливо щодо *Candida non-albicans*. Антимікотичні препарати також повинні мати високу активність, а для підвищення прихильності до лікування — бути максимально зручними у застосуванні й безпечними. Усім зазначеним критеріям найбільш повно відповідає сертаконазол (Залаїн), який забезпечує і фунгіцидну, і фунгістатичну дію в досить низьких концентраціях. Механізм дії сертаконазолу полягає у пригніченні синтезу ключового компонента клітинної стінки грибів — ергостеролу, за що відповідає азолова група у складі препарату. Бензотіофен — другий компонент сертаконазолу, маючи високу ліпофільність та схожість із триптофаном, вбудовується у плазматичну мембрану гриба й провокує її розрив. Через утворення внаслідок розриву пори відбувається вихід цитоплазми, що призводить до загибелі мікроорганізму.

Сертаконазол також проявляє активність щодо тих видів *Candida*, які мають резистентність до препаратів азолової групи (Verma K., 2015). В одному з досліджень, у якому оцінювали активність найбільш відомих та застосовуваних протигрибкових препаратів (флуконазол, кетоконазол, фентиконазол, клотримазол, ітраконазол), сертаконазол мав найвищі показники терапевтичної активності (Palacin C., 2001).

Останнім часом перевага віддається препаратам для локальної терапії, оскільки відсутність системної дії значно знижує негативний вплив на організм діючих речовин і зменшує

кількість побічних ефектів. Сертаконазол, що випускається у супозиторіях для інтравагінального введення, створює високу концентрацію препарату на слизовій оболонці піхви, сприяючи досягненню за короткий час досить потужного терапевтичного ефекту, що зберігається ще кілька днів після введення препарату (Кашеваров Д.Ф., 2014).

Згідно з дослідженнями, проведеними з метою вивчення ефективності сертаконазолу, його застосування в дозі 500 мг разово виявило позитивний результат за даними мікробіологічного дослідження у 95% спостережень, натомість як у пацієнток групи порівняння, які отримували протягом трьох днів еконазол, ефект від лікування спостерігався лише у 39% випадків. Кількість побічних ефектів сертаконазолу мінімальна через відсутність системної абсорбції, завдяки чому застосування препарату можливе з обережністю після 12 тиж вагітності (Вознесенская Н.В., 2013). Аналізуючи дані досліджень, що були проведені у групі вагітних, можна констатувати, що й у цих пацієнток застосування сертаконазолу мало високу ефективність. У дослідженні Н.В. Вознесенської та співавторів (2013) на третю добу терапії більше 90% жінок заявили про повне зникнення симптомів ВВК, водночас у групі порівняння показник ефективності протигрибкової терапії був значно нижчим — 21,4% пацієнток продовжували турбувати симптоми ВВК. У дослідженні С.А. Гаспарян та співавторів (2019) на 7-му добу клінічне та мікробіологічне одужання після разового застосування сертаконазолу спостерігалось у 92 та 97% вагітних пацієнток відповідно ($p < 0,001$). Варто зазначити, що ефект зберігався і на 28-му добу дослідження.

Короткий курс (1 супозиторій разово) терапії Залаїном робить препарат зручним для застосування, що істотно впливає на бажання пацієнток остаточно позбавитися проблеми ВВК, оскільки кратність застосування підвищує комплаєнтність. Повторне введення супозиторію може бути показане у разі терапії хронічної форми ВВК. Ще одна відмінна властивість сертаконазолу — відсутність негативного впливу на лактобацилярну мікрофлору, внаслідок чого паличкової колонії залишаються інтактними й можуть реалізовувати свої захисні механізми, спрямовані на відновлення та підтримання нормоценозу (Palacin C., 2000).

Таким чином, автори численних досліджень показали, що сертаконазол (Залаїн) має високу ефективність у терапії пацієнток, які страждають на ту чи іншу форму ВВК. Представлені дані свідчать не лише про високу ефективність препарату, а й про його безпечність, що якісно виділяє сертаконазол з-поміж інших протимікробних лікарських засобів. Короткий курс терапії сертаконазолом також позитивно впливає на прихильність до лікування.

Реферативний огляд за матеріалами:
Хашукоєва А.З., Сафонина М.С., Андреасян Г.О., Мясоутова А.И., Оверко А.В. Терапевтические подходы в лечении вульвовагинального кандидоза. Медицинский совет. 2020;(13):138-146.
doi: 10.21518/2079-701X-2020-13-138-146.

3

Залаїн овулі
Zalain® ovulo
сертаконазол
1 пєсарій

EUROPEAN PHARMACOPOEIA 1st Spanish Medication
EU
PREMIO GALENO
Mejor fármaco 1993

Залаїн
сертаконазол
Овулі
1 овулі на курс лікування ВК*

Показання. Місцеве лікування вагінального кандидозу. Протипоказання. Гіперчутливість до протигрибкових засобів, похідних імідазолу або до будь-яких допоміжних речовин препарату. Побічні реакції. Іноді можлива транзиторна місцева подразнювальна реакція (відчуття печіння та свербіж), алергічні реакції. Р.П. №UA/1849/02/01. Виробник, ЗАТ «Фармацевтичний завод ЕПС, Угорщина. Категорія відпуску. За рецептом. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозиумах з медичної тематики. *Інструкція для медичного застосування. Контакти представника виробника в Україні: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38.

З.М. Дубоссарська, заслужений діяч науки та техніки України,
д. мед. н., професор кафедри сімейної медицини Дніпровського державного медичного університету

Вік — не привід для старіння

У публікації проаналізовано функціональний стан вегетативної нервової системи та її взаємозв'язок із виникненням вегетосудинних і психоемоційних розладів при патологічному перебігу перименопаузи у жінок віком 50-57 років. Встановлено кореляційну залежність між тяжкістю і тривалістю перебігу клімактеричного синдрому та характером зворотних реакцій на функціональні проби, які визначають резервні потенційні можливості вегетативної нервової системи.

Ключові слова: перименопауза, вегетативна нервова система, менопаузальна гормональна терапія.

Минулого року англійській королеві-матері Єлизаветі II виповнилося 95 років. Кожну мислячу людину її бадьорість, розумові можливості й життєрадісність у такому похилому віці наводять на думку, що, ймовірно, й менопаузальна гормональна терапія (МГТ) свого часу відіграла важливу роль у збереженні здоров'я такої віп-персони.

Якщо говорити про пересічних співгромадян королеви Єлизавети II, то й тут також непогано: тривалість життя у Європі, у т.ч. у Великій Британії та багатьох інших розвинених країнах, на сьогодні становить у середньому 83 роки для жінок і 75 років для чоловіків. У нашій країні дані не такі оптимістичні, і справа не тільки у важких соціально-економічних потрясіннях, пов'язаних із пандемією COVID-19, яка завдала сильного удару по здоров'ю нації. При спробі розібратися у цій проблемі стає ясно, що причиною гострого стресу, поширеного серед українського населення, є не лише гібридна війна на сході країни, а й недопрацювання системи охорони здоров'я в цілому й проміжних лікарів зокрема. Дана ситуація вимагає вживання простих заходів — адекватного контролю рівня холестерину, артеріального тиску (АТ) та глюкози у крові, здатних у разі знизити загальну смертність від інфарктів та інсультів, як це вже протягом півстоліття відбувається в економічно розвинених країнах. Серед таких можливостей, що реально збільшують тривалість життя у жіночій популяції, є МГТ. І це вагома причина сприяти її поширенню.

Не слід забувати, що поняття «підвищення якості життя» включає в себе й такі цінності, від яких напевно чи відмовиться нормальна сучасна жінка: доведений косметичний ефект, підвищення щільності кісткової тканини, що знижує ризик розвитку системного остеопорозу, нормалізація сексуальної функції, а головне — дієва профілактика хвороби Альцгеймера. У цьому полягає величезний соціальний потенціал МГТ, зокрема й для самих лікарів. Звичайно, існує альтернатива МГТ — це фітоестрогени, виробники яких говорять про «натуральність» своїх засобів як основну їхню перевагу. Утім на рослинні речовини з естрогеноподібною дією не варто покладати надто великі надії. Із позицій доказової медицини фітоестрогени не можна вважати адекватною заміною МГТ: хоча деякі з них і мають терапевтичний ефект при вегетативних симптомах менопаузи, але затримати старіння судин та кісткової тканини не можуть. Так, жінка має право на вільний вибір на користь «рослинних негормональних» препаратів, але й вона, і її лікар мають бути в курсі того, що доказова база ефективності цих засобів відсутня, а їхній вплив, швидше, буде симптоматичним, без довгострокових позитивних ефектів, властивих МГТ.

Нами були проаналізовані функціональні стани вегетативної нервової системи (ВНС) та їх взаємозв'язки з виникненням вегетосудинних та психоемоційних розладів при патологічному перебігу перименопаузи у жінок віком 50-57 років. Встановлено кореляційну залежність між тяжкістю й тривалістю перебігу клімактеричного синдрому (КС) та характером зворотних реакцій на функціональні проби, що визначають резервні потенційні можливості ВНС.

У роботах останніх років описано багато патогенетичних аспектів КС [11]. Докладно охарактеризовано гіпоталамо-гіпофізарну регуляцію функції яєчників та щитоподібної залози, доведено роль рецепторних систем в екстрагенітальних органах-мішенях, що визначають перебіг патологічного КС [2]. Показано, що найбільш типовими й постійними компонентами КС є вегетативно-судинні та психоемоційні розлади, що визначають патофізіологічні механізми основного

симптому КС — «припливів» жару [1]. Водночас функціональний стан ВНС не піддавався систематичному вивченню.

Нейрофізіологи розвинули ідею про побудовану за вертикальним принципом системну організацію функцій. Створено вчення про неспецифічні системи мозку, які здійснюють інтегративну діяльність. Вивчається функціональна міжпівкульна асиметрія. Все це змінило картину сучасної вегетології та уявлення про механізми функціонування ВНС [1, 8].

ВНС належить важлива, по суті, вирішальна, роль життєдіяльності організму. Механізми, що підтримують гомеостаз, досконало відпрацьовані еволюцією і дозволяють людині добре адаптуватися до всіх змін довкілля. Серед показників внутрішнього середовища існують і вкрай жорсткі константи, найменші зміни яких призводять до загрозливих порушень (рН крові, концентрація H^+ -іонів та ін.), і менш жорсткі, що коливаються в певних межах (АТ, температура тіла, рівень глюкози у крові тощо). Порушення гомеостазу не тільки проявляється безліччю різноманітних вегетативних розладів, а й істотно змінює поведінку людини. Думка Claude Bernard про те, що підтримка сталості внутрішнього середовища організму є неодмінною умовою повноцінного функціонування особистості, афористично й яскраво відображає значення гомеостатичних механізмів [9].

Серед сучасних жінок зростає частка тих, які перенесли гінекологічні операції (оваріоектомія, пангістеректомія, екстирпація матки з придатками). У цій групі пацієнтів виникають нові соціально-економічні, загальномедичні та психологічні проблеми, пов'язані з адаптацією до нейроендокринної перебудови організму. Зміна соціальної ролі та самооцінки, переосмислення уявлень про себе (побоювання втратити жіночність, жіночу привабливість), зміни у міжособистісних відносинах приходять разом із фізіологічними корективами періоду постменопаузи. Гіпоестрогенія, характерна як для природної, так і для хірургічної постменопаузи, веде до порушення функцій гіпоталамічної та лімбічної систем, секреції гормонів гіпофіза. Зниження опіоїдергічної активності (β -ендорфіни), зміни у серотонінергічній системі супроводжуються зменшенням дофамінергічного та підвищенням норадренергічного тону центральної нервової системи [3, 10]. Ці нейроендокринні зміни можуть проявлятися такими психоемоційними порушеннями, як тривожність, депресія, безсоння, нервозність, погіршення когнітивних функцій, зниження концентрації уваги, мотивації та статевого потягу [5, 7].

Метою дослідження було вивчення генезу вегетативно-судинних розладів у хворих із патологічним перебігом перименопаузального періоду для оптимізації лікувальної тактики.

Матеріал та методи

У дослідженні взяли участь 30 жінок віком від 50 до 57 років. Хворі були відібрані для подальшого обстеження та лікування під час проведення періодичних диспансерних медичних оглядів співробітників вищих навчальних закладів м. Дніпра.

Клінічне обстеження включало ретельний аналіз скарг, анамнезу (у т.ч. генеалогічного, гінекологічного, акушерського) та гінекологічного статусу, загальноклінічні лабораторні дослідження, за необхідності — денситометрію хребта, обстеження щитоподібної та молочних залоз. Було проведено оцінку нейропсихологічного синдрому за допомогою кількох тестів. Використано шкалу самооцінки за Ч.Д. Спілбергером у модифікації Ю.Л. Ханіна для виявлення рівня реактивної



З.М. Дубоссарська

тривожності (тривожності в даний момент) як стану та особистісної тривожності як сталої характеристики людини [6]. При аналізі керувалися положенням, що реактивна тривожність характеризується напруженою, занепокоєною, нервозною, а особистісна — визначає стійку схильність сприймати значне число ситуацій як загрозливі й реагувати на них станом тривоги. Застосовували тест Люшера, заснований на тому, що вибір кольору відображає спрямованість досліджуваного на певну діяльність, настрій, функціональний стан та найбільш стійкі риси особистості, а також тест Айзенка, що оцінює нейропсихічну лабільність, екстраверсію та психотизм. Зі спеціальних методів застосовували ультразвукову доплерографію судин голови та шиї; електроенцефалографію; дослідження очного дна, рівня гормонів (пролактину, кортизолу, фолікуло-стимулюючого гормону [ФСГ] методом імуноферментного аналізу); ультразвукове дослідження органів малого таза.

Результати та їх обговорення

При вивченні даних анамнезу виявлено, що більш ніж у третини хворих в одного з батьків відзначалася гіпертонічна хвороба. У 31% осіб перебіг перименопаузального періоду у найближчих родичок ускладнювався тяжким КС. У дитячому та пубертатному віці мали місце різні захворювання: кір (58,2%), хронічний тонзиліт (43,0%), часті гострі респіраторні вірусні інфекції (34,0%), інфекційний паротит та скарлатина (20%). У значній кількості жінок в анамнезі спостерігалися перманентні вегетативні розлади (зміна забарвлення шкіри, підвищена вологість або сухість шкіри, тенденція до зниженого або підвищеного АТ, різноманітні алергічні прояви). На цьому фоні у 27,5% жінок виникли, переважно в перименопаузальному переході, вегетативні порушення пароксизмального характеру (симптоадrenalові кризи, напади пароксизмальної тахікардії, вестибулопатії, психовегетативні розлади). У 43,3% хворих КС розвинувся на фоні екстрагенітальних захворювань: гепатохолециститу та жовчнокам'яної хвороби (25,0%), гіпертонічної хвороби (33,0%), виразкової хвороби шлунка або дванадцятипалої кишки (16,0%). У 15% жінок провокуючим моментом виникнення КС стали оперативні втручання або черепно-мозкові травми, а у 40,6% — психотравмуючі ситуації.

Ці дані свідчать про те, що у пацієнок із КС ще до періоду перименопаузального переходу відзначалися порушення центральних механізмів регуляції вегетативних функцій. Вплив різного роду несприятливих факторів у перехідному періоді, коли легко виникає стан вегетативної нестійкості у зв'язку з віковою перебудовою комплексної вегетативно-гуморально-гормональної системи, є лише вирішальним фактором. Головний біль переважно лобно-скроневої локалізації, іноді — потиличної, що корелює зі статичними фізичними навантаженнями, ниючого, тупого характеру, що нападopodobно посилюється, іноді з нудотою, блюванням, запамороченням, спостерігався у 23 (76,6%) хворих. Половина з них систематично приймали анальгетики з тимчасовим ефектом. Запаморочення несистемного характеру відзначалося у 9 (30%) жінок, причому у 3 (10%) досліджуваних мали місце епізоди вираженого системного запаморочення з нудотою, повторним блюванням, іноді з вегетативним компонентом. Зорові порушення у вигляді «туману перед очима» турбували 2 (6,7%) жінок, шум у вухах — 3 (10%). Періодична хиткість при ходьбі

виникала у 3 (10%) пацієнток, синкопальні пароксизми – у 6 (20%).

Вегетативні розлади у вигляді похолодання кінцівок, відчуття «повзання мурашок», дистального гіпергідрозу відзначали 8 осіб, перепади АТ – 9 осіб. Більшість обстежених (21,70%) скаржилися на швидку втомлюваність, запальність, дратівливість, знижений фон настрою, порушення сну, пам'яті, зниження працездатності. Абсолютно всіх жінок турбував періодичний біль у шийному відділі хребта, іноді – з іррадіацією у надпліччя; 15 хворих скаржилися на біль у грудному відділі хребта, 15 – у поперековій ділянці (у двох із них – з іррадіацією в обидві нижні кінцівки). Больові відчуття посилювалися при статичних та динамічних навантаженнях.

При переважанні впливу симпатичного відділу ВНС шкірні покриви були блідими, сухими, холодними. Дихальні порушення виражалися у відчутті нестачі повітря, утрудненості вдиху, задишці, шумних зітхань. При ваготонії спостерігався поглиблений вдих із неповним видихом або нечастий вдих із тривалим шумним видихом, глибокі нав'язливі вдихи під час звичайного дихання. Для симпатичної спрямованості характерна раптова задишка під час помірного фізичного навантаження, напади пароксизмального кашлю при невротичних реакціях.

Найбільш широкий спектр порушень пов'язаний із серцево-судинною дисфункцією. Залежно від переважання симптомів можлива дисрегуляція за кардіальним або васкулярним типом [4]. При переважанні дисфункції парасимпатичного відділу спостерігалася екстрасистолія, при ваготонії – пароксизмальна тахікардія. У структурі психовегетативного синдрому можливий розвиток пролапсу мітрального клапана. Вегетативні артеріальні дистонії також поширені у перименопаузальному періоді. Можливі різноманітні кризові стани у вигляді панічних атак, синкопальних пароксизмів [1].

Переважає більшість досліджуваних (27,2%) скаржилися на дратівливість, запальність, тужливість, поганий настрій, плаксивість, емоційну нестійкість або посилення цих симптомів у зв'язку з настанням перименопаузи.

Неврологічна симптоматика, виявлена під час огляду невропатологом, була мізерною. Горизонтальний ністагм при погляді у сторони відзначався у 6 жінок, легка асиметрія носогубних складок – у 3. Пожвавлення сухожильних та періостальних рефлексів виявлено у 18 випадках, деяке ослаблення рефлексів – у 4. Зниження м'язового тону у кінцівках діагностовано у 17 хворих: у руках та ногах – у 14, у руках – у 3. Легке похитування у позі Ромберга мало місце у 4 випадках.

Дослідження рівня тривожності та особистісної тривожності за допомогою тесту Спілбергера, рівня екстравертованості, психотизму та нейропсихічної лабільності за тестом Айзенка та особистісних характеристик за тестом Люшера показали досить суттєві порушення (у 47,8; 43,2 та 41,5% осіб відповідно).

Поглиблене тестування за Спілбергером виявило досить високий рівень тривожних і депресивних

розладів, схильність до іпохондрії. Пацієнтки скаржилися на часті депресивні думки, висловлювали ідеї безперспективності та безнадійності. Більшість із них вимагала підвищеної уваги до себе, особливо з боку близьких. Будь-яке зменшення уваги викликало образ, роздратування з усіма наступними наслідками. У деяких жінок на фоні зниженого настрою (похмуро-дратівливого або тривожно-тужливого) домінували іпохондричні прояви.

Аналіз результатів тесту Айзенка показав збільшення балів за шкалою нейротизму (а при вираженому нейротизмі достатньо було незначного стресу для розвитку невроту).

За даними обстеження на всіх пацієнток було складено синдромальну характеристику психосоматичних розладів. Результати свідчили про помітне переважання симптомів астенизації.

Виявлені порушення слід інтерпретувати як соматизовані психологічні розлади, викликані поєднанням вегетативно-судинних проявів та «соматичної слабкості», пов'язаної з патологічним перебігом клімактерію.

Спроба кореляційного аналізу показників менопаузального індексу за шкалами нейровегетативних, ендокринно-метаболических та психоемоційних порушень із результатами тестування за методиками Спілбергера, Люшера та Айзенка виявила достовірні кореляційні зв'язки нейропсихологічних порушень із вираженістю клінічних проявів вікової інволюції жіночого організму.

За допомогою ультразвукової доплерографії судин голови та шиї встановлено порушення церебрального кровотоку в усіх пацієнток; підвищення тону артерій у басейнах загальних сонних та хребтових артерій – у 21 випадку; міжпівкульну асиметрію пульсового кровонаповнення – у 9. Зниження кровонаповнення в басейні загальних сонних артерій відзначено в 9 випадках. Порушення венозного відтоку у вигляді його нестійкості та утрудненості спостерігалася у 12 хворих.

При електроенцефалографії помірні дифузні зміни біоелектричної активності головного мозку з ознаками дисфункції стовбурових структур виявлено у 15 хворих, значущу міжпівкульну асиметрію у потиличній ділянці – у 6, у тім'яно-потиличній – у 3. Зниження порога судомної готовності відзначалося у 9 жінок.

При дослідженні очного дна пацієнток спазм артерій сітківки виявлено у 9 випадках, ангіопатію сітківки I ступеня – у 15.

Дослідження гормонального профілю з визначенням рівнів кортизолу, ФСТ, пролактину у периферичній крові виявило такі закономірності: у всіх пацієнток був підвищений рівень кортизолу (до $643,52 \pm 13,73$ нмоль/л), підвищений рівень ФСТ ($30,7 \pm 2,6$ мМЕ/мл), у 3 хворих – знижений рівень пролактину (до $42,6 \pm 3,1$ мМЕ/л).

Після закінчення комплексного обстеження з урахуванням виразності клінічних проявів патологічного перебігу КС пацієнткам було призначено лікування: МГТ – 85% жінок, ноотропні препарати протягом 4-6 тиж, апаратну фізіотерапію, масаж, лікувальну

фізкультуру, бальнеолікування йодо-бромними ваннами.

Уже наприкінці першого місяця лікування спостерігалася зниження частоти головного болю у переважній кількості хворих; через 3 тиж запаморочення не відзначалося у 89,6% жінок. Нейропсихологічні симптоми значно регресували (нормалізувався сон, підвищився фон настрою, емоційні реакції стали адекватнішими, знизилася або зникла тривожність, плаксивість, поліпшилися концентрація уваги, пам'ять). Найбільший регрес спостерігався у групі вегетативних реакцій (зменшення припливів) та нейропсихологічних симптомів (дистальний гіпергідроз, похолодання кінцівок, нудота, дратівливість, емоційна лабільність, плаксивість, уразливість, недовірливість, тривожність). Аналіз результатів ультразвукової доплерометрії судин голови та шиї показав позитивну динаміку у 72% пацієнток у вигляді зменшення міжпівкульної асиметрії пульсового кровонаповнення, нормалізації тону артерій та артеріол, зменшення вираженості церебральної ангіодистонії, поліпшення венозного відтоку.

Аналіз тестів Спілбергера, Люшера, Айзенка, проведених після 3 міс комплексного лікування, показав зменшення рівня нейротизму, астенизації, депресивних, іпохондричних проявів у 63% хворих, що стало підставою для їх диспансерного спостереження сумісно з невропатологом і психотерапевтом та розробки індивідуальної стратегії МГТ.

Таким чином, аналіз результатів дослідження свідчить про необхідність розширення діагностичного алгоритму у жінок із патологічним перебігом клімактерію для уточнення генезу вегетативно-судинних та нейроендокринних розладів із метою оптимізації лікувальної тактики та профілактики системних порушень у перименопаузальному періоді. У соціальному аспекті МГТ можна вважати одним із інструментів ефективної демографічної політики, спрямованої на уповільнення старіння населення.

Література

1. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение / Под ред. А.М. Вейна. – М.: МИА, 2000. – С. 109-209.
2. Дубоссарская З.М. Репродуктивная эндокринология. Перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты / З.М. Дубоссарская, Ю.А. Дубоссарская. – Днепропетровск: Лири ЛТД, 2008. – С. 281-311.
3. Фон Вольфф М., Штутте П. Менопауза и климактерический синдром – ВКН «Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медицина». – М.: Медпрессинформ, 2018. – С. 301-341.
4. Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А. Проблемы репродуктивного старения женщин и необходимость протективной anti-aging терапии // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2019 – № 7-8 (128-129). – С. 5-9.
5. Теория и практика эндокринной гинекологии / Под ред. проф. З.М. Дубоссарской. – Днепропетровск: Лири ЛТД, 2010. – С. 398-418.
6. Энциклопедия психологических тестов. Личность, мотивация, конкретность. – М.: ООО «Изд-во АСТ», 2003. – 300 с.
7. Borrelli F., Ernst E. Alternative and complementary therapies for the menopause. Maturitas 2010; 66: 333-343.
8. Freedman R.R. Hot flashes: behavioral treatment, mechanisms, and relation to sleep. Am J Med 2005; 118 Suppl 12B: 124.
9. Kuhl H., Wiegatz I. Klimakterium. Postmenopause und Hormonsubstitution, 4. Aufl. Bremen: Uni-Med 2008.
10. NAMS (North American Menopause Society). The 2012 hormone therapy position statement of: The North American Menopause Society. Menopause 2012; 19: 257-271.
11. Smetana G.W. Approach to the patient with night sweats. 2012. www.uptodate.com (Online- Recherche 01.04.2013)

КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ



Невідкладна урологія в практиці лікарів хірургічного профілю / За ред. В.І. Горового, В.О. Шапринського, Г.В. Чайки, І.В. Барала, О.М. Капшука. – Вінниця: Твори, 2018. – 824 с.; іл.

У навчальному посібнику висвітлено проблематику гострих урологічних захворювань і синдромів, уражень сечостатевої системи, із якими стикаються урологи та лікарі хірургічного профілю. Представлено причини цих станів і захворювань, їх симптоматологію та сучасні принципи лікування. Розглянуто клінічну анатомію сечостатевої системи і техніку виконання основних невідкладних операцій на них. Описано власні оригінальні класифікації, способи діагностики та лікування деяких невідкладних урологічних захворювань.

Видання пропонується для практичного використання урологам, хірургам, акушерам-гінекологам, судинним хірургам, онкологам, травматологам, анестезіологам, нейрохірургам, лікарям швидкої медичної допомоги, клінічним ординаторам, інтернам, а також студентам медичних вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації.

Стосовно придбання посібника звертається за тел.: (097) 751 81 53.

Лікувальна тактика при отриманні патологічного цитологічного мазка шийки матки

За матеріалами конференції

Незважаючи на наявність надійного тестового контролю, сучасні методи лікування та профілактики, рак шийки матки займає лідируючі позиції у структурі онкологічної патології. Ця тема не лишилася поза увагою під час Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання сучасного акушерства та гінекології», що відбулася минулого року. У рамках заходу асистент кафедри терапії та сімейної медицини Навчально-наукового інституту післядипломної освіти Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського, кандидат медичних наук Юлія Богданівна Якимчук спільно зі співавторами О.М. Якимчук та Т.В. Рудик висвітлили сучасні лікувальні стратегії при виявленні патологічного цитологічного мазка шийки матки.

Ключові слова: рак шийки матки, кольпоскопія, вірус папіломи людини, цервікальна інтраепітеліальна неоплазія.



Ю.Б. Якимчук

Рідина цитологія широко використовується в сучасних умовах та визнана в усіх країнах, оскільки даний метод діагностики достовірно виявляє рак шийки матки (РШМ) як найбільш поширений онкологічний процес у структурі онкогінекологічної патології.

У травні 2018 року Генеральний директор Всесвітньої організації охорони здоров'я д-р Тедрос Аданом Гебреїсус звернувся із глобальним закликком до дій наступними словами: «Ми можемо усунути рак шийки матки як проблему суспільного здоров'я та зробити його хворобою минулого». Також він оприлюднив стратегію прискорення ліквідації РШМ, що включала наступні позиції:

- 90% жінок вакциновані від вірусу папіломи людини (ВПЛ);
- 70% жінок проходять регулярний скринінг на РШМ;
- у 90% жінок проліковані передракові стани та рак in situ.

Епідеміологія раку шийки матки

Доповідач зазначила, що епідеміологія РШМ має наступні статистичні показники (за даними Національного канцер-реєстру України):

- у 2017 році захворюваність на РШМ становила 21,7 випадку на 100 тис. жіночого населення (грубий показник) і посідала друге місце після раку молочної залози;
- у 2017 році у віковій групі 18-29 років РШМ у загальній структурі злоякісних новоутворень становив 14,1%;
- у 2020 році було діагностовано 604127 випадків РШМ, 341 831 жінка померла від даної патології – тобто кожні 5 хв одна пацієнтка помирає від РШМ.

Діагностичні методи виявлення раку шийки матки

Ю.Б. Якимчук зауважила, що встановлення діагнозу базується на «трьох китах» (згідно з Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги «Дисплазія шийки матки. Рак шийки матки»; наказ МОЗ України від 02.04.2014 № 236):

- цитологія і/або ВПЛ-скринінг як первинний метод виявлення РШМ – найбільш точний, зручний у проведенні й порівняно дешевий;
- кольпоскопія;
- гістологічне дослідження біоматеріалу з ураженої ділянки.

У разі встановлення ASC-US (atypical squamous cells of undetermined significance, атипів клітини плоского епітелію невизначеного значення) ризик прихованого діагнозу LSIL (low-grade squamous intraepithelial lesions, інтраепітеліальні ураження низького ступеня) у жінок із ПАП (тест Папаніколау) становить до 30%, а HSIL (high grade squamous intraepithelial lesion, інтраепітеліальні ураження високого ступеня) досягає 10% (Raab S.S., 1999). У даному випадку доповідач рекомендувала проводити тест на ВПЛ, оскільки цей вірус у 98% випадків є причиною РШМ (згідно з Настановою 01088 «Злоякісні новоутворення в гінекології»). За негативних результатів тесту пацієнтка підлягає подальшому рутинному скринінгу, натомість як за умови виявлення ВПЛ необхідним є проведення кольпоскопії.

Основною метою кольпоскопії є визначення місця з найбільш вираженим ураженням для взяття прицільної біопсії, оскільки лише результат гістологічного дослідження біоптату може остаточно підтвердити або спростувати діагноз РШМ.

У контексті доповіді Ю.Б. Якимчук поділилася власним досвідом діагностики РШМ і представила клінічний випадок ведення пацієнтки, у якої при кольпоскопічному дослідженні було отримано адекватну картину, лінія стику візуалізувалася повністю у цервікальному каналі. Виявлено зону трансформації 1-го типу з локалізацією ураження в межах зони трансформації циркулярно у 4 квадрантах, що становить 50% шийки матки. Аномальна кольпоскопічна картина II ступеня – щільні оцтово-білі обідки навколо залоз, щільний оцтово-білий епітелій, ознака внутрішньої межі. Така кольпоскопічна картина відповідає дисплазії епітелію шийки матки тяжкого ступеня, внутрішньоepітеліальній карциномі (HSIL, цервікальна інтраепітеліальна неоплазія 3 [cervical intraepithelial neoplasia, CIN]). Доповідач застерегла від помилкового вибору місця забору біоптату, оскільки це призводить до хибних результатів і в подальшому до невірної тактики лікування.

Для стандартизації результатів кольпоскопії була розроблена шведська шкала оцінки, що включає аналіз таких показників, як: оцтово-білий епітелій, поверхня та контури ураженої ділянки, характеристика судин, розмір ураження, зміна кольору розчину Люголя (таблиця). Комбіновано оцінюючи вищезазначені показники, за шкалою визначають ступінь ураження CIN та необхідність проведення біопсії патологічної ділянки.

Таблиця. Шведська шкала оцінки результатів кольпоскопії

Оцінка, бали	0	1	2
Оцтово-білий епітелій	0 або прозорий	Тинистий, молочний, тонкий	Щільний, виразний
Поверхня, контури	0 або дифузна	Гострі, але нерівні, нечіткі, «географічні»	Чіткі, з ознаками внутрішньої межі
Судини	Правильні	Відсутні	Грубі, атипів
Розмір ураження	<5 мм	5-15 мм, або 2 квадранти	>15 мм, або 3-4 квадранти, або не визначається на ендocerвіксі
Розчин Люголя	Коричневий	Блідо-жовтий або плямисто-жовтий	Яскраво-жовтий

Оцінка ≤5 балів може означати наявність цервікальної неоплазії, оцінка ≤8 балів у 90% випадків передбачає тяжке ураження CIN.

На підтвердження ефективності використання вищезазначеної шкали доповідач навела наступні клінічні випадки.

Клінічний випадок 1

На кольпофотограмі відзначається ураження шийки матки, що локалізоване в межах зони трансформації й відповідає 2-му типу. Лінія стику візуалізується повністю. Локалізація ураження в межах зони трансформації на 12 год, 20% шийки матки. Аномальна кольпоскопічна картина 1-го ступеня – тонкий оцтово-білий епітелій. Результат кольпоскопічного обстеження вказує на дисплазію епітелію шийки матки легкого ступеня. Відповідно до шкали, отримано результат 4 бали, що вказувало на відсутність необхідності проведення біопсії з гістологічним обстеженням.

Клінічний випадок 2

На кольпофотограмі відзначається ураження шийки матки, де лінія стику візуалізується повністю. Локалізація ураження в межах зони трансформації у 4 квадрантах, 60% шийки матки. Аномальна кольпоскопічна картина 1-го ступеня – тонкий оцтово-білий епітелій. Результат кольпоскопічного обстеження відповідає дисплазії епітелію шийки матки легкого ступеня. За підрахунками шкали отримано 7 балів, що вказувало на необхідність проведення біопсії, за результатами якої виявлено CIN I.

Лікування патології шийки матки

У випадку ураження низького ступеня (легкої дисплазії, CIN I) при задовільних результатах кольпоскопії (зона трансформації 1-го або 2-го типу) можливі два підходи: спостереження (рекомендовано) та активне лікування (може розглядатися при ознаках персистенції CIN I).

Ексцизійне лікування CIN I показане в наступних випадках:

- при довготривалій (понад 18-24 міс) персистенції ураження, особливо у жінок віком ≥30 років;
- у пацієнток, які не мають репродуктивних планів і не погоджуються проходити регулярний контрольний огляд;
- у пацієнток із позитивним ВПЛ-статусом.

Доповідач зазначила, що спостереження є оптимальною тактикою ведення молодих жінок та пацієнток, які планують вагітність. Режим спостереження включає в себе проведення цитологічного обстеження, ВПЛ-тестування та кольпоскопії кожні 6 міс, доки не буде отримано цитологічних і кольпоскопічних доказів регресії CIN I протягом 2 років. Крім того, жінкам із патологією шийки матки рекомендовано відмовитися від паління, оскільки ця шкідлива звичка знижує імунітет, сприяє персистенції ВПЛ і прогресуванню захворювання шийки матки.

Наступним важливим питанням, яке розглянула автор доповіді, було виявлення та лікування ко-інфекцій.

Ю.Б. Якимчук зауважила, що першим кроком є діагностика та лікування мікст-інфекцій, які провокують і підтримують виявлені порушення. Рекомендованим є обстеження на наявність та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, таких як:

- трихомоніаз;
- сифіліс, гонорея, хламідіоз, сечостатевий мікоплазмоз;
- герпесвірусна інфекція;
- генітальний кандидоз.

Дані ко-інфекції створюють вторинні імунодефіцитні стани, що дозволяє ВПЛ інтегруватися у клітини, а в подальшому – у геном.

Існує два варіанти розвитку ВПЛ у клітині:

- I варіант – транзитрна інфекція з можливим видаленням з організму за відсутності супутньої патології, що знижує імунітет пацієнта, оскільки ВПЛ проникає через цитоплазму, не впливаючи на ядро клітини й знаходячись у вільному (епісомальному) стані;

Клінічний випадок 3

Пацієнтка, 25 років, не палить, скаржиться на непліддя протягом двох років. Дані рідинної цитології відповідають LSIL, ВПЛ 16 – $3,4 \times 10^9$ Lg, ВПЛ 35 – $5,2 \times 10^9$ Lg. Кольпоскопічний огляд вказує на LSIL, CIN I. Була призначена терапія імуномодулятором, що являє собою фрагменти клітинної стінки лактобактерій. При повторному огляді через 6 міс виявлено значні позитивні візуальні зміни ураженої ділянки та кольпоскопічні ознаки регресії.

Клінічний випадок 4

Пацієнтка, 30 років, не палить. Отримано результат рідинної цитології, що відповідає LSIL, ВПЛ 16 – $12,1 \times 10^9$ Lg, ВПЛ 33 – $7,2 \times 10^9$ Lg. Проведено кольпоскопію та прицільну біопсію, отримано результат – CIN I. Призначене спостереження й лікування супутньої мікст-інфекції та створення умов для елімінації ВПЛ. Після лікування повторно рідинну цитологію: LSIL, ВПЛ 16 – $8,7 \times 10^9$ Lg, ВПЛ 33 – $2,2 \times 10^9$ Lg. Динамічне спостереження проводилося протягом 12 міс. Рідинна цитологія: NILM (Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy), ВПЛ 16 – $1,7 \times 10^9$ Lg, ВПЛ 33 – негативний.

Однак у 12-25% ВПЛ-позитивних жінок із LSIL протягом 4 років можливе її прогресування у HSIL.

- II варіант – за знижених захисних функцій організму розвивається інтегративна інфекція, що супроводжується проникненням ДНК вірусу у геном клітини із формуванням пухлинного клону клітини, що синтезують онкобілки Е6, Е7 (Кондратюк В.К.).

Клінічний випадок 5

Пацієнтка, 35 років, палить. Рідинна цитологія відповідає LSIL, ВПЛ 16 – $17,1 \times 10^9$ Lg, ВПЛ 18 – $13,5 \times 10^9$ Lg. Після проведення кольпоскопії виявлена зона трансформації 2-го типу. Проведена прицільна біопсія та цервікальний кюретаж, результат – CIN I. Контрольний огляд через 6 міс спостереження. Рідинна цитологія: LSIL, ВПЛ 16 – $8,7 \times 10^9$ Lg, ВПЛ 18 – $10,2 \times 10^9$ Lg. Пацієнтці було рекомендовано додатковий курс терапії імуномодулятором природного походження з широким спектром дії для елімінації ВПЛ.

Клінічний випадок 6

Пацієнтка, 28 років, не палить. Рідинна цитологія: HSIL, ВПЛ 16, 18, 31, 33. Кольпоскопічно виявлено патологічні зміни у 4 квадрантах, ознака внутрішньої межі. Діагноз – HSIL. Проведено біопсію ураженої ділянки з результатом CIN II. Пацієнтці запропоноване ексцизійне лікування.

Другий крок у виявленні та лікуванні ВПЛ – це відновлення нормальної мікрофлори піхви, тоді як третій крок передбачає створення умов для елімінації вірусу організмом жінки.

Для комплексної терапії вторинних імунодефіцитних станів, що проявляються у вигляді хронічних уповільнених рецидивуючих інфекційно-запальних процесів будь-якої локалізації, доповідач рекомендувала використовувати сучасні надійні засоби із групи імуномодуляторів природного походження з широким спектром

Клінічний випадок 7

Пацієнтка, 30 років, палить. Рідинна цитологія: HSIL, ВПЛ 16 – $17,1 \times 10^9$ Lg, ВПЛ 18 – $13,5 \times 10^9$ Lg. За результатами кольпоскопії: шільний оцтовобільний епітелій, ознака «гребеня». Результат біопсії відповідає CIN III. Проведено ексцизійне лікування. Диспансерне спостереження із призначенням цитології або ко-тестування (цитологія та ВПЛ-тест) кожні 6 міс протягом перших 2 років спостереження. Надалі пацієнтка обстежується 1 раз на рік.

дії. Оскільки головною мішенню для імуномодуляторів мікробного походження є фагоцитарні клітини, такі препарати посилюють функціональні властивості фагоцитів (фагоцитоз і внутрішньоклітинний клінінг поглинутих мікроорганізмів) та проявляють цитолітичну активність проти клітин, ДНК яких було трансформовано папіломавірусами. Це сприяє збільшенню продукції прозапальних цитокінів, необхідних для ініціації гуморального і клітинного імунітету. Крім того, представники цієї групи лікарських засобів збільшують продукцію антитіл, активують утворення антигенспецифічних Т-хелперів і Т-кілерів (Хайтов Р.М. и соавт., 2018).

У ході доповіді Ю.Б. Якимчук представила ще декілька клінічних випадків із власної практики.

Таким чином, проблема поширення раку шийки матки залишається однією з найактуальніших у сфері онкогінекології, тому вчасна діагностика патологічного стану є ключовою передумовою ефективного лікування.

Підготувала **Вероніка Яремчук**

3

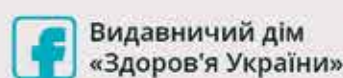
ВІСНИК online

щомісячний
дайджест
для лікарів



Щомісяця ми збираємо найкращі (за читацьким рейтингом) матеріали з усіх наших друкованих видань – газет і журналів. Тепер ви можете швидко та легко знімати інформаційні «вершки».

Як? - Просто підпишіться на щомісячну розсилку «Вісник online» та читайте без обмежень!



Сорбіфер Дурулес

**ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ
ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ
АНЕМІЇ***



**ПАНАЦЕЯ
ПРЕПАРАТ
РОКУ 2015**



**1-2 таблетки
на добу***

Показання: профілактика і лікування залізодефіцитної анемії. Протипоказання: підвищена чутливість до будь-якого компоненту препарату, стеноз стравоходу, дивертикул кишечника, кишкова непрохідність та інші. Побічні реакції. Можуть виникати порушення з боку травного тракту: нудота, діарея, запор, біль у шлунку. Можливі алергічні реакції. Код АТХ В03А Е10 Р.П. № UA/0498/01/01. Умови відпуску. За рецептом. Виробник: ЗАТ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАВОД ЕГІС, Угорщина. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозиумах з медичної тематики. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.

*Інструкція для медичного застосування препарату.

Контакти представника виробника в Україні:

04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38.



Препарати заліза під час вагітності: сучасні підходи до феропротекції

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у світі 40% вагітних страждають на анемію від різних причин, при цьому понад дві третини випадків анемії викликані дефіцитом заліза. Враховуючи актуальність проблеми феродефіциту, представляємо реферативний огляд за матеріалами публікації «Застосування препаратів заліза у вагітних: версії та контраверсії» І.В. Бахарєвої (2020), у якій наведено рекомендації щодо вибору та застосування препаратів заліза під час вагітності з урахуванням клінічних рекомендацій та сучасних даних доказової медицини. Розглянуто питання дозування, біодоступності, безпеки застосування під час вагітності та лікарської сумісності препаратів заліза.

Ключові слова: айрон-статус, залізодефіцитні стани, залізодефіцитна анемія, вагітність, препарати заліза.

Анемія вагітних є серйозною проблемою суспільної охорони здоров'я у країнах, що розвиваються: у ряді країн частота анемії серед вагітних досягає 80% (Sun D., 2017). Згідно з дослідженнями G.C. Di Renzo (2015), дефіцит заліза становить 75% у загальній структурі анемії під час вагітності, що загрожує здоров'ю як матері, так і потомства. Дослідження показали, що залізодефіцитна анемія (ЗДА) корелює з підвищеним ризиком дитячої захворюваності та смертності (G.C. Di Renzo, 2015), порушеннями нервово-психічного розвитку, що впливає на майбутнє життя дитини (Radlowski E.C., 2013), а також із високою сприйнятливістю як вагітної, так і новонародженого до інфекції (Hassan T.H., 2016). Маніфестний дефіцит заліза асоціюється з вищим ризиком передчасних пологів (Brabin B., 2019), затримки внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР) (Haider V.A., 2013). З огляду на високу поширеність ЗДА, для запобігання несприятливим наслідкам вагітності необхідний додатковий прийом препаратів заліза, що передбачено універсальними рекомендаціями ВООЗ для вагітних та дітей віком від 6 до 23 міс (Hassan T.H., 2016).

Сучасні уявлення про гомеостаз заліза під час вагітності

Фізіологічна потреба в залізі є особливо високою під час вагітності, вона становить близько 1000-1200 мг заліза. Приблизно дві третини цієї кількості йде на потреби материнського організму, а третина – на потреби плода й плаценти (Fisher A.L., 2017). Однак необхідність у залізі варіює залежно від терміну вагітності: у I триместрі вона нижча, ніж до вагітності (0,8 мг на добу), і значно вища у III триместрі (3,0-7,5 мг на добу) (Hajianfar H., 2020). Це прогресуюче збільшення відображає динаміку активізації кровотворення та зростання плода протягом вагітності (Fisher A.L., 2017). Таким чином, 330-400 мг заліза, потрібні для зростання плода, необхідні в основному у III триместрі. Деяка частина загальної потреби в залізі може бути задоволена материнськими резервами заліза у жінок із високим айрон-статусом (Vricella L.K., 2017). Для задоволення потреб матері та плода у залізі під час вагітності потрібно близько 750 мг додаткового заліза крім того, що мобілізується з материнських запасів у жінок, які мають достатній його резерв; за низького айрон-статусу може знадобитися ≥1000 мг додаткового заліза.

Залізо відіграє ключову роль у транспорті кисню еритроцитами, виробництві енергії, процесах зростання та розвитку плода, тобто виконує особливо важливі функції під час вагітності. Залізо є критичним кофактором для життєво важливих нейрореакцій, у т.ч. синтезу нейромедіаторів, дозрівання нейронів та процесу транспортування електронів, з якими пов'язаний церебральний метаболізм. Було показано, що зниження рівня материнського заліза спричиняє гіпоксію, яка, у свою чергу, стимулює секрецію гормонів стресу (таких, як норадrenalін та кортизол), що збільшують ризик оксидативного стресу у плаценті (Allen L.H., 2000).

Гомеостаз заліза – це скоординований процес, за допомогою якого ключові білки регулюють всмоктування, транспортування

та зберігання заліза, щоб забезпечити його адекватну доступність без надлишку. Головним регулятором гомеостазу заліза є білок печінки гепсидин, що модулює кишковий та тканинний метаболізм заліза. Коли запаси заліза та його доступність низькі, рівень гепсидину знижується, й у цьому випадку вивільняється тканинне залізо або активно використовується залізо, що всмоктується в кишечнику (Anderson G.J., 2017). Рівень гепсидину підвищується при запаленні та інфекції, щоб зменшити всмоктування заліза з метою протиінфекційного захисту, і знижується при гіпоксії та еритропоезі для задоволення потреб у залізі (Ross A.C., 2017).

Незалежно від айрон-статусу матері або плода концентрація гепсидину знижується до майже невизначеного рівня у другій половині вагітності (Rehu M., 2010). Ці адаптаційні механізми можуть призводити до обмеження первинного захисту від надмірного всмоктування заліза, що важливо враховувати при використанні добавок заліза, а також збагачених залізом формул у вагітних у розвинених країнах. Високореактивна хімічна природа молекули заліза, зокрема її окисно-відновний потенціал і взаємодія з киснем, лежать в основі її ключових функцій та цитотоксичної дії. У фізіологічних концентраціях завдяки окисно-відновному потенціалу залізо бере участь у транспорті кисню, виробництві енергії. Однак у надлишкових концентраціях воно стає прооксидантом і продукує гідроксильні радикали та інші активні форми кисню, які пошкоджують ДНК, білки, ліпіди, інші клітинні молекули й стовбурові клітини (Wessling-Resnick M., 2017).

На додаток до фізіологічних адаптаційних механізмів регуляції гомеостазу заліза тканини плода, що розвивається, поглинають залізо диференційовано, при цьому потреби кровотворення задовольняються раніше, ніж потреби критично важливих тканин, таких як тканини головного мозку. За достатньої кількості заліза це не обмежує його доступності для всіх тканин, що розвиваються; проте за обмеженої доступності мозок перебуває в умовах дефіциту заліза, що спричиняє його незворотне ушкодження без порушення кровотворення та гематологічних показників айрон-статусу (Georgieff M.K., 2017).

Політика скринінгу і прийому препаратів заліза у групах ризику

Згідно з останніми рекомендаціями ВООЗ, щоденний додатковий прийом елементарного заліза має становити 30-60 мг протягом усієї вагітності, а у випадках, коли анемія є надзвичайно поширеною (40% і вище), добова доза має становити 60 мг (Brabin B., 2019). Ці рекомендації засновані на Кокранівському огляді, опублікованому у 2012 році, у якому були представлені дані щодо зниження частоти ускладнень у пацієнток, які отримували додаткове залізо під час вагітності: зменшення ризику ЗВУР плода, частоти анемії при доношеній вагітності, а також латентного дефіциту заліза у вагітних (Peña-Rosas J.P., 2012). У 2015 році Кокранівський огляд було оновлено, при цьому ще раз було наголошено на зниженні ризику ЗВУР (Peña-Rosas J.P., 2015). До Кокранівського огляду 2017 року було включено 137791 вагітну (17 досліджень), які отримували тільки залізо (з/без фолієвої

кислоти) або вітамінно-мінеральні комплекси (ВМК) для вагітних (Haider V.A., 2017). При призначенні ВМК із залізом та іншими мікроелементами частота ЗВУР та народження дітей із малою вагою була нижчою порівняно з ізольованим призначенням препаратів заліза (з/без фолієвої кислоти).

Рекомендації щодо додаткового прийому заліза під час вагітності у розвинених країнах різняться: так, австралійські органи охорони здоров'я не рекомендують жодних добавок вагітним, натомість як Центри з контролю та профілактики захворювань США (CDC) та Американська академія педіатрії (AAP), Європейське товариство дитячої гастроентерології, гепатології та харчування (ESPGHAN) виступають тільки за універсальні добавки для вагітних. Інші авторитетні групи в Європі, Великій Британії та Новій Зеландії рекомендують проводити скринінг вагітних та приймати добавки у тому випадку, якщо жінки перебувають у групі ризику або мають ознаки дефіциту заліза. Цільова група профілактичних служб США (USPSTF) зробила висновок про недостатність доказів «за» або «проти» загального скринінгу та рутинної профілактики шляхом призначення препаратів заліза вагітним у розвинених країнах і наголосила на необхідності проведення подальших досліджень для обґрунтування практичних рішень щодо забезпечення адекватного айрон-статусу у вагітних (Siu A.L., 2015).

Методами лікування ЗДА є феротерапія (пероральна та парентеральна), призначення еритропоез-стимулюючих препаратів у поєднанні з феротерапією та гемотрансфузією.

Золотим стандартом патогенетичного лікування при ЗДА легкого ступеня у вагітних та породіль є пероральне застосування препаратів заліза. Пероральні препарати заліза є препаратами вибору при легкій анемії вагітності, а також при середній та тяжкій анемії – до 14 тиж вагітності, коли внутрішньовенне залізо протипоказане.

Терапія вважається ефективною, якщо приріст гемоглобіну становить ≥10 г/л за 1 міс лікування. За відсутності клінічного ефекту рекомендується переходити на внутрішньовенні препарати (дозовані після 14 тиж вагітності) (Okam M.M., 2016). При досягненні клінічного ефекту, тобто належній корекції анемії, пероральну феротерапію слід продовжувати протягом 2-3 міс для поповнення депо заліза, потім – протягом 6 тиж після пологів (Peña-Rosas J.P., 2015).

Здоровим вагітним без дефіциту заліза у II-III триместрах для феропротекції замість щоденного прийому може бути призначений інтермітуючий прийом заліза (2-3 рази на тиждень) (Peña-Rosas J.P., 2015). Всмоктування заліза здебільшого відбувається у дво-валентній формі, тому препарати на основі сульфату, фумарату, глюконату та інших солей заліза (II) є засобами стартової терапії, оскільки мають більшу біодоступність.

Сульфат заліза (II) та аскорбінова кислота у профілактиці й лікуванні залізодефіцитних станів у вагітних

Для профілактики дефіциту заліза, лікування латентного залізодефіциту та ЗДА у вагітних може бути рекомендований препарат Сорбіфер Дурулес – сульфат заліза (II)

з аскорбіновою кислотою. Препарат випускається у формі таблеток, що містять 320 мг сульфату заліза (II) (у перерахунку на елементарне залізо – 100 мг) та 60 мг аскорбінової кислоти.

Сульфат заліза має ряд переваг перед іншими препаратами на основі різних солей заліза (II):

- мало розчинний у воді, проте добре розчиняється у розведених розчинах кислот, таких як шлунковий сік, тому після розчинення безпосередньо у шлунку має високу біодоступність;
- є стабільною сполукою;
- не має характерного залізного присмаку;
- не зв'язується з білками у верхніх відділах шлунково-кишкового тракту.

Технологія «Дурулес» забезпечує поступове вивільнення активної речовини (іонів заліза), рівномірне надходження лікарського препарату, тому абсорбція заліза відбувається в місці фізіологічного всмоктування – дванадцятипалій кишці та тонкому кишечнику протягом 4 год, що знижує подразнювальну дію препарату на слизову оболонку шлунково-кишкового тракту, диспепсичні та інші небажані ефекти.

Дозування Сорбіфер Дурулес дозволяє підбирати індивідуальну схему лікування залежно від рівня феритину, заліза та гемоглобіну у сироватці крові вагітних. Для профілактики дефіциту заліза та лікування латентного залізодефіциту рекомендовано призначення 1-2 таблеток на добу перорально. За необхідності вагітним зі ЗДА можна збільшити дозу до 3-4 таблеток на день за два прийоми (вранці та ввечері) протягом 3-4 міс (до поповнення депо заліза в організмі). Лікування слід продовжувати до досягнення оптимального рівня гемоглобіну. Для подальшого поповнення депо може бути продовжено прийом препарату протягом 2 міс.

Авторами була доведена ефективність та безпечність сульфату заліза (II) у профілактиці анемії, лікуванні латентного дефіциту заліза та ЗДА вагітних у проспективному дослідженні, проведеному у II-III триместрах вагітності (Bakhareva I.V., 2019). Профілактичне призначення препарату Сорбіфер Дурулес – сульфату заліза (II) у дозі 320 мг (1 таблетка, 100 мг елементарного заліза) здоровим вагітним у II-III триместрах запобігало розвитку латентного залізодефіциту та ЗДА, не супроводжувалося небажаними явищами та добре переносилося пацієнтками.

Включення аскорбінової кислоти 60 мг до складу Сорбіфер Дурулес сприяє посиленню гемопоєзу, утилізації та всмоктуванню заліза, що необхідно при комплексному лікуванні залізодефіцитних станів. У разі виявлення латентного залізодефіциту у I триместрі рекомендовано призначення препарату Сорбіфер Дурулес (1 таблетка на добу, 100 мг елементарного заліза) для запобігання розвитку ЗДА та асоційованих ускладнень вагітності. Висока терапевтична ефективність препарату Сорбіфер Дурулес та його хороша переносимість за відсутності небажаних явищ дозволяють рекомендувати його як препарат вибору для профілактики анемії, лікування латентного дефіциту заліза та ЗДА під час вагітності.

Таким чином, І.В. Бахарєва за результатами проведеного огляду сучасних досліджень вказує на необхідність скринінгу айрон-статусу та раціональної феропротекції під час вагітності з урахуванням персоналізованого підходу до пацієнтки.

Реферативний огляд за матеріалами:

Бахарєва І. В. Применение препаратов железа у беременных: версии и контраверсии. Медицинский совет. 2020;(13):65-74. doi: 10.21518/2079-701X-2020-13-65-74.

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої)

медичної допомоги «Фізіологічні пологи»*



Вступ

На сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні оптимальним є проведення фізіологічних пологів в умовах акушерського стаціонару із забезпеченням права роділлі залучення близьких для підтримки під час пологів.

Основною метою надання допомоги під час пологів є забезпечення безпечності для жінки та дитини при мінімальному втручанні у фізіологічний перебіг пологів.

Зважаючи на негативні тенденції щодо зниження показника нормальних пологів упродовж останніх 5 років і, відповідно, збільшення показника ускладнених пологів, має місце зростання показників захворюваності та смертності новонароджених.

Означене спонукає робочу групу до створення клінічного протоколу із впровадженням доказових даних, найкращих світових практик щодо ведення нормальних пологів.

Робочу групу для розробки медико-технологічних документів за темою «Фізіологічні пологи» створено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2020 року № 1908 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 18 травня 2021 року № 967).

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Фізіологічні пологи» розроблений на основі Клінічної настанови «Фізіологічні пологи», основна мета якої – забезпечення оптимальних умов для пологів із застосуванням профілактичних технологій щодо їх ускладнення, що має вплинути на зменшення материнських та перинатальних ускладнень.

Обґрунтування та положення УКПМД побудовані на доказах та засновані на рекомендаціях клінічної настанови, розробленої на основі наступних прототипів:

1. NICE CG 190. Intrapartum care for healthy women and babies, 2014.

2. WHO. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice – 3rd ed., 2015.

Основною метою надання допомоги під час пологів є безпека для жінки та дитини при мінімальному втручанні у фізіологічний перебіг пологів. Крім того, на сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні оптимальним є проведення фізіологічних пологів в умовах акушерського стаціонару із забезпеченням права роділлі до залучення близьких з метою підтримки її під час пологів.

Список скорочень

- ВІЛ – вірус імунодефіциту людини
- ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
- КМП – клінічний маршрут пацієнта
- КТГ – кардіотокографія
- УКПМД – Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги
- Форма 096/о – Форма первинної облікової документації 096/о «Історія вагітності та пологів № __», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
- Форма 097/о – Форма первинної облікової документації 097/о «Медична карта новонародженого», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/2097

I. Паспортна частина

1.1. Діагноз: Даний протокол не стосується якоїсь специфічної нозологічної форми, а представляє сучасні рекомендації щодо проведення фізіологічних пологів.

1.2. Коду стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»: 080 Пологи одноплідні, спонтанне розродження.

1.3. Для кого призначений протокол: Керівників ЗОЗ та їх заступників, фізичних осіб-підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду, лікарів-акушерів-гінекологів, лікарів загальної практики – сімейної медицини, лікарів-анестезіологів, лікарів-неонатологів, медичних сестер, акушерок, студентів медичних вищих навчальних закладів, лікарів-інтернів, організаторів охорони здоров'я.

1.4. Мета протоколу: Забезпечити якість, ефективність та рівні можливості доступу до проведення пологів природним шляхом без ускладнень для матері та новонародженого.

1.5. Дата складання протоколу: 2021 рік.

1.6. Дата перегляду протоколу: 2025 рік.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу:

Жук Світлана Іванівна – завідувач кафедри акушерства, гінекології та медицини плода Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, заступник голови робочої групи з клінічних питань

Голяновський Олег Володимирович – завідувач кафедри акушерства, гінекології № 1 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Грищенко Ольга Валентинівна – завідувач кафедри перинатології, акушерства та гінекології Харківської медичної академії післядипломної освіти

Дубоссарська Юліанна Олександрівна – завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету, д. мед. н., професор

Жила Надія Яківна – професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Камінський В'ячеслав Володимирович – завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Клименко Тетяна Михайлівна – завідувач кафедри неонатології Харківської медичної академії післядипломної освіти, д. мед. н., професор

Малачинська Марія Йосипівна – директор комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний перинатальний центр» (за згодою)

Медвель Володимир Ісаакович – керівник відділення внутрішньої патології вагітних ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», член-кореспондент Національної академії медичних наук України (за згодою)

Назаренко Лариса Григорівна – завідувач кафедри генетики та медицини плода Харківської медичної академії післядипломної освіти

Пирогова Віра Іванівна – завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Посохова Світлана Петрівна – професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету, д. мед. н., професор

Ткаченко Руслан Опанасович – професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення:

Гуленко Оксана Іванівна – начальник відділу стандартизації медичної допомоги Департаменту оцінки медичних технологій, адміністрування державних реєстрів та моніторингу цін ДП «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу

Шилкіна Олена Олександрівна – заступник начальника відділу стандартизації медичної допомоги Департаменту оцінки медичних технологій, адміністрування державних реєстрів та моніторингу цін ДП «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»

Електронна версія документа знаходиться на офіційному веб-сайті МОЗ: <http://www.moz.gov.ua> та в Реєстрі медико-технологічних документів: <https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>.

Рецензенти:

Потапов В.О. – завідувач кафедри акушерства та гінекології Дніпровського державного медичного університету, д. мед. н., професор, експерт Міністерства охорони здоров'я України

Макарчук О.М. – завідувач кафедри акушерства та гінекології факультету післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету МОЗ України, д. мед. н., професор

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

В Україні статистична динаміка неускладнених/нормальних пологів є незадовільною, а саме: позитивність динаміки показника неускладнених пологів упродовж 2002-2010 років (2002 рік – 32,2%, 2010 рік – 68,8%) змінилася в бік його негативної тенденції. Зниження питомої ваги нормальних пологів на 25,9% протягом 2010-2019 років (2010 рік – 68,8%, 2019 рік – 57,9%) свідчить про необхідність впровадження сучасних акушерських технологій із доведеною ефективністю, що позитивно вплине як на здоров'я матерів, так і на здоров'я народжених ними дітей. Підтвердженням цьому слугує статистична динаміка захворюваності новонароджених: протягом 2002-2010 років у відповідь на застосування інноваційних перинатальних технологій відбулося зниження цього показника на 52,7% (2002 рік – 279,4%, 2010 рік – 132,1%). Протягом 2010-2019 років спостерігається стабільне підвищення показника рівня захворюваності новонароджених на 30,2% (2010 рік – 132,1%, 2019 рік – 172,1%), що знаходиться у прямій залежності від ведення пологів. Фізіологічні пологи беззаперечно є фізіологічним процесом, а тому вони мають стати фізіологічним стартом і для здоров'я новонароджених.

II. Загальна частина

Фізіологічні (нормальні) пологи – це одноплідні пологи зі спонтанним початком та прогресуванням пологової діяльності у терміні вагітності 37-41^{±6} тижні у потиличному передлежанні плода, перебіг яких відбувався без ускладнень протягом усього періоду пологів, при задовільному стані матері та новонародженого після пологів.

Якщо пологи у вагітних високої групи ризику (з патологією вагітності або соматичною патологією) мають нормальний перебіг, необхідно використовувати рекомендації даного клінічного протоколу щодо ведення пологів у цієї групи жінок.

Не є підставою для виключення з нормальних пологів:

- наявність передчасного розриву плідних оболонок;
- проведення амніотомії без наступної індукції пологів;
- розрив промежини 1 ступеня.

Основними принципами ведення фізіологічних пологів є:

- визначення плану ведення пологів та обов'язкове поінформоване узгодження його з жінкою/сім'єю;
- заохочення до емоційної підтримки роділлі під час пологів (організація партнерських пологів);

* Публікується зі скороченнями. З повною версією можна ознайомитися за посиланням: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-26012022--170-pro-zatverdzhennja-unifikovanogo-klinichnogo-protokolu-pervinnoi-vtorinnoi-spezializovanoi-tretinnoi-visokospezializovanoi-medichnoi-dopomogi-fiziologichni-pologi>.

- ретельний моніторинг стану матері, плода та прогресування пологів; використання партограми для прийняття рішення щодо перебігу пологів, а також необхідності та об'єму втручань;

- широке використання немедикаментозних засобів для знеболення пологів;
- заохочення жінки до вільного пересування під час пологів та забезпечення можливості вільного вибору положення для народження дитини;
- створення умов для надання невідкладної допомоги роділлі/породіллі та новонародженому;
- проведення заходів, що спрямовані на попередження інфекційних та гнійно-запальних ускладнень;
- профілактика післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, шляхом використання методики активного ведення третього періоду пологів; впровадження та суворе дотримання принципів «теплого ланцюжка».

III. Основна частина

3.1. Первинна медична допомога

1. Первинна профілактика

Обґрунтування

Рационально проведена прегравідарна підготовка дозволяє забезпечити фізіологічний перебіг вагітності, а також сприяє фізіологічному перебігу пологів.

Необхідні дії

Моніторинг періодичності спостереження та виконання призначень вагітною.

Організація госпіталізації вагітної на пологи до ЗОЗ вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, який обрала жінка.

2. Подальше спостереження

Обґрунтування

Індивідуально визначений метод контрацепції є запорукою фізіологічного післяпологового періоду та профілактикою небажаної наступної вагітності.

Необхідні дії

Огляд породіллі після виписки з акушерського стаціонару.

Надання інформації щодо методів контрацепції, доступних для породіллі. Консультування щодо планування наступної вагітності.

3.2. Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога

1. Госпіталізація

Обґрунтування

Госпіталізація здійснюється до акушерського стаціонару, який обрала жінка. Пріоритет надається партнерським пологам. Партнера у пологах визначає вагітна/роділля.

Необхідні дії

Оформлення медичної документації.

Огляд лікаря акушера-гінеколога (див. пункт 4.2).

Надання інформації щодо санітарного режиму в акушерському стаціонарі.

Транспортування роділлі до індивідуальної палати / пологової зали.

2. Діагностика

Обґрунтування

Встановлення періоду пологів (табл. 1), оцінка стану роділлі та плода є визначальними у профілактиці розвитку ускладнень під час пологів.

Необхідні дії

Встановлення періоду та фази пологів (див. пункт 4.1).

Оцінка стану плода, загального стану роділлі та прогресування пологів (див. пункти 4.3-4.5).

3. Ведення пологів

Обґрунтування

Фізіологічність пологів забезпечується мінімізацією акушерських втручань, демедикалізацією пологів, застосуванням немедикаментозних методів знеболення, дотриманням прав та вподобань пацієнтки.

Правильне заповнення та інтерпретація партограми сприяє ранньому виявленню відхилень перебігу пологів, у стані матері чи плода, допомагає своєчасно прийняти обґрунтоване рішення щодо подальшої тактики ведення пологів та визначити обсяг необхідних втручань.

Необхідні дії

Забезпечення умов проведення партнерських пологів.

Спостереження за перебігом та ведення пологів здійснюється відповідно до періоду та фаз пологів (див. пункти 4.3-4.5).

Запис партограми під час першого періоду пологів (див. додаток 3).

Оцінка стану новонародженого та здійснення медичного нагляду за новонародженою дитиною (див. пункт 4.6).

4. Виписка породіллі з акушерського стаціонару

Обґрунтування

Індивідуально визначений метод контрацепції є запорукою фізіологічного післяпологового періоду та профілактикою небажаної наступної вагітності.

Необхідні дії

Виписка здійснюється на 2-гу добу після фізіологічних пологів.

Перед випискою з акушерського стаціонару породіллі надаються рекомендації щодо:

- індивідуально визначеного методу контрацепції; грудного вигодовування дитини; поведінки та способу життя;
- необхідності диспансерного нагляду.

Лікаря загальної практики – сімейному лікарю, з яким у породіллі укладена декларація, надається телефоном інформація про виписку з акушерського стаціонару.

IV. Опис етапів медичної допомоги

4.1. Діагностика та підтвердження пологів

Поява після 37-го тижня вагітності переймоподібного болю внизу живота та крижах зі слизово-крово'янистими або водянистими (у разі відходження навколоплідних вод) виділеннями із піхви.

Наявність однієї перейми протягом 10 хв, що продовжується 15-20 сек.

Зміна форми та розташування шийки матки – прогресивне її укорочення та згладжування. Розкриття шийки матки – збільшення діаметра провітру шийки матки (вимірюється у сантиметрах).

Поступове опускавання голівки плода до малого таза відносно площини входу у малий таз (за даними зовнішнього акушерського дослідження) або відносно lin. interspinalis (при внутрішньому дослідженні).

Таблиця 1. Визначення періоду та фази пологів

Симптоми й ознаки	Період	Фаза
Шийка не розкрита	Хибні пологи / відсутність пологової діяльності	-
Шийка розкрита менше ніж на 3 см	Перший	Латентна
Шийка розкрита на 3-9 см Швидкість розкриття шийки матки не менше (або більше) 1 см/год Початок опускавання голівки плода	Перший	Активна
Повне розкриття шийки матки (10 см) Голівка плода у порожнині таза Немає позивів до потуг	Другий	Рання
Повне розкриття шийки (10 см) Передлегла частина плода досягає дна таза Роділля починає тужитись	Другий	Пізня (потужна)
Починається з моменту народження дитини і закінчується вигнанням посліду	Третій	-

4.2. Послідовність дій під час госпіталізації роділлі до акушерського стаціонару

Під час госпіталізації роділлі до акушерського стаціонару у приймально-оглядовому відділенні черговий лікар акушер-гінеколог:

- ретельно ознайомлюється з обмінною картою жінки щодо перебігу даної вагітності. Звертає увагу на дані загального, інфекційного та акушерсько-гінекологічного анамнезу, клініко-лабораторні обстеження та дані гравідограми;
- з'ясовує скарги;
- для оцінки стану роділлі здійснює обстеження: загальний огляд, вимірює температуру тіла, пульс, артеріальний тиск, частоту дихання, обстеження внутрішніх органів;
- здійснює вимірювання висоти стояння дна матки, округлості живота та розмірів таза. Визначає термін вагітності та очікувану масу плода;
- запитує про відчуття рухів плода самою роділлю та проводить аускультування серцебиття плода;
- проводить зовнішнє та внутрішнє акушерське дослідження: визначає положення, вид та позицію плода, характер пологової діяльності, розкриття шийки матки та період пологів, знаходження голівки плода відносно площин малого таза;
- встановлює акушерський діагноз, визначає план ведення пологів та узгоджує його з роділлюю.

Не рекомендується рутинне призначення клізми та гоління лобка роділлі.

Молодша медична сестра:

- пропонує жінці прийняти душ, одягнути чистий домашній одяг (за відсутності – лікарняну білизну); партнеру також потрібна зміна одягу на чистий домашній одяг (за відсутності – одноразовий комплект);
- роділлю та її партнера супроводжує в індивідуальну пологову палату.

4.3. Спостереження та допомога роділлі під час першого періоду пологів

Результати спостереження за прогресом пологів, станом матері та плода заносяться лікарем акушером-гінекологом до партограми (див. додаток 3).

Оцінка стану плода

Серцебиття плода під час пологів реєструють шляхом: періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопа, ручного доплерівського аналізатора; або за показаннями – шляхом електронного фетального моніторингу (кардіотокографія).

Для отримання достовірних результатів періодичної аускультатії слід дотримуватися наступної методики:

- роділля знаходиться у положенні на боці;
- аускультатія починається після закінчення найбільш інтенсивної фази перейми;
- аускультатія триває щонайменше 60 сек.

Аускультатія має проводитися кожні 30 хв протягом латентної фази та кожні 15 хв протягом активної фази першого періоду пологів.

У нормі частота серцевих скорочень (ЧСС) плода знаходиться в межах 110-170 уд./хв.

У разі зміни ЧСС плода, що виходять за межі норми, необхідно змінити положення тіла жінки (слід уникати положення на спині) та провести повторну аускультатію після закінчення найбільш інтенсивної фази наступної перейми, дотримуючись вищеописаної методики.

Перехід від періодичної аускультатії до електронного фетального моніторингу (КТГ) показаний у наступних випадках:

- ЧСС плода зберігається поза межами норми після зміни положення тіла жінки;
- базальна ЧСС плода <110 або >170 уд./хв;
- під час періодичної аускультатії виявляються будь-які епізоди брадикардії, що не зникають після зміни положення жінки;
- розпочато пологопідсилення окситоцином;
- вилились навколоплідні води, забарвлені меконієм.

Рутинне застосування КТГ всім роділлям не доцільне через високий відсоток хибнопозитивних результатів та збільшення частоти втручань, у тому числі й оперативних пологів. Якщо жінка з низьким ризиком ускладнень потребує проведення КТГ як частини первинної оцінки: обговорити з нею ризики, переваги та обмеження КТГ.

Опис особливостей записів КТГ та ведення пологів на основі інтерпретації записів КТГ (див. додаток 4).

Передчасний розрив оболонок у термін пологів

Для уточнення розриву оболонок необхідно зібрати анамнез та уточнити факт відходження вод.

Проведення огляду в дзеркала, щоб остаточно визначитися з цілісністю оболонок. Уникайте вагінального дослідження за відсутності перейм.

Якщо у жінок із передчасним розривом оболонок не розпочалися спонтанні пологи протягом 24 год, слід обговорити питання щодо індукції пологової діяльності.

Обов'язковим є контроль рухів плода та ЧСС.

Якщо відбувся розрив плідного міхура (спонтанний або штучний), звертається увага на колір та кількість навколоплідних вод.

Оцінка загального стану роділлі

Вимірювання температури тіла кожні 4 год.

Визначення параметрів пульсу кожні 2 год.

Вимірювання артеріального тиску кожні 2 год.

Визначення кількості сечі кожні 4 год.

Оцінка прогресування пологів

3 метою оцінки прогресування пологів визначають швидкість розкриття шийки матки, частоту та тривалість перейм, а також наявність просування голівки плода у порожнину таза.

Розкриття шийки матки

Швидкість розкриття шийки матки оцінюється шляхом внутрішнього акушерського дослідження, яке проводять кожні 4 год. Додаткове внутрішнє обстеження проводять за наявності показань:

- спонтанний розрив плідних оболонок;
- патологічна ЧСС (<110 або >170 уд./хв);
- випадіння пуповини;

Продовження на стор. 18.

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»

Продовження. Початок на стор. 16.

- у разі підозри на неправильне передлежання/вставлення голівки плода;
- затримки прогресу пологів;
- кровотечі (огляд в умовах операційної).

Якщо після додаткового внутрішнього акушерського дослідження прийнято рішення продовжувати консервативне ведення пологів, наступне акушерське дослідження проводять через 4 год від останнього.

Результати оцінки розкриття шийки матки заносяться до партограми.

Розкриття шийки матки у латентній фазі

Латентна фаза триває до 8 год. Нормальне прогресування пологів у латентній фазі першого періоду характеризується поступовим згладжуванням та розкриттям шийки матки зі швидкістю, яка забезпечує перехід в активну фазу у будь-який час протягом 8 год спостереження.

Розкриття шийки матки на ≥ 3 см свідчить про перехід в активну фазу першого періоду пологів.

Якщо протягом 8 год спостереження періодичні скорочення матки зникають або значно уповільнюються, слід зробити висновок щодо хибних пологів. У разі спонтанного припинення маткових скорочень немає необхідності у проведенні вагінального дослідження, якщо інші показання до його проведення відсутні.

Якщо через 8 год спостереження періодичні скорочення матки тривають, а розкриття шийки матки залишається < 3 см, слід оцінити наявність структурних змін шийки матки.

Якщо структурні зміни шийки матки відсутні, слід зробити висновок на користь удаваних перейм.

Якщо відбуваються структурні зміни шийки матки (розм'якшення, згладження, розкриття), слід оцінити ступінь зрілості шийки матки за шкалою Бішопа (див. додаток 2).

Якщо шийка матки «зріла» (≥ 6 балів), робиться висновок на користь уповільненої латентної фази першого періоду пологів.

Якщо шийка матки «незріла» (≤ 5 балів), тактика ведення має відповідати веденню удаваних перейм.

Розкриття шийки матки в активній фазі

Нормальне прогресування пологів в активній фазі першого періоду характеризується розкриттям шийки матки зі швидкістю щонайменше 1 см/год.

Якщо швидкість розкриття шийки матки становить менш ніж 1 см/год (графік розкриття шийки матки знаходиться справа від «Лінії уваги» на партограмі), це вказує на «продовжену активну фазу», яка може бути пов'язана зі слабкістю пологової діяльності.

Швидкість розкриття шийки матки менш ніж 1 см/год за наявності цілого плідного міхура є абсолютним показанням до проведення амніотомії.

Рутинне проведення ранньої амніотомії (до 5 см розкриття шийки матки) у разі нормального перебігу пологів не рекомендується.

Частота та тривалість перейм

Оцінка частоти та тривалості перейм проводиться щогодини в латентній фазі та кожні 30 хв в активній фазі. Підраховують кількість перейм за 10 хв. Отримані дані заносять до партограми.

Наявність 2 перейм за 10 хв у латентній фазі вважають адекватною потоювою діяльністю, в активній фазі — 3-5 перейм протягом 10 хв, кожна з яких триває 40 сек або більше.

Просування голівки плода

Просування голівки плода визначають шляхом зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження. Результати заносять до партограми.

Просування голівки плода може не спостерігатись, поки шийка матки не розкриється приблизно на 7-8 см.

Знеболення пологів за згодою жінки

Допомога роділлі подолати біль під час пологів є завданням медичних працівників та присутнього партнера. Зменшення больових відчуттів може бути досягнуто застосуванням простих немедикаментозних методів знеболення:

- максимальна психологічна підтримка та заспокоєння;

- зміна положення тіла (див. рисунок): заохочення роділлі до активних рухів; пропонують партнеру масажувати їй спину; погладжувати низ живота; тримати її руку і протирати обличчя вологою губкою між переймами; пропонують жінці дотримуватись спеціальної техніки дихання (глибокий вдих та повільний видих);

- локальні натискання на крижову ділянку: під час перейми необхідно сильно натискати кулаком або зап'ястям на крижову ділянку. Роділлі самостійно визначає місце та силу, з якою потрібно проводити натискання. Щоб утримати рівновагу, друга рука партнера розміщується спереду на передній верхній клубовій ості. Між переймами натискання не проводять;

- подвійне стискання стегон: роділлі стоїть на руках і колінах, нахилившись уперед. Партнер кладе руки на сідничні м'язи, тривало натискаючи всією долонею по діагоналі до центра таза жінки;

- колінне натискання: роділлі сидить рівно на стільці з розведеними приблизно на 10 см колінами, ступні щільно спираються на підлогу. Партнер знаходиться перед нею і розміщує опорну частину долоні поверх великогомілкової кістки, тривало натискаючи на коліна в бік тазостегнових суглобів жінки, нахилившись у її сторону;

- гідротерапія: прийом душі або занурення у воду з температурою 36-37 °C в активній фазі (за можливості). Тривалість перебування в ванні чи душі залежить від бажання жінки, але необхідно постійно підтримувати температуру води у заданих межах і проводити термометрію у роділлі та води щогодини, щоб переконавшись, що жінці комфортно і не стає холодно. Температура води не повинна бути вище 37,5 °C.

Необхідно підтримувати ванни та басейни для пологів у чистоті, використовуючи протокол, погоджений із відділом мікробіології, а у випадку басейнів для пологів — відповідно до рекомендацій виробника.

Жінки не повинні потрапляти у воду (басейн для пологів або ванну) протягом 2 год після прийому опіоїдів або якщо вони відчувають сонливість.

Гідротерапію проводять обов'язково під наглядом медперсоналу!

- масаж: техніка масажу полягає у легкому погладуванні живота, вібрації та розминанні рук, ніг та коміркової зони, сильні кругові рухи, тривале натискання на різні точки та ділянку ромба Міхаеліса.

За бажанням жінки можливе використання медикаментозного (системного) знеболення: неопіоїдна, опіоїдна, інгаляційна та регіонарна аналгезія (див. додаток 6).

Вимоги до медикаментозного знеболення: знеболюючий ефект, відсутність негативного впливу на організм матері та плода, простота й доступність для усіх родопомічних закладів.

Якщо жінка наполягає на регіонарному знеболенні, необхідно повідомити її про ризики та переваги, а також про можливі наслідки, приділивши додаткову увагу перевагам знеболення пологів немедикаментозним методом.

Перед проведенням регіонарної аналгезії необхідно надати жінці інформацію щодо епідуральної аналгезії, включаючи наступне:

- метод доступний лише в акушерських стаціонарах;
- забезпечує більш ефективне знеболення, ніж опіоїди;
- не пов'язано з тривалим боєм у спині;
- не пов'язано з більш тривалим першим періодом пологів або підвищеною ймовірністю кесаревого розродження;
- може бути пов'язано з більш тривалим другим періодом пологів та підвищеною ймовірністю вагінальних інструментальних пологів;
- супроводжується більш інтенсивним рівнем моніторингу та внутрішньовенним доступом.

Догляд та спостереження за жінками з регіонарним знеболенням

Перед початком регіонарної аналгезії завжди необхідно забезпечити внутрішньовенний доступ.

Не потрібно проводити навантажувальну інфузію рідини до проведення епідуральної аналгезії місцевими анестетиками низької концентрації та комбінованої спінально-епідуральної аналгезії.

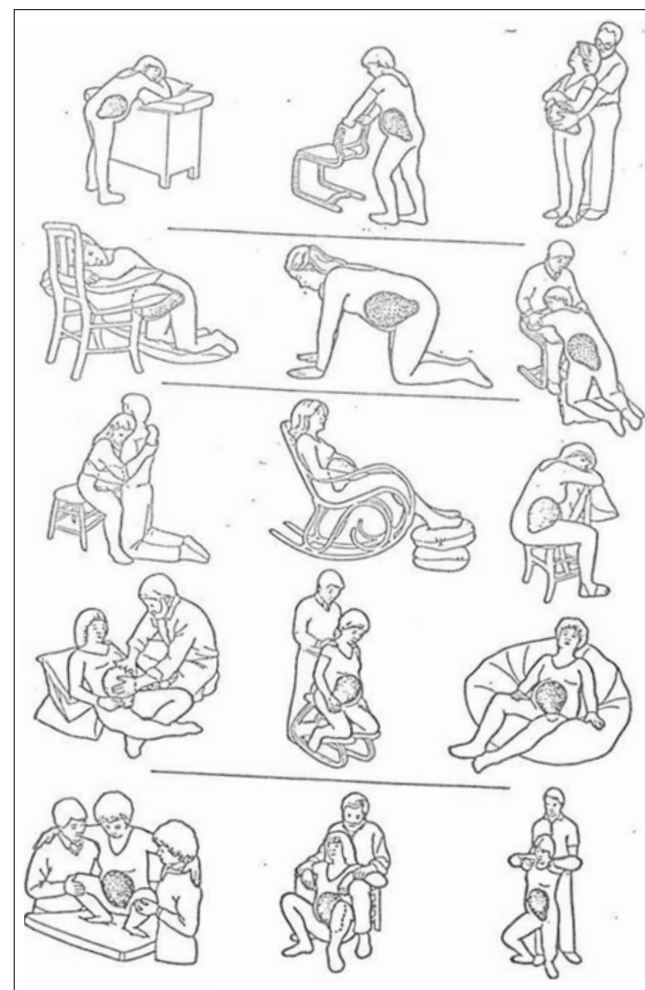


Рис. Положення, які може прийняти жінка в пологах

Перед початком регіонарної аналгезії або після подальшого болюса місцевого анестетика необхідно вимірювати артеріальний тиск кожні 5 хв протягом 15 хв і щогодини оцінювати рівень сенсорного блока. Після встановлення регіонарної аналгезії та після кожного введення наступного болюса місцевого анестетика необхідно проводити безперервну кардіотокографію принаймні 30 хв.

Заохочуйте жінок із регіонарним знеболенням рухатися та приймати будь-які вертикальні позиції, які вони вважають комфортними для себе протягом пологів.

Продовжуйте регіонарне знеболення до закінчення третього періоду пологів та будь-якого необхідного відновлення цілісності промежини.

Після підтвердження повної дилатації шийки матки у жінки з регіонарним знеболенням, якщо у роділлі не виникає бажання тужитись або не видно голівки дитини, потуги слід відкладати принаймні на 1 год, якщо жінка цього бажає, після чого активно спонукайте її тужитись під час перейм. Не слід припиняти епідуральне введення місцевого анестетика під час перейм.

4.4. Спостереження та допомога роділлі у другому періоді пологів

Профілактика інфекцій та інфекційний контроль

Медичні працівники не допускаються до проведення фізіологічних пологів без проведення навчання, підготовки і перевірки знань щодо заходів попередження інфікування (стандартні, контактні, крапельні й повітряні) відповідно до Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 3 серпня 2020 року № 1777, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України від 10 листопада 2020 року за № 1110/35393.

Дотримання правил і практики гігієни рук здійснюється відповідно до Інструкції з впровадження покращення гігієни рук у закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 3 серпня 2021 року № 1614, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1321/36943.

Використання медичними працівниками засобів індивідуального захисту відповідно до наявних ризиків інфікування вагітної/породіллі, новонародженого та працівників Мінімальний комплект засобів індивідуального захисту включає: халат захисний від інфекційних агентів одноразовий, медична (хірургічна) маска, стерильні медичні рукавички, захисні окуляри або щиток.

Дотримання правил і практик щодо безпечного поводження з гострими медичними виробами.

Адекватна обробка рук медичного персоналу (гігієнічна або антисептична залежно від маніпуляції, що

планується) відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Оцінка стану плода

Проводять контроль серцевої діяльності плода шляхом аускультатії кожні 5 хв у ранню фазу другого періоду та після кожної потуги в активну фазу.

Оцінка загального стану роділлі

Вимірювання артеріального тиску, підрахунок пульсу – кожні 15 хв.

Оцінка прогресування пологів

Оцінюють просування голівки по родовому каналу та пологову діяльність (частота та тривалість маткових скорочень).

Акушерська тактика має відповідати фазі другого періоду пологів.

Рання фаза другого періоду пологів

Рання фаза другого періоду пологів починається від повного розкриття шийки матки та триває до появи спонтанних активних потуг (або до опускання голівки на тазове дно).

У ранню фазу слід забезпечити рухливість роділлі, а саме: захопити її до активної поведінки та вільного ходіння. Вертикальне положення жінки та можливість вільно рухатись сприяють збереженню активної пологової діяльності та просуванню голівки плода.

У ранній фазі не слід примушувати роділлю тужитись, через те що це призводить до втоми роділлі, порушення процесу внутрішнього повороту голівки плода, травмування пологових шляхів і голівки, порушення стану плода та зайвих медичних втручань.

Пізня (потужна) фаза другого періоду пологів

Пізня (потужна) фаза другого періоду пологів починається з моменту опущення голівки на тазове дно та наявності спонтанних активних потуг.

Слід віддавати перевагу техніці «нерегульованих фізіологічних потуг», коли жінка самостійно робить декілька коротких спонтанних потужних зусиль без затримки дихання.

Допустима тривалість другого періоду пологів:

- у жінки, яка народжує вперше, – до 2 год;
- у жінки, яка народжує повторно, – до 1 год.

Метод Кристелера заборонений для використання в акушерській практиці через високий травматизм матері та плода.

Положення жінки для народження дитини

Забезпечується можливість роділлі вибрати положення для народження дитини, яке є зручним для неї.

Застосування епізіотомії не проводять під час фізіологічних пологів.

Показання до епізіотомії:

- ускладнені вагінальні пологи (при тазовому передлежанні, дисточія плічок, при накладенні акушерських щипців, вакуум-екстракції);
- дистрес плода;
- рубцеві зміни промежини, що є суттєвою перешкодою для народження дитини.

Епізіотомію та епізіографію проводять під знеболенням.

Після народження голівки необхідно дати можливість плічкам розвернутись самостійно, при цьому перевірити, чи немає обвиття пуповини навкруг ший. У разі тугого обвиття пуповину необхідно перетнути між двох затискачів, при нетугому – послабити натягіння пуповини та дочекатися наступної потуги. **Не квапитись!**

У разі задовільного стану плода не слід намагатися народити плічка протягом тієї ж потуги, під час якої народилась голівка. Плічка можуть бути народжені під час наступної потуги.

Відразу після народження акушерка здійснює обсушування голови і тіла дитини попередньо підігрітою стерильною пелюшкою, викладає дитину на живіт матері, одягає дитині чисті шапочку і шкарпетки, накриває сухою чистою пелюшкою та ковдрою.

Одночасно лікар-неонатолог, а за його відсутності – лікар-акушер-гінеколог здійснює первинну оцінку стану новонародженого.

4.5. Спостереження та допомога роділлі у третьому періоді пологів

Існують дві тактики ведення третього періоду пологів – активна та очікувальна.

1. Активне ведення третього періоду пологів

Застосування методики активного ведення третього періоду пологів дозволяє знизити частоту післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, а також зменшити кількість післяпологової крововтрати та необхідність гемотрансфузії.

Активне ведення третього періоду пологів слід запропонувати кожній жінці під час вагінальних пологів.

Роділля повинна бути поінформована відносно активного ведення третього періоду пологів і має надати добровільну письмову згоду на його проведення.

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

- введення утеротоніків;
- народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину з одночасною контртракцією на матку;
- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

Відсутність одного з компонентів виключає активне ведення третього періоду пологів.

Введення утеротоніків
Крок 1:

• протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плода, за його відсутності – ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово.

Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти препарату.

У разі відсутності утеротоніків не слід використовувати методику активного ведення третього періоду пологів. У цьому випадку слід застосовувати очікувальну тактику ведення третього періоду пологів.

Народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину
Крок 2:

• перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та затискач в одній руці.

Крок 3:

• покласти другу руку безпосередньо над лобком жінки і утримувати матку, відводячи її від лона;

• тримати пуповину у стані легкого натягіння та дочекатись першого сильного скорочення матки (зазвичай через 2-3 хв після введення окситоцину).

Не тягніть за пуповину до початку скорочення матки, просто утримуйте пуповину у стані легкого натягіння.

Крок 4:

• одночасно із сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягнути (тракція) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти;

• під час тракції продовжувати проводити другою рукою контртракцію у напрямку, протилежному тракції (тобто відштовхувати матку від лона);

• якщо плацента не опускається протягом 30-40 сек контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжувати обережно її утримувати у стані легкого натягіння, друга рука залишається над лоном, утримуючи матку;

• одночасно з наступним сильним скороченням матки повторити тракцію.

Ніколи не проводьте тракцію (підтягування) за пуповину без застосування контртракції (відведення) добре скороченої матки над лоном!

Крок 5:

• після народження плаценти її утримують двома руками і обережно повертають, щоб скрутити оболонки, повільно підтягують плаценту вниз; у разі обриву оболонок обережно обстежують піхву і шийку матки у стерильних рукавичках та видаляють їх залишки;

• уважно оглядають плаценту та переконуються в її цілісності. Якщо частина материнської поверхні відсутня або є ділянка обірваних оболонок із судинами, необхідно застосувати відповідні для цього заходи;

• за відсутності народження плаценти протягом 30 хв після народження плода під адекватним знеболенням проводять ручне відділення плаценти і виділення посліду.

У разі виникнення кровотечі ручне відділення плаценти та виділення посліду має бути проведено негайно під адекватним знеболенням.

Масаж матки
Крок 6:

• після народження посліду негайно проводять масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною.

У подальшому пальпують матку кожні 15 хв протягом перших 2 год, щоб упевнитись у тому, що матка не розслабляється, а залишається щільною.

2. Очікувальне ведення третього періоду пологів

Після закінчення пульсації пуповини акушерка перетискає та перетинає пуповину. Проводять ретельний

нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відділення плаценти та кількістю кров'яних виділень.

За появи ознак відділення плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера – Чукалова) жінці пропонують «натужитись», що призведе до народження посліду.

За відсутності ознак відділення плаценти протягом 30 хв після народження плода проводять ручне відділення плаценти та виділення посліду.

Огляд нижніх відділів пологових шляхів обережно проводять після пологів за допомогою тампонів. Показанням до огляду за допомогою вагінальних дзеркал є наявність кровотечі, оперативних вагінальних пологів, стрімких пологів або пологів поза 303.

4.6. Оцінка стану новонародженого та послідовність дій при здійсненні медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною

Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв після народження дитини, акушерка, замінивши стерильні рукавички, перетискає та перетинає пуповину.

Акушерка здійснює медичне спостереження за станом новонародженого протягом перебування дитини у пологовій залі. При порушенні стану новонародженого інформує про це лікаря-неонатолога, а за його відсутності – лікаря-акушера-гінеколога.

За появи в новонародженого пошукового та ссального рефлексу (дитина піднімає голову, відкриває широко рот, шукає груди матері) акушерка допомагає здійснити перше ранне прикладання його до грудей матері.

Через 30 хв після народження дитини акушерка електронним термометром вимірює новонародженому температуру тіла в аксиллярній ділянці та записує результати термометрії у карті розвитку новонародженого (Форма 097/о).

Після проведення контакту матері й дитини «очі в очі» акушерка, після обробки рук, проводить новонародженому профілактику офтальмії розчином декаметоксину (1 мл розчину містить декаметоксину в перерахунку на 100% речовину 0,2 мг). В очі закаплюють по 2 краплі після народження і через 2 год після пологів.

Контакт «шкіра до шкіри» проводиться не менше 2 год у пологовій залі, за умови задовільного стану матері та дитини.

Після завершення контакту «шкіра до шкіри» акушерка перекладає дитину на зігрітій сповивальній стіл, здійснює обробку та клемування пуповини, вимірювання зросту, обводу голови та грудної клітки, зважування.

Лікар-неонатолог, а за його відсутності – лікар-акушер-гінеколог перед переведенням дитини та матері в палату спільного перебування здійснює первинний лікарський огляд новонародженого.

Акушерка (медична сестра) одягає дитині чисті повзунки, сорочку, шапочку, шкарпетки, рукавички. Дозволяється використовувати чистий домашній одяг.

Дитину разом із матір'ю накривають ковдрою і переводять у палату спільного перебування з дотриманням умов «теплого ланцюжка» (див. додаток 5).

4.7. Післяпологовий догляд

Післяпологовий період починається відразу після закінчення пологів і триває до 42 діб. Післяпологовий період поділяється на ранній та пізній.

Ранній післяпологовий період починається з моменту вигнання посліду та триває 2 год. У цей період породілля знаходиться у пологовому відділенні, що пов'язано з ризиком виникнення ускладнень, насамперед кровотечі (табл. 2). Цей період є дуже важливим, і його треба розглядати як термін швидкої адаптації функціональних систем після великого навантаження під час вагітності та пологів.

Пізній післяпологовий період настає через 2 год після пологів і триває до 42 діб. Під час цього періоду відбувається зворотний розвиток всіх органів та систем, які зазнали змін у зв'язку з вагітністю та пологомаи.

Основні принципи післяпологового догляду
1. Забезпечення доброго самопочуття матері та дитини:

Оцінка стану матері, вимірювання та реєстрація температури, артеріального тиску, визначення характеру та частоти пульсу. Звертають увагу на молочні залози: визначають їх форму, можливе нагрубання, стан сосків, наявність тріщин на них.

Постійний контроль за післяпологовими виділеннями (лохіями) та інволюцією матки:

- протягом перших 2 год – кожні 15 хв;
- протягом 3-ї години – кожні 30 хв;
- протягом наступних 3 год – кожні 60 хв;

Продовження на стор. 20.

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»

Продовження. Початок на стор. 16.

• протягом подальшого перебування у післяпологовому відділенні – 1 раз на добу.

Виконання вправ післяпологової гімнастики.

2. Підтримка раннього грудного вигодовування:

Контакт «шкіра до шкіри» та раннє прикладання новонародженого до грудей, цілодобове сумісне перебування матері та новонародженого, заохочення матері вибрати ту позицію при грудному годуванні, яка буде найбільш комфортною як для неї, так і для дитини, сприяє тривалому та успішному вигодовуванню. Це забезпечує емоційний контакт та надає породіллі можливість висловлювати свої материнські почуття.

Захищає новонародженого від інфекцій.

3. Підтримка у матері відчуття впевненості в собі:

Надання матері точної та вичерпної інформації протягом всього післяпологового періоду відносно її стану та стану новонародженого, набуті навички якісного догляду та спостереження за дитиною підвищують відчуття

впевненості у собі, а також нададуть можливість своєчасно звернутись за допомогою у разі необхідності.

Проведення консультування з питань планування сім'ї та догляду за дитиною після виписки.

4.8. Виписка породіллі зі стаціонару

Виписка породіллі зі стаціонару проводиться:

- Після оцінки стану матері:
 - відсутність скарг;
 - стабільні показники гемодинаміки;
 - відсутність кровотечі;
 - відсутність ознак інфікування.
- Коли мати навчена догляду та нагляду за дитиною.
- За відсутності відхилень від фізіологічного перебігу післяпологового періоду породіллі з новонародженим виписується через повні 2 доби.
- Коли мати проконсультована з питань вигодовування новонародженого, післяпологової контрацепції та основних загрозованих симптомів післяпологового періоду.

Таблиця 2. Загрозовані симптоми в післяпологовому періоді

Загрозовані симптоми у жінок	Загрозовані стани у дитини, при яких потрібна допомога
Вагінальна кровотеча (використання 2-3 прокладок за 30 хв) Підвищення температури тіла Утруднення дихання Біль у животі Біль молочних залоз та сосків Біль у промежині Нетримання сечі, біль/утруднення при сечовиділенні Гнійні/з неприємним запахом виділення з піхви	Дитина погано ссе груди Дитина млява або збудлива У дитини виникли судоми У дитини порушення дихання У дитини гіпертермія або гіпотермія Визначається набряк, гіперемія або нагноювання пупкової рани У дитини блювання або діарея

Додаток 2 до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» (пункт 4.3 розділу IV)

Оцінка ступеня «зрілості» шийки матки. Модифікована шкала Е.Н. Bishop (Burnett J., 2008)

Об'єкт характеристики	Бал			
	0	1	2	3
Відкриття зовнішнього вічка, см	<1	1-2	2-4	>4
Довжина шийки матки, см	>4	2-4	1-2	<1
Положення голівки плода	-3 Над входом	-2 Притиснута до входу в малий таз	-1/0 Малий сегмент	+1/+2 Великий сегмент
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якшена	М'яка	- (М'яка)
Положення шийки матки щодо провідної осі таза	Зміщена до крижів	Між крижами і провідною віссю таза (центрована)	- (Центрована)	- (Центрована)

Інтерпретація бальної оцінки:
«незріла» – 0-5 балів;
«недостатньо зріла» – 6-7 балів;
«зріла» – 8-13 балів.

Додаток 3 до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» (пункт 3.2 розділу III)

Використання партограми

Партограма – це графічне відображення результатів динамічного спостереження під час пологів за процесом розкриття шийки матки та просування голівки плода, пологовою діяльністю, станом матері та плода.

Впровадження та правильне використання партограми значно покращує якість спостереження за роділлем та результати пологів. Використання партограми дозволяє:

- рано виявити незадовільний прогрес у пологах;
- попередити розвиток тривалих пологів (більше 16 год);
- рано виявити тазо-головну диспропорцію (клінічно вузький таз);
- своєчасно прийняти обґрунтоване рішення щодо подальшої тактики ведення пологів;
- визначити обсяг необхідних втручань;
- знизити частоту кесаревого розтину та пологодислення окситоцином;
- зменшити частоту інтранатальної загибелі плода.

Правила використання партограми

Партограма використовується під час першого періоду пологів.

Ведення партограми слід розпочати за наявності наступних умов:

- дві або більше перейми протягом 10 хв,
- кожна тривалістю 20 сек або більше;
- відсутні ускладнення вагітності та пологів, які вимагають термінових лікувальних заходів або екстреного розродження.

Партограма заповнюється під час пологів, а не після їх закінчення.

Партограма має знаходитись у пологовій кімнаті.

Заповнення та інтерпретацію партограми здійснює навчений медичний персонал (лікар або акушерка).

Ведення партограми припиняється, якщо виникли ускладнення, що потребують негайного розродження, і подальші записи ведуть в історії пологів.

Складові частини партограми

Партограма складається з трьох основних компонентів:

I. Стан плода – частота серцевих скорочень, стан плідного міхура та навколоплідних вод, конфігурація голівки.

II. Перебіг пологів – темп розкриття шийки матки, опускання голівки плода, скорочення матки.

III. Стан жінки – пульс, артеріальний тиск, температура, сеча (об'єм, білок, ацетон), режим введення окситоцину та ліки, що вводяться під час пологів.

Паспортна частина містить інформацію: прізвище, ім'я та по батькові роділлі, порядковий номер вагітності, кількість пологів в анамнезі, дату та час надходження до пологової палати, тривалість безводного проміжку на момент надходження до пологової палати (якщо плідний міхур цілий, ставлять прочерк), № історії пологів.

Шкала «Час» відображає реальний час (годин/хвилин) із моменту надходження до пологової палати та протягом пологів.

Кожна з 24 клітин представляє собою проміжок часу в 1 год. Значення часу відображається зліва від вертикалі, якій це значення відповідає.

Відповідно до цієї шкали здійснюються всі записи на партограмі у графах, що розташовані вище та нижче шкали «Час» (див. рис. 2).

I. Стан плода

Частота серцевих скорочень

Вертикальна вісь графі відображає ЧСС плода за хвилину. Більш темні горизонтальні лінії, що відповідають 110 та 170 уд./хв, нагадують про межі нормальної ЧСС плода. Кожна клітина по горизонталі представляє собою проміжок часу в 15 хв. Ділянки графі нижче 100 уд./хв та вище 180 уд./хв вказують на «тяжку брадикардію» та «тяжку тахікардію» відповідно, які, у свою чергу, є ознаками дистресу плода.

Підрахування ЧСС плода шляхом періодичної аускультатії здійснюється за допомогою акушерського стетоскопа або ручного доплерівського аналізатора серцевої діяльності плода.

ЧСС плода підраховують і заносять до партограми кожні 15 хв.

Починати аускультатію слід одразу після закінчення фази найбільш інтенсивного скорочення матки під час перейми та здійснювати впродовж не менш ніж 60 сек, жінка при цьому лежить на боці.

Відображається у вигляді позначки (*), яка наноситься на перехрестя між горизонталлю, що відповідає значенню ЧСС плода, та вертикаллю, що відповідає реальному часу на момент реєстрації ЧСС. Всі позначки з'єднуються лініями, утворюючи графік (див. рис. 2).

Навколоплідні води

Кожна клітина графі відповідає проміжку часу в 30 хв. Стан плідного міхура оцінюється та записується під час кожного внутрішнього акушерського дослідження.

Стан навколоплідних вод оцінюють та записують при розриві плодних оболонок, а далі – під час кожного внутрішнього акушерського дослідження.

Запис здійснюється наступним чином:

- якщо плідний міхур цілий – літера «Ц» (Цілий);
- навколоплідні води прозорі – літера «П» (Прозорі);
- меконіальне забарвлення вод – літера «М» (Меконій);
- води, забарвлені кров'ю, – літера «К» (Кров).

Слід пам'ятати, що літера має бути вписана у клітину, що розташована справа від вертикалі, яка відповідає певному значенню реального часу шкали «Час» (див. рис. 2).

Конфігурація голівки плода

Кожна клітина графі відповідає проміжку часу в 30 хв.

Ступінь конфігурації голівки плода оцінюють та записують під час кожного внутрішнього акушерського дослідження.

Запис здійснюють наступним чином:

• кістки черепа роз'єднані сполучною тканиною, шви легко пальпуються, конфігурація голівки плода відсутня – «0»;

• кістки стикаються одна з одною, шви не визначаються (конфігурація I ст.) – «+»;

• кісткиходять одна на одну (конфігурація II ст.) – «++» або «2+»;

• кістки значно знаходять одна на одну (конфігурація III ст.) – «+++» або «3+».

Слід пам'ятати, що позначка має бути вписана у клітину, що розташована справа від вертикалі, яка відповідає певному значенню реального часу шкали «Час» (див. рис. 2).

Конфігурація голівки III ступеня у поєднанні із призупиненням розкриття шийки матки та/або відсутністю опускання голівки плода на фоні активної пологової діяльності є ознакою клінічно вузького таза.

II. Перебіг пологів**Розкриття шийки матки**

Вертикальна вісь графі відображає розкриття шийки матки у сантиметрах від 0 до 10. Горизонтальна вісь – шкала часу.

Графа розподілена на латентну та активну фази.

Латентна фаза – це період, коли розкриття шийки матки становить менше ніж 3 см.

Більш темна горизонтальна лінія, що відповідає 3 см розкриття шийки матки, та вертикальна, що відповідає восьмій годині шкали часу, відокремлюють латентну фазу першого періоду пологів від активної.

У нормі тривалість латентної фази не повинна перевищувати 8 год.

Активна фаза – це період розкриття шийки матки від 3 до 9 см. Тривалість активної фази залежить від темпу розкриття шийки матки.

Частина графі, що відповідає активній фазі, має дві більш темні похилі лінії – «Лінію уваги» та «Лінію дії».

«Лінія уваги» – починається у точці, що відповідає розкриттю 3 см, і продовжується до позначки повного розкриття шийки матки.

«Лінія уваги» відповідає темпу розкриття шийки матки 1 см/год.

Швидкість розкриття шийки матки 1 см/год в активну фазу першого періоду пологів є мінімальною нормальною як для жінок, що народжують вперше, так і для жінок, що народжують повторно.

«Лінія дії» – проходить паралельно «Лінії уваги», відступи від неї на 4 год вправо.

Значення розкриття шийки матки визначається під час кожного внутрішнього акушерського дослідження.

Результати оцінки розкриття шийки матки відзначають на партограмі позначкою «Х», що має бути розташована на перехресті між горизонталлю, яка відповідає значенню розкриття шийки матки, та вертикаллю, яка відповідає часу обстеження.

Позначки «Х» з'єднують безперервною лінією (крім випадку, коли виконується перенос – див. нижче), створюючи графік розкриття шийки матки (див. рис. 2).

Особливості нанесення розкриття шийки матки

Якщо жінка надходить до пологової палати у латентній фазі першого періоду пологів, розкриття шийки матки (Х) наносять на вертикальну вісь графі у місці, що відповідає значенню розкриття.

Через 4 год проводять наступне внутрішнє акушерське дослідження й отримані результати заносять до партограми. Позначки «Х» з'єднують безперервною лінією.

Можливі наступні варіанти:

Варіант 1:

Розкриття шийки матки під час другого внутрішнього акушерського дослідження <3 см – позначка «Х» буде розташована нижче темної горизонтальної лінії, що проходить на рівні 3 см розкриття шийки матки;

Варіант 2:

Розкриття шийки матки ≥3 см – позначка «Х» буде розташована безпосередньо на темній горизонтальній лінії, що проходить на рівні 3 см розкриття шийки матки (якщо розкриття дорівнює 3 см) або вище (за розкриття >3 см). Позначки «Х» з'єднують безперервною лінією.

Варіант 2 свідчить про те, що пологи перейшли в активну фазу першого періоду.

Якщо пологи перейшли в активну фазу першого періоду, позначка «Х» має бути перенесена безпосередньо на «Лінію уваги». Для цього знайдіть місце, у якому перехрещуються горизонтальна лінія, що відповідає значенню розкриття шийки матки, та «Лінія уваги». У цьому місці слід поставити позначку «Х». З'єднайте обидві позначки «Х», що знаходяться на одній горизонталі, дугоподібною переривистою лінією, яка символізує перенос (див. рис. 2).

Час, у який було проведено внутрішнє акушерське дослідження, слід також перенести та розташувати зліва від вертикалі, на якій знаходиться перенесена на «Лінію уваги» позначка «Х».

Відносно часу, який перенесено, виконують перенос всіх показників прогресування пологів (перейми за 10 хв, опускання голівки плода), стану матері (пульс, артеріальний тиск, температура, сеча) та плода (ЧСС, стан навколоплідних вод, конфігурація голівки плода) на даний час.

Запис показників подальшого моніторингу надалі здійснюється від часу, який перенесено (див. рис. 2).

Якщо жінка надходить до пологової зали в активній фазі першого періоду пологів, значення розкриття шийки матки наноситься зразу безпосередньо на «Лінію уваги».

Час, у який було проведено внутрішнє акушерське дослідження, відмічається зліва від вертикалі, на якій знаходиться нанесена на «Лінію уваги» позначка «Х». Запис усіх показників прогресування пологів, стану матері та плода надалі здійснюють від цього часу.

Інтерпретація

Якщо графік розкриття шийки матки знаходиться зліва від «Лінії уваги», це свідчить про те, що темп розкриття шийки матки >1 см/год. Такий перебіг першого періоду пологів вважається нормальним. Проводиться спостереження.

Якщо графік розкриття шийки матки знаходиться безпосередньо на «Лінії уваги», це свідчить про те, що темп розкриття шийки матки дорівнює 1 см/год. Слід пам'ятати, що це мінімальна нормальна швидкість розкриття шийки матки в активній фазі першого періоду пологів як для жінок, які народжують вперше, так і для жінок, які народжували. Проводиться ретельне спостереження, втручання у перебіг пологів не показані.

Якщо графік розкриття шийки матки заходить вправо за «Лінію уваги», але не досягає «Лінії дії», це свідчить про те, що темп розкриття шийки матки <1 см/год.

Цей стан носить назву «Пролонгована активна фаза» та може бути пов'язаний зі слабкістю пологової діяльності, клінічно вузьким тазом або неправильним вставленням голівки плода.

У цьому випадку проводять ретельну оцінку акушерської ситуації з метою з'ясування причини затримки розкриття шийки матки та приймають рішення щодо необхідного лікування такого стану.

Відхилення графіка розкриття шийки матки вправо за «Лінію уваги» за наявності цілого плідного міхура є абсолютним показанням до проведення амніотомії.

Якщо графік розкриття шийки матки досягає або перетинає «Лінію дії», необхідно вжити наступні заходи:

- повна оцінка стану матері, плода та акушерської ситуації;
- за наявності показань (дистрес плода, клінічно вузький таз, неефективне пологопідсилення) – кесарів розтин;
- у разі продовження консервативного ведення пологів – пологопідсилення окситоцином, якщо це не було зроблено раніше. Внутрішнє акушерське дослідження проводять через кожні 2 год. Якщо не вдалося досягти темпу розкриття шийки матки 1 см/год між будь-якими із цих досліджень

(тобто графік розкриття шийки матки не є паралельним «Лінії дії») – розродження шляхом кесаревого розтину.

Якщо графік розкриття шийки матки досягає або перетинає «Лінію дії», ризик інтранатальної загибелі плода підвищується у 10 разів.

Опускання голівки плода

Опускання голівки плода може бути визначено за допомогою абдомінальної пальпації та внутрішнього акушерського дослідження.

На партограмі відмічається опускання голівки, визначене шляхом абдомінальної пальпації.

Для визначення положення голівки над краєм таза шляхом абдомінальної пальпації використовують «ширину 5 пальців». Наприклад, голівка плода визначається над симфізом на ширину 5 пальців акушера – 5/5. По мірі того як голівка опускається в порожнину таза, вона визначається меншою кількістю пальців над симфізом: 4/5 – ширина 4 пальців акушера, 3/5 – ширина 3 пальців, 2/5 – ширина 2 пальців, 1/5 – ширина 1 пальця, 0/5 – голівка не визначається над симфізом (див. рис. 1).

Абдомінальна пальпація дає можливість запобігти помилкам у випадках, коли під час внутрішнього акушерського дослідження важко відрізнити опускання голівки від значного посилення набряку передлежачої частини.

Коли голівка пальпується на 2/5 над верхнім краєм симфізу, це означає, що голівка великим сегментом пройшла площину входу в таз.

Коли голівка пальпується менш ніж на 2/5, це найчастіше означає, що голівка знаходиться у порожнині таза.

Вертикальна вісь графі «Опускання голівки плода» відображає кількість пальців (від 0 до 5), на ширину яких голівка плода пальпується над краєм симфізу. Горизонтальна вісь – шкала часу.

Опускання голівки плода визначають та відмічають на партограмі безпосередньо перед кожним внутрішнім акушерським дослідженням.

Результати оцінки опускання голівки плода відзначають на партограмі позначкою «О», що має бути розташована на перехресті між горизонталлю, що відповідає кількості пальців, на ширину яких голівку пальпують над краєм симфізу, та вертикаллю, що відповідає часу обстеження.

Позначки «О» з'єднують безперервною лінією, створюючи графік опускання голівки плода. У випадку коли виконується перенос, позначки «О» не з'єднуються (див. рис. 2). Позначка «О» та позначка «Х» завжди знаходяться на одній вертикалі.

Якщо значення розкриття шийки матки (наприклад, 4 см) співпадає з кількістю пальців, на ширину яких голівка пальпується над краєм симфізу (наприклад, 4/5), то на партограмі Х буде співпадати з «О», тобто позначку «Х» буде вписано у позначку «О».

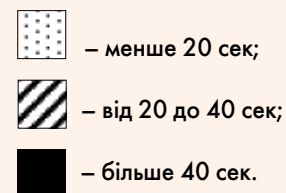
Опускання голівки плода може не спостерігатися, поки шийка матки не розкриється приблизно на 7-8 см.

Перейми за 10 хв

Кожен квадрат по вертикалі відповідає одній переймі за 10 хв. Кожен квадрат по горизонталі відповідає 30 хв.

Кількість та тривалість перейм підраховують протягом 10 хв.

Кількість перейм за 10 хв – це кількість квадратиків, які мають бути заштриховані по вертикалі відповідно до часу обстеження. Вид штриховки залежить від тривалості перейми в секундах:



Кількість та тривалість перейм визначають та відмічають на партограмі щогодини в латентній фазі та кожні 30 хв в активній фазі.

Штриховка завжди здійснюється справа від вертикалі, яка відповідає певному значенню часу (див. рис. 2).

III. Стан жінки**Пульс та артеріальний тиск**

Вертикальна вісь графі одночасно відображає артеріальний тиск та частоту пульсу.

Артеріальний тиск та частоту пульсу визначають та відмічають на партограмі кожні 2 год.

Продовження на стор. 22.

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»

Продовження. Початок на стор. 16.

Продовження додатка 3

Артеріальний тиск відмічають на партограмі двобічною стрілкою (показана зліва від вертикальної осі графі), яка зверху досягає горизонталі, що відповідає значенню систолічного тиску, а знизу – горизонталі, що відповідає значенню діастолічного тиску.

Двобічна стрілка має бути розташована справа від вертикалі, яка відповідає значенню часу.

Частоту пульсу відмічають на партограмі позначкою (*), яка має бути розташована на перехресті між горизонталлю, що відповідає значенню частоти пульсу, та вертикаллю, що відповідає значенню часу (див. рис. 2).

Температуру тіла визначають та відмічають на партограмі кожні 4 год (або частіше за наявності показань) та відмічають справа від вертикалі, яка відповідає значенню часу.

Об'єм виділеної сечі визначають та відмічають на партограмі після кожного сечовипускання (нагадуйте жінці про необхідність сечовипускань кожні 2-4 год) та відмічають справа від вертикалі, яка відповідає значенню часу.

Білок та ацетон сечі визначаються за показаннями.

Окситоцин

Заповнюють у разі стимуляції пологової діяльності.

Верхній рядок графі призначений для запису дози окситоцину у розрахунку на 1 л 0,9% розчину хлориду натрію.

Нижній рядок графі призначений для запису швидкості інфузії розчину окситоцину. Кількість крапель окситоцину за хвилину записується кожні 30 хв.

Призначені ліки

Заповнюють у разі застосування медикаментів.

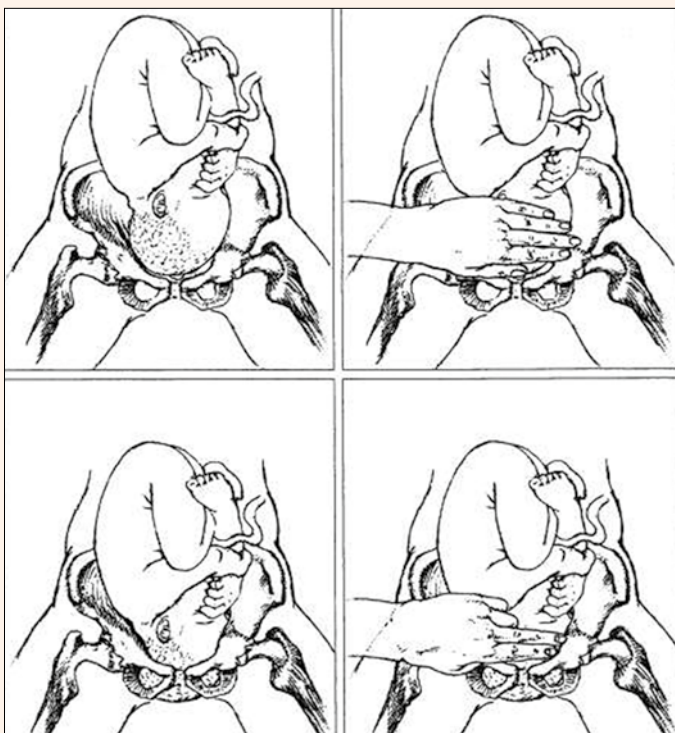


Рис. 1. Визначення опускання голівки плода шляхом абдомінальної пальпації

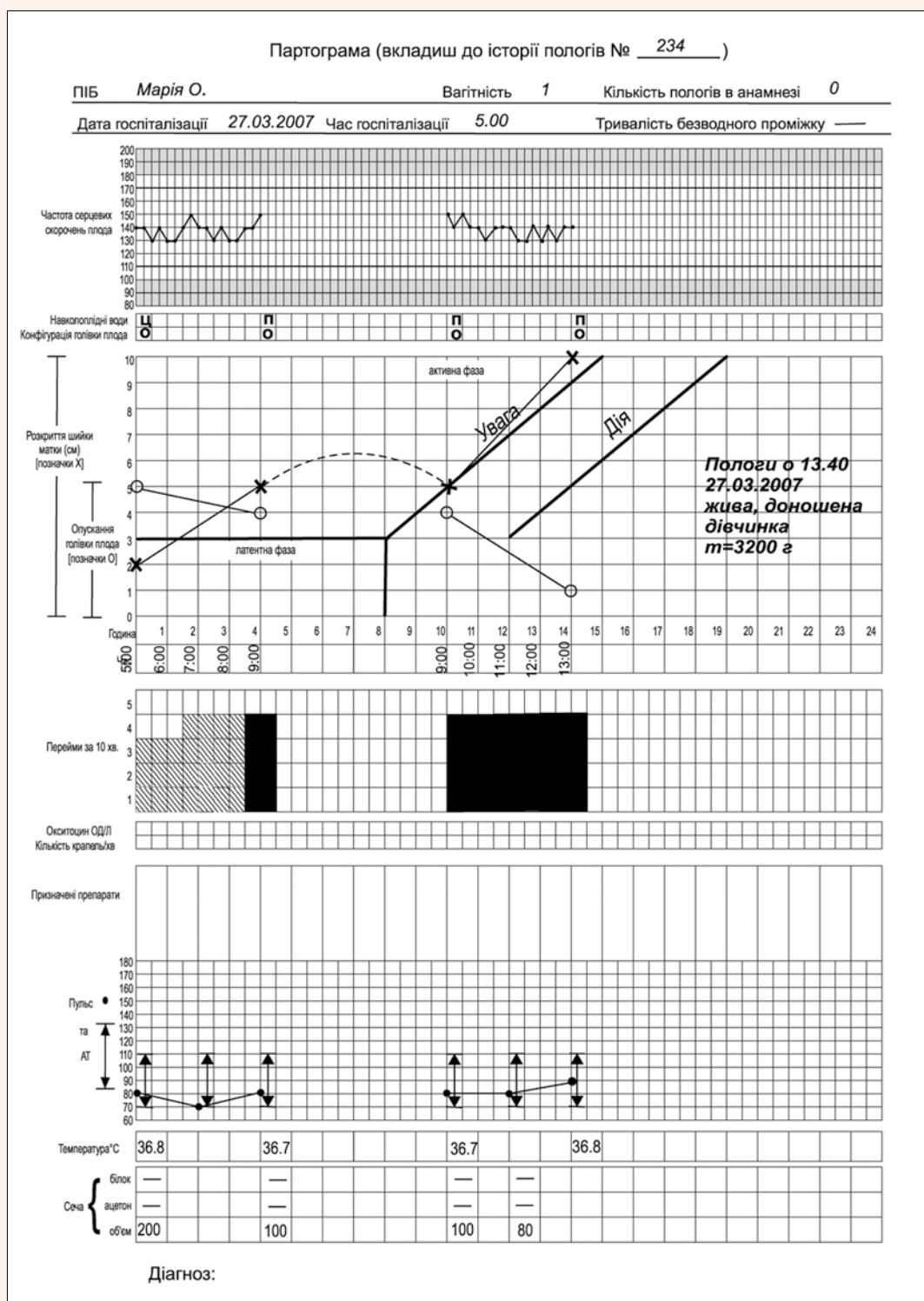


Рис. 2. Приклад відображення на партограмі показників пологів

Додаток 4
до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» (пункт 4.3 розділу IV)

Опис особливостей записів кардіотокографа

Опис	Особливість		
	Базова лінія (уд./хв)	Базова варіабельність (уд./хв)	Уповільнення
Задовільний	Від 110 до 160	Від 5 до 25	Жоден або ранній Змінні уповільнення без будь-яких характеристик* менше 90 хв
Незадовільний	Від 100 до 109 АБО Від 161 до 180	<5 за 30-50 хв АБО >25 протягом 15-25 хв	Змінні уповільнення без будь-яких характеристик* протягом 90 хв або більше АБО Змінні уповільнення з будь-якими характеристиками* при 50% скорочень протягом 30 хв або більше АБО Змінні уповільнення з будь-якими характеристиками* при більш ніж 50% скорочень протягом менше 30 хв АБО Пізнні уповільнення у більш ніж 50% скорочень протягом менше 30 хв, без клінічних факторів ризику для матері та плода, таких як вагінальна кровотеча або значна кількість меконію
Аномальний	<100 АБО >180	<5 для більш ніж 50 хв АБО >25 для більш ніж 25 хв АБО синусоїдальний	Змінні уповільнення з будь-якими характеристиками* у більш ніж 50% скорочень для 30 хв (або менше, якщо є клінічні фактори ризику для матері та плода) АБО Пізнні уповільнення протягом 30 хв (або менше, якщо є клінічні фактори ризику для матері та плода) АБО Гостра брадикардія або одноразове тривале уповільнення тривалістю ≥3 хв

Продовження додатка 4

Ведення пологів на основі інтерпретації записів кардіотокографа		
Категорія	Визначення	Ведення
Звичайний	Всі ознаки задовільні	Продовжити КТГ (якщо вона не була розпочата через занепокоєння, що виникають внаслідок періодичної аускультативної й відсутні постійні фактори ризику) Обговорити із жінкою та її партнером те, що відбувається
Підозрілий	1 незадовільна ознака ТА 2 задовільні ознаки	Виправити будь-які основні причини, такі як гіпотонія або гіперстимуляція матки Виконати повний набір материнських спостережень Почати один або більше консервативних заходів* Повідомте лікаря-акушера або старшу акушерку Документуйте план перегляду всієї клінічної картини та результатів КТГ Обговоріть із жінкою та її партнером те, що відбувається, та врахуйте її уподобання
Патологічний	1 аномальна ознака АБО 2 незадовільні ознаки	Провести огляд лікаря-акушера та старшої акушерки Виключити гострі події (наприклад, випадіння пуповини, підозра на відшарування плаценти або підозра на розрив матки) Виправити будь-які основні причини, такі як гіпотонія або гіперстимуляція матки Почати один або більше консервативних заходів* Поговоріть із жінкою та її партнером про те, що відбувається, та врахуйте її уподобання Якщо запис кардіотокографа все ще є патологічним після проведення консервативних заходів: * провести подальший огляд у лікаря-акушера та старшої акушерки * запропонувати стимуляцію шкіри голівки плода і задокументуйте результат Якщо запис кардіотокографа все ще є патологічним після стимуляції шкіри голівки плода: * розглянути питання забору крові з голівки плода * розглянути можливість прискорення пологів * врахувати переваги жінки
Необхідність термінового втручання	Гостра брадикардія АБО одноразове тривале уповільнення ≥3 хв	Терміново звернутися до акушерської допомоги Якщо сталася гостра подія (наприклад, випадіння пуповини, підозра на відшарування плаценти або підозра на розрив матки), прискорте народження дитини Виправити будь-які основні причини, такі як гіпотонія або гіперстимуляція матки Почати один або більше консервативних заходів* Зробіть підготовку до термінових пологів Поговоріть із жінкою та її партнером про те, що відбувається, та врахуйте її уподобання Прискорте народження дитини, якщо гостра брадикардія зберігається протягом 9 хв Якщо ЧСС плода відновлюється в будь-який час до 9 хв, перегляньте будь-яке рішення щодо прискорення пологів в обговоренні з жінкою

КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ



Гіперактивний сечовий міхур у жінок: навчальний посібник / За ред. В.І. Горового, О.І. Яцини, А.І. Мисака. — Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2022. — 368 с., іл.

Навчальний посібник висвітлює сучасну термінологію, патофізіологію, етіологію, діагностику та лікування гіперактивного сечового міхура у жінок. Описані анатомо-функціональні особливості сечового міхура та уретри, нейрофізіологія нижніх сечових шляхів, а також фізіологічні основи акту сечовипускання. Наведені захворювання головного та спинного мозку, які супроводжуються симптомами гіперактивного сечового міхура, а також патофізіологічні

механізми розвитку нейрогенного та ідеопатичного гіперактивного сечового міхура. Висвітлені етапність, методики початкового та спеціалізованого лікування жінок із гіперактивним сечовим міхуром, а також власний досвід обстеження та ведення таких хворих. Пропонується для практичного використання урологами, гінекологами, невропатологами, хірургами, нейрохірургами, сімейними лікарями, лікарями — слухачами факультетів післядипломної освіти, інтернами, а також студентами вищих медичних закладів III-IV рівня акредитації.

Навчальний посібник рекомендований до друку Вченою радою Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Стосовно придбання посібника звертається за тел.: (097) 751 81 53.

Додаток 5

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» (пункт 4.6 розділу IV)

Організаційні умови забезпечення підтримки теплового ланцюжка

Ці заходи впроваджуються під час пологів та в перші дні після народження дитини з метою зменшення втрат тепла у всіх новонароджених. Невиконання хоча б одного з цих заходів розриває тепловий ланцюжок та ставить новонароджену дитину під загрозу переохолодження. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати 36,5-37,5 °С при вимірюванні в аксілярній ділянці. Недотримання теплового ланцюжка підвищує ризик розвитку в новонародженого гіпоглікемії, метаболічного ацидозу, інфекції, дихальних розладів, уражень центральної нервової системи (крововиливи, судоми).

Десять кроків теплового ланцюжка

1. Тепла пологова кімната (операційна).

Приміщення має бути чистим та теплим, без протягів із відчинених вікон, дверей та кондиціонерів (вентиляторів). Оптимальною (безпечною) для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 25-28 °С.

Все необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

2. Негайне обсушування дитини.

Відразу після народження (до перетинання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини стерильними, сухими, попередньо підігрітими пелюшками.

Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологі пелюшки треба відкласти, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою, попередньо підігрітою пелюшкою.

3. Контакт «шкіра до шкіри».

Контакт «шкіра до шкіри» запобігає втратам тепла та сприяє колонізації організму дитини флорою матері. На грудях матері дитина накривається чистою, попередньо підігрітою пелюшкою та спільною з матір'ю ковдрою і знаходиться там до переведення в палату спільного перебування — не менше 2 год.

З метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка перше вимірювання температури тіла новонародженого здійснюється через 30 хв після народження в аксілярній ділянці електронним термометром.

4. Грудне вигодовування.

Грудне вигодовування треба розпочинати якомога раніше протягом першої години після народження, коли дитина проявляє ознаки готовності до початку годування та знаходиться з матір'ю в контакт «шкіра до шкіри». Не треба примушувати дитину розпочинати перше годування, якщо вона не проявляє цих ознак.

5. Відкласти зважування та купання.

Купання та зважування новонародженого відразу після народження призводить до втрат тепла, тому ці процедури треба відкласти.

Кров, меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки родової змазки не видаляються у дитини. Перше купання доцільно здійснювати вдома.

Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту «шкіра до шкіри» перед переведенням у палату спільного перебування.

6. Правильно одягнути та загорнути дитину.

Туге сповивання шкідливе для новонародженого, тому що зменшує ефективність підтримання тепла дитиною, обмежує рухи дитини, обмежує дихальні рухи. У зв'язку з цим дитину необхідно одягнути в чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки та накрити теплою ковдрою.

7. Цілодобове спільне перебування матері та дитини.

За умови відсутності протипоказань новонароджена дитина повинна цілодобово перебувати разом із матір'ю в одному приміщенні. Спільне перебування матері та дитини забезпечує годування на вимогу, профілактику гіпотермії та внутрішньолікарняної інфекції.

8. Транспортування в теплих умовах.

Якщо дитину треба транспортувати до іншого відділення (палати), медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникненню гіпотермії. До палати спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися разом із матір'ю.

При народженні дитини шляхом кесаревого розтину новонароджений транспортується в кувезі або в дитячому ліжечку, вкритий теплою ковдрою.

9. Реанімація в теплих умовах.

Новонароджена дитина з асфіксією не може виробляти достатню кількість тепла, у зв'язку із чим підвищується ризик виникнення гіпотермії. Тому важливо забезпечити проведення реанімаційних заходів у теплих умовах.

10. Підвищення рівня підготовки та знань.

Усі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички з принципів дотримання теплового ланцюжка.

Члени сім'ї інформуються медичними працівниками щодо важливості підтримання нормальної температури тіла дитини.

Тетрацикліни у гінекології: що нового?

Запальні захворювання органів малого таза є однією з основних медичних проблем у гінекології, вирішення якої потребує вдало підбраної антибіотикотерапії. Тетрацикліни є одними з ранніх класів антибіотиків, які мають широку антимікробну активність та повну перехресну стійкість. Вони активні щодо практично всієї грампозитивної флори, грамнегативних коків (у т.ч. гонококів), кишкової палички, бактерій роду *Enterobacter*, клебсієли, а також дуже поширених останнім часом хламідій та мікоплазми. У статті представлені сучасні дані щодо використання цих препаратів у практиці лікаря-гінеколога.

Ключові слова: тетрацикліни, доксициклін, гліцилцикліни, тайгециклін, запальні захворювання органів малого таза.

Пацієнтки із запальними захворюваннями органів малого таза (ЗЗОМТ) становлять 60% серед амбулаторних та близько 30% серед стаціонарних хворих. Їх лікування є однією з основних проблем практичної гінекології, оскільки ЗЗОМТ надзвичайно негативно впливають на здоров'я жінок репродуктивного віку.

В останнє десятиліття в усіх країнах світу відзначається значне зростання частоти ЗЗОМТ у загальній популяції жінок репродуктивного віку, зокрема втричі підвищилася частота тубооваріальних утворень запальної етіології. ЗЗОМТ та їх наслідки вкрай негативно впливають як на репродуктивну, так і на ендокринну та нервову системи, істотно погіршуючи психоемоційний стан хворих.

Значення антибактеріальної терапії у сучасній медицині важко переоцінити. Навряд чи представник будь-якої лікарської спеціальності у своїй практичній діяльності може обійтися без застосування антибіотиків – «речовин, що вибірково пригнічують життєдіяльність мікроорганізмів» (Пауерстейн К. Дж., 1985). Під вибірковою дією розуміють активність лише стосовно патогенних мікроорганізмів зі збереженням життєздатності клітин господаря і певної корисної мікрофлори.

Із вибірковістю тісно пов'язане поняття широти спектра активності антибактеріальних препаратів. Однак із позицій сьогодення розподіл антибіотиків на препарати широкого та вузького спектра дії є умовним і піддається серйозній критиці, насамперед – через відсутність критеріїв для такого поділу. Більш доцільно розглядати антибіотики з точки зору клінічної ефективності при інфекції певної органної локалізації, оскільки докази ефективності, отримані в контрольованих клінічних випробуваннях (порівняльних, рандомізованих, проспективних), мають, безсумнівно, більш важливе значення, ніж умовний «ярлик».

Унікальність антибіотиків полягає у тому, що, на відміну від більшості інших лікарських засобів, їхній мета-рецептор перебуває не у тканинах людини, а у клітині мікроорганізму. Як відомо, провідним механізмом розвитку ЗЗОМТ є мікробний фактор (мікробна інвазія). Значну роль в етіології гнійно-запального процесу відіграють провокуючі фактори, що призводять до пошкодження або ослаблення бар'єрних механізмів захисту організму, сприяючи формуванню вхідних воріт для патогенної мікрофлори та її подальшому розповсюдженню. Це менструація, пологи (фізіологічні фактори), аборти, введення внутрішньоматкових контрацептивних систем, гістероскопія, гістеросальпінгографія, оперативні втручання (ятрогенні фактори) та ін.

При оцінці ризику розвитку гнійно-септичних ускладнень, сепсису й септичного шоку на фоні вагітності необхідно враховувати особливості організму жінки, оскільки низка фізіологічних змін в організмі вагітної може вплинути на діагностику та результати лікування. Позитивним результатом терапії сприяють молодий вік, відсутність преморбідного фону, локалізація вогнища запалення у порожнині малого таза, доступність для діагностики та терапії, чутливість мікрофлори до антибактеріальних препаратів. З іншого боку, швидке прогресування септичного процесу може бути зумовлене зниженням активності клітинної ланки імунітету та системною запальною відповіддю (maternal systemic inflammatory response, MSIR).

Тетрацикліни є одними з ранніх класів антибіотиків, перші з яких були отримані наприкінці 1940-х років. У цю групу препаратів об'єднані ліки, у яких основою молекули є поліфункціональна гідронафтаценова сполука з родовою назвою «тетрацикліни».

Антибіотики цієї групи мають загальний механізм дії (пригнічення біосинтезу білка мікробної клітини на рівні рибосом), широкий антимікробний спектр активності, повну перехресну стійкість. Вони активні щодо практично всієї грампозитивної флори, грамнегативних коків (у т.ч. гонококів), кишкової палички, бактерій роду *Enterobacter*, клебсієли. До них мають високу чутливість збудники трахоми, пситтакозу, венеричної гранульоми, спірохети, лептоспіри, актиноміцети, а також хламідії та мікоплазми.

ЗЗОМТ різної етіології – доволі часте явище у практиці лікаря-гінеколога. До них відносяться запальні процеси ендометрія (міометрія), маткових труб, яєчників та тазової очеревини. Ізольоване запалення цих відділів статевого тракту у клінічній практиці зустрічається зрідка, оскільки всі вони пов'язані в єдине функціональне ціле. ЗЗОМТ викликають гонококи, хламідії, стрептококи (аеробні та анаеробні), стафілококи (аеробні та анаеробні), мікоплазми, кишкова паличка, ентерококи, протей, бактероїди. Зазвичай запальні процеси спричиняє змішана флора.

Загальновідомо, що основне місце в лікуванні ЗЗОМТ належить антибіотикам, ефективність застосування яких визначається властивостями збудника та його чутливістю до антибактеріальних препаратів. Надзвичайно важливо, щоб застосовувані дози забезпечували максимальну концентрацію препарату у вогнищі запалення. Так, наприклад, максимальна концентрація ампіциліну у слизовій оболонці маткових труб становить 1/40 його вмісту у крові, тобто є в 10 разів нижчою від мінімальної терапевтичної дози, а напівсинтетичний тетрациклін доксициклін при пероральному застосуванні міститься у крові та слизовій оболонці маткових труб майже в однаковій кількості. Це є особливістю фармакокінетики тетрациклінів. При прийомі всередину вони добре всмоктуються, причому доксициклін краще, ніж тетрациклін. Біодоступність доксицикліну не змінюється, а тетрацикліну – удвічі знижується під впливом їжі.

Максимальні концентрації препаратів у сироватці крові досягаються через 1-3 год після перорального прийому. При внутрішньовенному введенні найвищі концентрації у крові досягаються швидше. Тетрацикліни розподіляються в багатьох органах та середовищах організму, причому доксициклін (гідрохлорид та моногідрат) створює більш високі тканинні концентрації, ніж тетрациклін. Концентрація у спинномозковій рідині становить 10-25% рівня у сироватці крові, концентрація у жовчі – у 5-20 разів вища, ніж у крові. Важливим є той факт, що тетрацикліни мають високу здатність проходити через плаценту, а також добре проникати у грудне молоко.

Екскреція гідрофільного тетрацикліну здійснюється переважно нирками, тому за ниркової недостатності його виведення значно утруднюється. Більш ліпофільний доксициклін виводиться не лише нирками, а й шлунково-кишковим трактом (ШКТ), у пацієнтів із порушенням функції нирок цей шлях є основним. Доксициклін має у 2-3 рази більший період напіввиведення порівняно з тетрацикліном. При гемодіалізі тетрациклін видаляється повільно, а доксициклін взагалі не видаляється.

Застосування препаратів групи тетрациклінів нерідко викликає побічні явища з боку ШКТ (біль або дискомфорт у животі, нудота, блювання, діарея), центральної

нервової системи (запаморочення, при тривалому застосуванні – підвищення внутрішньочерепного тиску), печінки (гепатотоксичність).

Фактори ризику, пов'язані із застосуванням тетрациклінів, включають:

- порушення функції печінки, вагітність, швидке внутрішньовенне введення, ниркова недостатність;
- алергічні реакції (перехресні до всіх тетрациклінів): висип, кропив'янка, набряк Квінке, анафілактичний шок;
- місцеві реакції: флебіти та тромбофлебіти при внутрішньовенному введенні;
- інші явища: фотосенсибілізація (висип та дерматит під впливом сонячного світла), панкреатит, глосит із гіпертрофією сосочків, езофагіт, ерозії стравоходу (частіше при прийомі капсул), дисбактеріоз, суперінфекція, кандидоз порожнини рота та дефекти зубної емалі, жовте або сіро-коричневе забарвлення зубів, порушення утворення кісткової тканини, уповільнення лінійного росту кісток (у дітей).

Протипоказання до застосування тетрациклінів включають вік <8 років (за деякими даними, <12 років), вагітність і лактацію, захворювання печінки та нирок із вираженою їх функціональною недостатністю. Однак доксициклін у деяких випадках може використовуватися й у пацієнтів із нирковою недостатністю, оскільки основним шляхом його екскреції у цих хворих є ШКТ.

Застосовуючи вищезазначені препарати, необхідно пам'ятати про лікарські взаємодії. Прийом тетрациклінів всередину одночасно з антацидами, що містять кальцій, алюміній і магній, із гідрокарбонатом натрію і холестираміном може супроводжуватися зниженням біодоступності антибіотика внаслідок утворення комплексів, що не всмоктуються, та підвищення рН шлункового вмісту. Тому між прийомом тетрациклінів та антацидів необхідно витримувати інтервал в 1-3 год.

Не рекомендовано поєднувати тетрацикліни із препаратами заліза, оскільки при цьому може порушуватися їх взаємне всмоктування. Карбамазепін, фенітоїн та барбітурати посилюють печінковий метаболізм доксицикліну й знижують його концентрацію у крові, що може потребувати відповідної корекції дози антибіотика.

Одночасне застосування тетрациклінів і комбінованих оральних контрацептивів (КОК), що містять естрогенний компонент, потребує «запобіжної контрацепції» у зв'язку зі зниженням надійності КОК, що спостерігається у цих випадках.

Тетрацикліни можуть посилювати дію непрямих антикоагулянтів через пригнічення їх метаболізму в печінці, що вимагає ретельного контролю показників коагулограми.

Враховуючи доволі часту наявність при ЗЗОМТ неспортувальної анаеробної флори, доцільно поєднувати тетрацикліни з імідазолами (метронідазол) у відповідних дозах.

Корисними для пацієнтів можуть бути наступні рекомендації:

- вищезазначені препарати необхідно приймати стоячи і запивати повною склянкою води з метою профілактики ушкодження стравоходу та подразнення слизової оболонки ШКТ;
- суворо дотримуватися запропонованого режиму призначення протягом усього курсу лікування;
- не пропускати прийом антибіотиків та приймати їх через рівні проміжки часу. У разі пропуску прийняти препарат якнайшвидше, а якщо майже настав час прийому наступної дози, не подвоювати її;
- у період лікування уникати прямого впливу сонячних променів.

Для профілактики можливих ускладнень доцільне одночасне застосування гепатопротекторів, жовчогінних засобів, еубіотиків, вітамінів. При диспепсичних скаргах можна використовувати наступну рекомендацію: за 3-5 хв до прийому тетрацикліну або його похідних слід прийняти всередину 1 столову ложку 0,5-1% розчину новокаїну. Корисна також рекомендація запивати антибактеріальні препарати 100 мл (півсклянки) відвару шипшини.

Обговорюючи з колегами питання застосування препаратів групи тетрацикліну у сучасній гінекологічній практиці, нерідко можна почути думку про їх недостатню ефективність, токсичність, нерідкі побічні явища, наявність нових, більш ефективних і безпечних, антибіотиків. Однак у ряді випадків доводиться з різних причин віддавати перевагу цим «старим», але й до теперішнього часу досить ефективним лікам: у якості емпіричної терапії гострих ЗЗОМТ (в основному доксицикліном у поєднанні з метронідазолом, що є стандартом Всесвітньої організації охорони здоров'я до отримання результатів бактеріологічного дослідження на чутливість до конкретних антибактеріальних препаратів), у разі чутливості мікрофлори лише до тетрациклінів, а також з огляду на їхню невисоку вартість.

Проте фармакологічний прогрес не зупинити, й у клінічній практиці нещодавно з'явилися гліцицикліни – напівсинтетичні антимікробні препарати, що мають структурну схожість із антибіотиками тетрациклінового ряду. Їх вирізняє широкий спектр антимікробної активності щодо ряду грампозитивних і грамотригативних збудників, здатність пригнічувати окремі штами тетрациклін-резистентних бактерій шляхом інгібування синтезу білків бактеріальної клітини, яке відбувається у 20 разів ефективніше порівняно з тетрацикліном.

Тайгециклін, що є представником гліцициклінів, має бактеріостатичні властивості, активний щодо грампозитивних аеробних коків – *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Enterococcus spp.*, у т.ч. і щодо штамів цих збудників, метицилін-резистентних *Staphylococcus aureus* і *Staphylococcus epidermidis*,

ванкомицин-резистентного ентерококу і т.д. Крім того, багато грамотригативних збудників також мають досить високу чутливість до тайгецикліну: встановлено його високу ефективність у лікуванні полімікробних інтраабдомінальних інфекцій, спричинених анаеробними бактеріями.

Тайгециклін характеризується практично 100% біодоступністю, його вводять внутрішньовенно крапельно протягом 30-60 хв; може бути застосований для емпіричної антибактеріальної монотерапії ще до отримання результатів мікробіологічних тестів. Початкова доза для дорослих становить 100 мг, далі – 50 мг через кожні 12 год. Тривалість лікування визначається тяжкістю та локалізацією інфекції, а також клінічною реакцією пацієнта на терапію й зазвичай становить 5-14 днів.

Під час вагітності застосування цього препарату можливе лише у разі крайньої необхідності, коли очікувана користь для матері перевищує потенційний ризик для плода. Дані про виведення із грудним молоком відсутні, тому за необхідності використання у період лактації слід припинити грудне вигодовування.

Цікаво, що антибіотик тетрациклінового ряду міноциклін, призначений для лікування різних бактеріальних інфекцій, у даний час розглядається ще й як потенційно новий засіб від депресії. Він має потужну протизапальну та нейропротекторну дію, може ефективно проникати через гематоенцефалічний бар'єр, сприяє нейрогенезу в гіпокампі. Міноциклін підвищує клінічну ефективність антидепресантів при одночасному прийомі. Унікальність його полягає у тому, що він є єдиним серед антибіотиків, який продемонстрував самостійний антидепресивний ефект, зареєстрований при монотерапії. Використовується в дозах від 100 до 300 мг на добу, демонструє виражений антидепресивний потенціал. Довів свою безпечність при клінічному застосуванні й має високу пероральну біодоступність, а також значною мірою позбавлений серйозних побічних ефектів інших тетрациклінів (Борзенко І.Б., 2020).

Отже, ретельно зваживши переваги й недоліки антибіотиків групи тетрациклінів, можна стверджувати, що їх використання у сучасній гінекології є цілком

раціональним й ефективним. Незважаючи на певні побічні ефекти, призначення цих препаратів доцільне не лише у якості емпіричної терапії, а й завдяки широкому спектру антимікробної активності – як важливого компонента у схемах лікування ЗЗОМТ.

Література

1. Абрамченко В.В., Башмакова М.А., Корхов В.В. Антибіотики в акушерстві та гінекології. – Санкт-Петербург, 2000.
2. Бодяжина В.І., Кошторис В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативна гінекологія, Москва, 1990.
3. Венцовський Б.М., Сенчук А.Я. та ін. Хламідіоз в акушерсько-гінекологічній практиці. Метод. Рекомендації. – Київ, 1999.
4. Вдовиченко Ю.П., Лещева Т.В. Комплексне лікування хронічного ендометриу на тлі внутрішньоматкової контрацепції // Репродуктивне здоров'я жінки, 2004, № 3, с. 89-90.
5. Деримедведь Л.В., Перцев І.М., Шуванова Є.В. та ін. Взаємодія ліків та ефективність фармакотерапії. – Харків: Мегаполіс, 2002.
6. Кейт Л.Г. (ред.) Репродуктивне здоров'я (у 2 т.): пер. з англ. – Москва, 1988.
7. Коханевич Є.В., Коноплянко В.В. Хламідійна сечостатева інфекція // Актуальні питання гінекології. – Київ, 1998.
8. Мавров І.І. (ред.) Контактні інфекції, що передаються статевим шляхом. – Київ, 1989.
9. Мавров І.І. Хламідійна інфекція: активне вивчення проблеми // Журнал дерматології та венерології, 2001, № 12, с. 4-10.
10. Мавров І.І. Оцінка ефективності Доксицикліну могогідрату при лікуванні хворих сечостатевою хламідіозом // Дерматологія та венерологія, 2001, № 12, с. 79-80.
11. Майоров М.В., Ворошук С.В., Жуперкова Є.А., Жученко С.І., Черняк О.Л. «Нестандартні» антибіотики в акушерсько-гінекологічній практиці // Здоров'я України, тематичний номер «Акушерство, гінекологія та репродуктологія», 2020, № 2 (38), с. 2-3.
12. Майоров М.В. Тетрацикліни в гінекології: старий друг краще за нових двох? // Провізор, 2005, № 1, с. 36-37.
13. Майоров М.В. Помилки медикаментозної терапії в амбулаторній гінекології // Провізор, 2004, № 13, с. 17-18.
14. Майоров М.В. Урогенітальний хламідіоз в амбулаторній гінекології // Провізор, 2004, № 10, с. 40-43.
15. Майоров М.В. Антибактеріальна терапія при вагітності та лактації // Провізор, 2004, № 1, с. 16-18.
16. Малевич К.І., Русакевич П.С. Лікування та реабілітація при гінекологічних захворюваннях. – Мінськ, 1994.
17. Машковський М.Д. Лікарські засоби, вид. 13. – Харків, 1997.
18. Пауерстейн К.Дж. (ред.) Гінекологічні порушення. Диференціальна діагностика та терапія: пер. з англ. – Москва, 1985.
19. Стречунський Л.С., Білоусов Ю.Б., Козлова С.Н. (ред.) Антибіотикотерапія (практичний посібник). – Москва, 2000.
20. Campbell W., Dodson M. The treatment Chlamydia trachomatis infection in woman // Amer. J. Obstet. Gynecol., 1990. – 162. – С. 342-347.





СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ МЕДИЧНИЙ ПОРТАЛ

**Електронні версії усіх друкованих видань
Видавничого дому «Здоров'я України»
на одному сайті!**

Наш сайт



Наша сторінка Facebook







А. Фарр¹, І. Еффенд², Б.Ф. Тіррі³ та ін.

¹ Відділ акушерства та медицини плода, кафедра акушерства та гінекології, Медичний університет Відня, м. Відень, Австрія;

² Клінік Білефельд Розенхое, кафедра дерматології та алергології, м. Білефельд, Німеччина;

³ Жіноча консультація, кантональна лікарня Базелланд, м. Лісталь, Швейцарія

Європейські рекомендації щодо діагностики та лікування вульвовагінального кандидозу

Представляємо вашій увазі рекомендації Німецького, Австрійського й Швейцарського товариств акушерства та гінекології щодо діагностики та лікування вульвовагінального кандидозу. У публікації проаналізовано й роз'яснено всі суперечливі твердження та надано рекомендації щодо ведення пацієнтів із гострим та хронічним рецидивуючим вульвовагінальним кандидозом.

Ключові слова: вульвовагінальний кандидоз, *Candida albicans*, гострий вульвовагініт.

Вульвовагінальний кандидоз (ВВК) є однією з найбільш частих скарг на прийомі у гінеколога [1, 2], яка значно погіршує якість життя пацієнток [3]. Переважаючим видом збудника, що викликає це захворювання, є *Candida albicans*, за ним йдуть інші, non-*albicans* види, такі як *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei* та *C. parapsilosis* [8]. Інфекції, зумовлені non-*albicans* видами, зазвичай супроводжуються більш легкими симптомами, ніж вагініт, спричинений *C. albicans*. Non-*albicans* вагініт частіше розвивається під час вагітності, після антибіотикотерапії або у жінок із підвищеним рівнем естрогену, наприклад під час замісної гормональної терапії або використання оральних контрацептивів [5]. ВВК зазвичай вражає піхву та її присінок і може поширюватися за межі малих та великих статевих губ, пахової та періанальної ділянок. Рекомендується віддавати перевагу термінам «кандидоз» і «*Candida albicans* vulvovaginitis» [19], натомість як суфікс «-iasis» слід використовувати лише для паразитарних інфекцій (наприклад, для трихомоніазу) [20].

Вульвовагінальний кандидоз: сприяючі фактори

Під час інтернет-опитування 30-50% із 6 тис. жінок у п'яти європейських країнах та США повідомили про наявність ВВК, а 9% – про те, що мають це захворювання вже протягом кількох років [74]. Серед основних факторів, які можуть впливати на появу ВВК, виділяють цукровий діабет, вживання антибіотиків, мікробіоту піхви, гормональні зміни, використання контрацептивів, а також генетичні фактори та фактори способу життя (табл. 1).

Цукровий діабет

Пацієнти із цукровим діабетом і високим рівнем глюкози у сироватці частіше мають ВВК і погано реагують на антимікотичну терапію [28, 75]. Хоча *C. glabrata* менш вірулентна, ніж інші види, але у жінок із цукровим діабетом 2-го типу спостерігається більш часта колонізація цим збудником порівняно зі здоровими жінками [30, 82]. Протидіабетичні інгібітори натрій-глюкозного котранспортера-2 (SGLT2), наприклад дапагліфлозін і канагліфлозін, не тільки збільшують глюкозурію, а й підвищують кількість епізодів ВВК [5, 83, 84].

Застосування антибіотиків

Жінки, статеві шляхи яких вже колонізовані *Candida*, мають підвищений ризик розвитку ВВК після лікування антибіотиками [87-90]. Однак точний патогенез виникнення ВВК після антибіотикотерапії досі невідомий. Клінічний досвід свідчить про те, що після антибіотикотерапії може бути розглянута протигрибкова профілактика, але у цілому вона не рекомендована через ризик розвитку резистентності [91].

Вагінальна мікробіота

ВВК часто розвивається у жінок із нормальною вагінальною мікробіотою, але повідомлялося про нижчу кількість лактобактерій у жінок із ВВК порівняно із жінками без цього захворювання [92].

Різноманітність мікробіоти, здається, є надзвичайно важливою, хоча зв'язок між нею та ВВК не так чітко визначений, як при бактеріальному вагінозі [44, 93]. Деякі лактобактерії, наприклад *Lactobacillus rhamnosus*, також мають антагоністичний ефект проти *Candida* [94-100]. Було показано, що інтравагінальне введення *L. rhamnosus* або *L. casei rhamnosus* (Lcr35) двічі на день протягом 1 тиж після місцевого застосування міконазолу демонструвало достатню вагінальну колонізацію та зниження частоти рецидивів ВВК протягом 6 міс після лікування [101, 102]. Захисний ефект лактобактерій здебільшого зумовлений їх адгезією до епітеліальних клітин піхви та пригніченням росту патогенів.

Гормональні фактори

Симптоми ВВК найчастіше спостерігаються у середині менструального циклу через підвищення рівня естрогену та вмісту глікогену у вагінальному епітелії та під час лютеїнової фази, натомість як швидке зниження рівня естрогену під час менструації [69]. Жінки, які використовують комбіновані оральні контрацептиви (КОК), також мають вищий рівень естрогену, як і жінки у постменопаузі, які отримують замісну гормональну терапію; відповідно обидві групи мають підвищений ризик розвитку ВВК [104]. Окрім цього гормональний статус жінки може мати прямий вплив на імунну відповідь та патогенність *Candida* [105].

Систематичний огляд показав підвищений ризик розвитку ВВК під час прийому КОК, який, імовірно, залежить від дозування естрогену [108]. Водночас прогестини мають захисну дію проти ВВК [44, 109]. Щодо використання внутрішньоматкових спіралей (ВМС), Donders et al. [77] рекомендують уникати ВМС, що вивільняють левоноргестрел (ЛНГ-ВМС), у жінок із рецидивуючим ВВК або підвищеним ризиком цього захворювання. Імовірність ВВК була особливо високою протягом першого року використання ЛНГ-ВМС і значно зростала протягом п'яти років після введення засобу.

Генетичні фактори

Генетичні фактори можуть відігравати певну роль у появі рецидивів ВВК. Генетичний поліморфізм лектину, що зв'язує манозу [110, 111], і несекреторний фенотип групи крові за Льюїсом та АВ0 були ідентифіковані як фактори ризику рецидиву ВВК [112]. Нещодавно були описані антитіла проти компонентів *Candida*, і В-клітини, що їх продукують, вважаються захисними [114-118]. Жінки з атопічним діатезом і схильністю до алергічних реакцій 1-го типу мали більшу ймовірність розвитку ВВК, ніж здорові жінки [119]. Клінічні ознаки ВВК, такі як почервоніння та свербіж, також можуть бути проявами алергічної реакції, особливо при рецидивуючому ВВК [1, 120]. У жінок із рецидивуючим ВВК експресуються білки теплового шоку під час безсимптомного інтервалу, які потім можуть викликати подібні імунологічні захисні реакції, як, власне, й клітини самої *Candida* [121, 122].

Фактори способу життя

Sobel підкреслив недооцінену роль впливу сексуальної поведінки на частоту рецидивів ВВК [1] і повідомив, що рецидиви відбувалися частіше після орального статевих акту [90, 123, 124]. Крім того, відомо, що

психосоціальний стрес може викликати рецидивуючий ВВК через імуносупресію [125, 126]. І навпаки, ВВК негативно впливає на роботу та соціальне життя пацієнта. Деякі експерти також відмічають роль харчування у розвитку ВВК, оскільки споживання продуктів, багатих на цукор і вуглеводи, а також продуктів із високим вмістом дріжджів або молочних продуктів було пов'язане зі збільшенням росту грибків [81, 127]. Овочі та білкові продукти можна вживати без будь-яких обмежень. Вживання йогурту може мати

Таблиця 1. Рекомендації та твердження на основі консенсусу

№	Сила рекомендації	Рекомендація або твердження
1	++	Між термінами «кандидоз» і «кандидозний вульвовагініт» слід віддавати перевагу терміну «кандидоз»
2	+++	Переважаючим збудником кандидозу у жінок у період пременопаузи, у вагітних жінок із безсимптомним перебігом захворювання, здорових жінок, а також жінок із гострим ВВК (без хронічного рецидивуючого ВВК в анамнезі) є <i>Candida albicans</i>
3	+++	Не до кінця зрозуміло, внаслідок чого відбувається перехід від колонізації до вагініту, але визначено важливу роль факторів господаря у цьому процесі
4	+++	Колонізація видами <i>Candida</i> є частим, зазвичай тимчасовим, явищем і не вимагає ніякого лікування, якщо уражена жінка не вагітна
5	+++	Близько 70-75% усіх жінок хоча б раз у житті хворіють на ВВК, і є певні групи ризику, яким необхідно не тільки пройти належну діагностику та лікування, а й (за можливості) усунути сприяючі фактори
6	+++	Свербіж є переважаючим симптомом ВВК, але не всі жінки, які повідомляють про свербіж, страждають на ВВК. Крім свербіжу уражені жінки часто скаржаться на почервоніння піхви, відчуття болю, печіння, диспареунію та дизурію. Симптоми не можуть бути використані для диференціації різних причин вагініту
7	+++	Діагностика ВВК має базуватися на поєднанні клінічних ознак захворювання та мікроскопічному виявленні (псевдо-) гіф. У сумнівних випадках має бути проведена культуральна діагностика
8	+++	Мікроскопічне дослідження піхви за допомогою світлової або фазово-контрастної мікроскопії з 400-кратним оптичним збільшенням має бути першим діагностичним етапом
9	+++	Серологічні тести, особливо визначення рівня антитіл, не потрібні для діагностики ВВК
10	+++	Гострий ВВК слід лікувати місцевими або пероральними антимікотичними засобами (залежно від індивідуальних потреб жінки), натомість як хронічний рецидивуючий ВВК рекомендовано лікувати перорально, поступово знижуючи дозу
11	+++	Лікування гострого ВВК місцевими або пероральними похідними імідазолу, поліенами та циклопіроксоламіном демонструє еквівалентний успіх. Немає необхідності лікувати безсимптомного статевих партнера у випадку гострого ВВК
12	+++	Усі загальнодоступні вагінальні та місцеві антимікотики, як правило, добре переносяться
13	+++	Непотрібна протигрибкова терапія може призвести до виникнення резистентності та появи менш чутливих видів, тому її слід уникати
14	+++	У жінок із хронічним рецидивуючим ВВК або non- <i>albicans</i> вагінітом слід повторно оцінити, чи вказують симптоми на мікоз і чи застосовуються препарати другої лінії після оцінки резистентності збудника. Це стосується, наприклад, <i>C. glabrata</i>
15	+++	Довгострокову протигрибкову терапію можна застосовувати для лікування хронічного рецидивуючого ВВК, використовуючи різні схеми без доказів
16	+++	Лікування ВВК під час вагітності має включати клотримазол місцево, особливо протягом I триместру, щоб уникнути вад розвитку плода та викидня
17	+++	Лікування ВВК завжди слід проводити після належної діагностики, яка має включати збір анамнезу, оцінку симптомів, мікроскопію та, у деяких випадках, культуральні методи дослідження
18	+++	Пробіотики є корисними для профілактики ВВК, але докази цього обмежені
19	+++	Існують різні альтернативні та додаткові стратегії лікування ВВК, але вони рідко мають сильну доказову базу
20	+++	Немає схваленої імунотерапії проти ВВК
21	+++	Необхідно більше доклінічних, трансляційних та клінічних досліджень в галузі діагностики й лікування гострого та хронічного рецидивуючого ВВК

Примітка: ++ – 75-95% консенсусу; +++ – >95% консенсусу.

позитивний пробіотичний ефект, а вієсіяні висівки та ляне насіння мають протигрибкові властивості [8]. Однак наявні докази впливу харчування на ріст *Candida* та захворюваність на ВВК загалом можна вважати слабкими.

Клінічні прояви ВВК

Приблизно у 90% випадків ВВК свербіж є переважаючим симптомом захворювання, хоча лише 35-40% жінок, які скаржаться на свербіж, дійсно мають ВВК (табл. 1) [70, 128, 129]. Вагінальні виділення можуть відрізнятися за консистенцією – від рідких (часто на початку гострого ВВК) до грудкуватих, а також бути зовсім відсутніми при рецидивуючому ВВК [6, 130]. На відміну від бактеріального вагінозу вагінальні виділення при ВВК зазвичай не мають неприємного запаху, проте мають білуваті, грудкувату консистенцію [6]. На додаток до свербіжу, що спостерігається перед менструаціями у межах піхви та вульви, більшість жінок із ВВК скаржаться на почервоніння піхви та вульви, болочність, печіння, диспареунію та дизурію [6]. У жінок у пременопаузі кандидоз зазвичай вражає присінок піхви та вульву, натомість як жінки у постменопаузі частіше мають ураження пахової ділянки та вульви. Кандидозного цервіциту не існує як такого.

Діагностика

Для правильної діагностики ВВК завжди необхідно виявити наявність (псевдо-) гіф, зокрема щоб відрізнити його від безсимптомної колонізації. Крім належного збору анамнезу та гінекологічного огляду, обов'язковим є мікроскопічне дослідження вагінальних виділень із застосуванням фізіологічного розчину або 10% розчину гідроксиду калію за допомогою світлової або фазово-контрастної мікроскопії з оптичним збільшенням 400x (окуляр 10x плюс об'єктив 40x) [21, 145]. Також можна виміряти вагінальний рН.

Бластоспори та/або (псевдо-) гіфи можна виявити під час мікроскопії у 50-80% випадків ВВК [144], натомість як під час колонізації їх можна виявити лише в половині випадків. Також може бути виявлено підвищену кількість лейкоцитів. Якщо під час мікроскопії бластоспори або (псевдо-) гіфи не виявлено, можливо, кількість мікроорганізмів була надзвичайно малою, що призвело до низької чутливості дослідження. Однак запалення може бути спровоковане навіть за низького грибкового навантаження, і тому в деяких випадках для ідентифікації виду збудника слід проводити більш чутливе культуральне дослідження, наприклад у пацієнтів із хронічним рецидивуючим ВВК.

Типове середовище для культуральної діагностики *Candida spp.* являє собою Сабуро-декстрозний агар (вміст глюкози – 2%). Інші середовища, доступні для виявлення *Candida*, включають CHROMagar™ та Microstix-Candida. Хромогенні середовища дозволяють негайно ідентифікувати певні види *Candida* завдяки їхній характерній пігментації та полегшують виявлення змішаних культур у разі одночасної присутності двох або більше видів дріжджів, наприклад коли наявні *C. albicans* та *C. glabrata*. У пацієнток зазвичай розвивається вагініт, пов'язаний із *C. albicans*, натомість резистентна *C. glabrata* залишається *in situ* після лікування. *C. glabrata* присутня під час колонізації, і немає потреби в її усуненні/лікуванні за відсутності будь-яких симптомів. Сучасні ДНК-гібридаційні тести вагінальних виділень із дзеркала гінекологічного огляду показали чутливість і специфічність для виявлення *Candida* до 96,3% [148].

Лікування гострого ВВК

Гострий ВВК можна лікувати місцево за допомогою місцевих похідних імідазолу (наприклад, клотримазолу, еконазолу, ізоконазолу, фентиконазолу, міконазолу). Існують вагінальні супозиторії та креми з різним дозуванням, а також пероральні препарати для лікування тривалістю від 1-3 до 6-7 днів [154]. Центри контролю та профілактики захворювань США (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) також рекомендують тіконазол, бутаконазол та терконазол [155].

Альтернативними варіантами лікування для невагітних жінок є пероральні триазолі (тобто флуконазол, ітраконазол, позаконазол, вориконазол, полієні (тобто ністатин) [1, 154, 156] та циклопіроксоламін [157]. Амфотерицин В є полієном, який не випускається у формах для місцевого застосування. Показники успіху лікування є порівнянними для різних стратегій лікування [158] і коливаються від 85% через 1-2 тижні й 75% через 4-6 тижнів [9, 25, 159-161]. Доведено, що місцеве лікування 500 мг клотримазолу у вигляді вагінальних таблеток або 10% вагінального крему так само ефективно, як разове пероральне введення 150 мг флуконазолу [25]. Аналогічно, немає суттєвої різниці у полегшенні симптомів у пацієнтів між різними видами лікування. Було показано, що лікування імідазолом для місцевого застосування під час вагітності було більш ефективним, ніж місцеве лікування ністатином [12]. Якщо ВВК вражає вульву за межами присінку піхви або пахової ділянки, рекомендується застосовувати

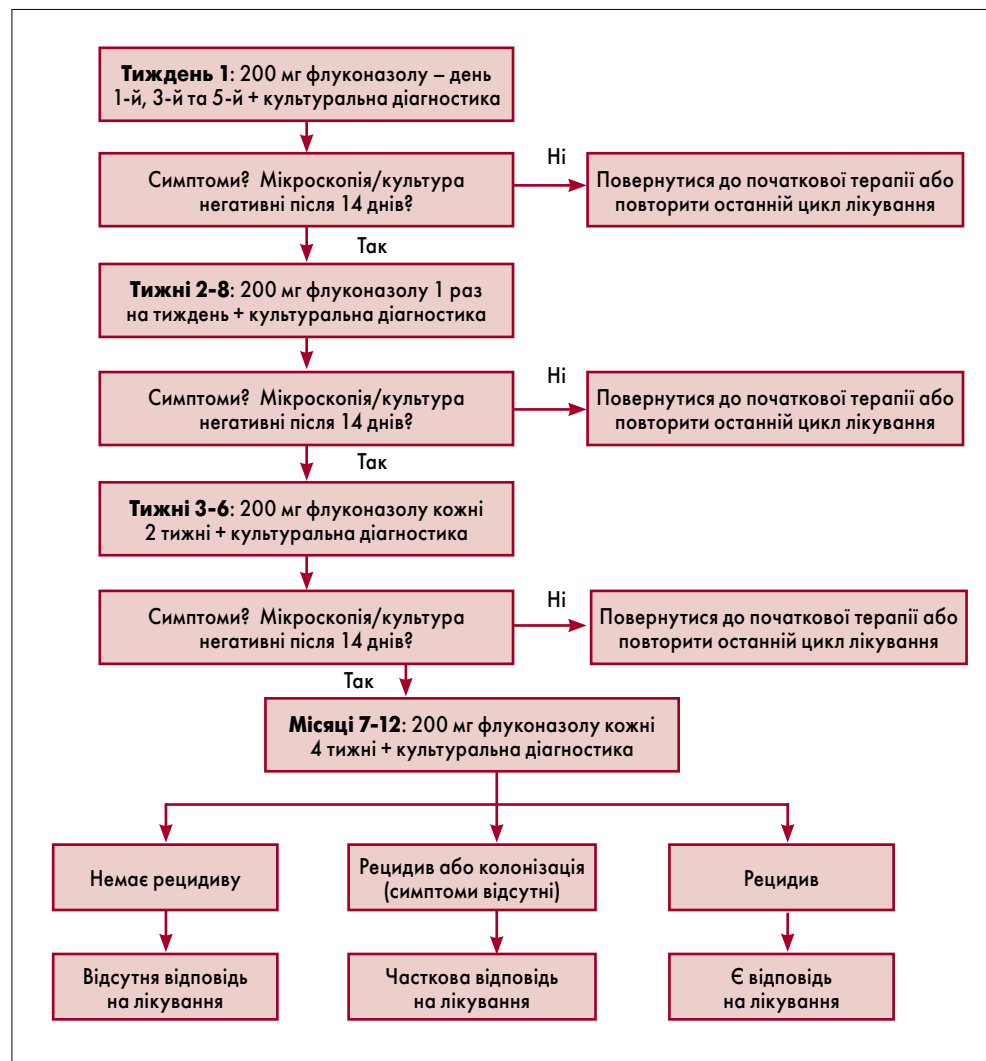


Рис. Підтримуюча терапія флуконазолом у пацієнтів із хронічним рецидивуючим ВВК

протигрибковий крем (наприклад, клотримазол) двічі на день протягом одного тижня (табл. 2).

Крім антимікотиків як варіант лікування можуть бути використані антисептичні засоби, такі як деквалінію хлорид [165, 166]. Октенідин також був випробуваний як альтернативне лікування у випадках гострого ВВК [167, 168].

Лікування хронічного рецидивуючого ВВК

Приблизно у половині пацієнтів із ВВК спостерігається рецидив невдовзі після закінчення початкової терапії [160, 184]. У рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні 387 жінок, які отримували 150 мг флуконазолу щотижня протягом 6 міс, 42,9% пацієнтів, які отримували флуконазол, та 21,9% тих, хто отримував плацебо, одужали через 12 міс [160]. Місцевий ністатин також виявився ефективним у випадках хронічного рецидивуючого ВВК, особливо зумовленого non-albicans видами або грибами, стійкими до флуконазолу [156].

Donders et al. [111, 185] рекомендують початкову дозу 200 мг флуконазолу протягом 3 днів у перший тиждень лікування хронічного рецидивуючого ВВК, а потім підтримуючу схему, доки у пацієнта не зникнуть симптоми захворювання або грибки – 200 мг флуконазолу 1 раз на місяць протягом одного року (рисунки). Майже 90% пацієнтів, які лікувалися за цією схемою, одужали після 6 міс лікування, а 77% – через рік [111, 186]. Терапія флуконазолом зменшує частоту клінічних рецидивів під час лікування у пацієнтів із рецидивуючим ВВК, але зазвичай не гарантує довготривалої ремісії.

Лікування ВВК під час вагітності

У кількох ретроспективних [190, 192-194] та одному проспективному рандомізованому дослідженні [195] повідомлялося про значне зниження частоти передчасних пологів після вагінального лікування клотримазолом при ВВК протягом I триместру вагітності. В австралійському дослідженні жінок із ВВК у I триместрі було виявлено тенденцію до зменшення передчасних пологів після лікування клотримазолом [196].

В іншому випробуванні повідомлялося про збільшення частоти передчасних пологів після повторної безсимптомної колонізації *Candida* на ранніх термінах вагітності [197]. Пероральний прийом 150-300 мг флуконазолу вважався безпечним під час вагітності, хоча він ніколи не був схвалений для застосування у вагітних жінок. Дійсно, прийом флуконазолу ≤ 150 мг можна вважати безпечним із точки зору його ембріопатичного ризику [13]. Однак, згідно з даними великого дослідження датського реєстру, загальна доза 150-6000 мг флуконазолу, введена протягом I триместру вагітності, була пов'язана зі значно підвищеним ризиком розвитку тетради Фалло у плода (відношення шансів 3,16; 95% довірчий інтервал 1,49-6,71) [204]. Ця ж дослідницька група також повідомила про підвищений ризик викидня після перорального прийому флуконазолу на ранніх термінах вагітності [205]. В американському національному дослідженні із профілактики вроджених вад розвитку проаналізували дані 43 257 жінок і виявили значний зв'язок між застосуванням низьких доз флуконазолу протягом I триместру та частотою розщеплення губи й піднебіння у плода та транспозиції великих судин [206]. Хоча є мало клінічних досліджень щодо використання деквалінію хлориду як альтернативного засобу для лікування ВВК під час вагітності, наявні дані свідчать про хорошу переносимість та ефективність цього засобу [165, 166, 168]. Таким чином, деквалінію хлорид можна розглядати як один із терапевтичних варіантів при ВВК під час вагітності.

Через велику поширеність ВВК та ризик резистентності грибкових патогенів вкрай важливим є застосування оптимальних схем діагностики й лікування гострого та хронічного рецидивуючого ВВК. Протигрибкові препарати слід застосовувати з обережністю, адже невиправдана протигрибкова терапія може призвести до виникнення резистентності та появи менш чутливих видів збудників.

Реферативний огляд за матеріалами: Farr A., Effendy I., Tirri B.F. et al. Guideline: Vulvovaginal candidosis (AWMF 015/072, level S2k). Mycoses. 2021;64:583-602. doi: 10.1111/myc.13248.

Підготувала Анастасія Романова

Таблиця 2. Варіанти лікування пацієнтів із гострим ВВК		
Місцеве лікування (від легких до помірних симптомів)		
Клотримазол	Таблетки вагінальні 200 мг 1 раз на добу (3 дні) Таблетки вагінальні 500 мг 1 раз на добу (1 день)	Повторити у разі рецидиву
Еконазол	Супозиторії вагінальні 150 мг двічі на добу (1 день) Супозиторії вагінальні 150 мг 1 раз на добу (3 дні)	
Фентиконазол	Капсули вагінальні 600 мг 1 раз на добу (1 день)	
Ізоконазол	Супозиторії вагінальні 150 мг двічі на добу (1 день) Супозиторії вагінальні 150 мг 1 раз на добу (3 дні) Супозиторії вагінальні 600 мг 1 раз на добу (1 день)	
Альтернативне лікування (тяжкі симптоми)		
Флуконазол	150 мг перорально, одноразово 50 мг перорально 1 раз на добу (7-14 днів) 100 мг перорально 1 раз на добу (14 днів)	Для імунокомпromетованих пацієнтів
Ітраконазол	100 мг перорально 2x2 капсули на добу (1 день) 100 мг перорально 1x2 капсули на добу (3 дні)	
Ністатин	Таблетки вагінальні 100000 ОД (14 днів) Таблетки вагінальні 200000 одиниць (6 днів)	
Циклопіроксоламін	50 мг (аплікатор) 1 раз на добу (6-14 днів)	Через міжнародну аптеку

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді»*



Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України 24 січня 2022 року № 151

Вступ

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» (далі – УКПМД) розроблений на основі клінічної настанови «Гіпертензивні розлади у вагітних» (2021).

Робочу групу для розробки медико-технологічних документів за темою «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» створено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2020 року № 1908 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 13 серпня 2021 року № 1731).

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини УКПМД відповідає вимогам Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

При розробці УКПМД, як і відповідної клінічної настанови, були враховані сучасні положення доказової медицини з урахуванням рекомендацій міжнародних організацій, а саме: NICE, WHO, ACOG, SOGC та ін. Ознайомитися з текстом клінічної настанови можна за посиланням https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi.

Головною метою даного УКПМД є вдосконалення підходів до своєчасної профілактики прееклампсії (ПЕ), визначення факторів ризику розвитку ПЕ та створення ефективних механізмів взаємодії між закладами охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають перинатальну допомогу.

Відповідно до ліцензійних вимог та стандартів акредитації у ЗОЗ має бути наявний внутрішній документ (клінічний маршрут пацієнта), що уніфікує медичну допомогу вагітним із гіпертензивними розладами.

Перелік скорочень, що використовуються у протоколі

АГ	– артеріальна гіпертензія
АГТ	– антигіпертензивна терапія
АлАТ	– аланінамінотрансфераза
АПФ	– ангіотензин-перетворюючий фермент
АСК	– ацетилсаліцилова кислота
АсАТ	– аспаратамінотрансфераза
АТ	– артеріальний тиск
АФП	– альфа-фетопротейн
АФС	– антифосфоліпідний синдром
АЧТЧ	– активований частковий тромбoplastинний час
БРА	– блокатори рецепторів ангіотензину
ВАІТ	– відділення анестезіології та інтенсивної терапії
ВТЕ	– венозна тромбоемболія
ГГ	– гестаційна гіпертензія
ГРВ	– гіпертензивні розлади вагітності
ГТ	– гіпертензія
ДАТ	– діастолічний артеріальний тиск
ДРТ	– допоміжні репродуктивні технології
ЗАК	– загальний аналіз крові
ЗАС	– загальний аналіз сечі
ЗОЗ	– заклад охорони здоров'я
ЗРП	– затримка росту плода
ЕКГ	– електрокардіографія
ІМТ	– індекс маси тіла
ІТ	– інфузійна терапія
КМП	– клінічний маршрут пацієнта

КТ	– комп'ютерна томографія
КТГ	– кардіотокографія
КОТ	– колоїдно-онкотичний тиск
МАУ	– мікроальбумінурія
МНВ	– міжнародне нормалізоване відношення
МС	– магнію сульфат
НАМН	– Національна академія медичних наук України
НК	– Національний класифікатор України
025:2021	
ПЕ	– прееклампсія
ПІТ	– палата інтенсивної терапії
ППК	– післяпологова кровотеча
РДС	– респіраторний дистрес-синдром
САТ	– систолічний артеріальний тиск
СЧВ	– системний червоний вовчак
УЗД	– ультразвукове дослідження
УКПМД	– уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ФОП	– фізичні особи підприємці
ХАГ	– хронічна артеріальна гіпертензія
ЧД	– частота дихання
ЧСС	– частота серцевих скорочень
ШВЛ	– штучна вентиляція легень
АВ-блокада	– атріовентрикулярна блокада
InhA	– інгібіт А
РАІ	– ендотеліальний інгібітор активатора плазміногену
РАРР	– асоційований із вагітністю протеїн А плазми
РІGF	– плацентарний фактор росту
РР-13	– плацентарний протеїн 13
sFlt	– розчинна fms-подібна тирозин-кіназа 1
STV	– оцінка варіабельності серцевого ритму плода за короткі відрізки часу
Форма 096/о	– Форма первинної облікової документації 096/о «Історія вагітності та пологів №___», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Форма 111/о	– Форма первинної облікової документації 111/о «Індивідуальна карта вагітної і породіллі», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)»

I. Паспортна частина

1.1. Діагноз

Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді.

1.2. Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»

Набряк, протеїнурія та гіпертензія під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді (O10-O16):

O10 Раніше існуюча гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період

O11	Прееклампсія, на фоні хронічної гіпертензії
O12	Гестаційний [зумовлений вагітністю] набряк та протеїнурія без гіпертензії
O12.0	Гестаційний набряк
O12.1	Гестаційна протеїнурія
O12.2	Гестаційний набряк з протеїнурією
O13	Гестаційна [зумовлена вагітністю] гіпертензія
O14	Прееклампсія
O14.0	Прееклампсія легкої або середньої тяжкості
O14.1	Тяжка прееклампсія
O14.2	HELLP-синдром
O14.9	Прееклампсія неуточнена
O15	Еклампсія
O15.0	Еклампсія під час вагітності
O15.1	Еклампсія під час пологів
O15.2	Еклампсія в післяпологовому періоді
O15.9	Еклампсія, не уточнена щодо проміжку часу, коли виникла
O16	Неуточнена материнська гіпертензія

1.3. Протокол призначений для:

керівників закладів охорони здоров'я різних форм власності та підпорядкування (ЗОЗ), їх заступників, фізичних осіб-підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду, лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-акушерів-гінекологів, лікарів-анестезіологів, лікарів-трансфузіологів, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнткам із гіпертензивними розладами під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді.

1.4. Мета протоколу

Надання підтримки на основі доказів ефективності медичних втручань для жінок, які планують вагітність й піддаються ризику розвитку ПЕ, мають ГРВ при поточній вагітності, після пологів або мали ГРВ у минулому; поліпшення коротко- та довгострокових материнських, перинатальних та неонатальних результатів і економічної ефективності відповідних заходів під час вагітності, що була ускладнена ГРВ; забезпечення мультидисциплінарної медичної допомоги пацієнткам медичної допомоги.

1.5. Дата складання протоколу: 2021 рік.

1.6. Дата перегляду протоколу: 2025 рік.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу

Артюменко Володимир Вікторович – професор кафедри акушерства і гінекології № 2 Одеського національного медичного університету, д. мед. н., професор

Дубоссарська Юліана Олександрівна – завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету, д. мед. н., професор

Жилка Надія Яківна – професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, експерт Міністерства охорони здоров'я України, д. мед. н.

Жук Світлана Іванівна – завідувач кафедри акушерства, гінекології і медицини плода Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, д. мед. н., професор

Камінський В'ячеслав Володимирович – завідувач кафедри акушерства і гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені

П.Л. Шупика, експерт Міністерства охорони здоров'я України, академік НАМН України, д. мед. н., професор

Коньков Дмитро Геннадійович – професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, д. мед. н.

Медведь Володимир Ісаакович – завідувач відділення внутрішньої патології вагітних ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», експерт Міністерства охорони здоров'я України, член-кореспондент НАМН України, д. мед. н., професор (за згодою)

Посохова Світлана Петрівна – професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету, д. мед. н., професор

Ткаченко Руслан Опанасович – професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, д. мед. н., професор

Федько Руслан Михайлович – завідувач відділення патології вагітних Ужгородського міського пологового будинку (за згодою)

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна – начальник відділу стандартизації медичної допомоги Департаменту оцінки медичних технологій, адміністрування державних реєстрів та моніторингу цін державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»

Шилкіна Олена Олександрівна – заступник начальника відділу стандартизації медичної допомоги Департаменту оцінки медичних технологій, адміністрування державних реєстрів та моніторингу цін державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»

Електронну версію документа можна завантажити з офіційного веб-сайту Міністерства охорони здоров'я (<http://www.moz.gov.ua>) та з Реєстру медико-технологічних документів (<https://www.dec.gov.ua/mtd/home>).

Рецензенти

Венцівський Борис Михайлович – професор кафедри акушерства і гінекології №1 Національного медичного університету імені акад. О.О. Богомольця, член-кореспондент НАМН України, д. мед. н.

Вдовиченко Юрій Петрович – перший проректор Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, член-кореспондент НАМН України, д. мед. н., професор.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Гіпертензивні розлади під час вагітності за даними Європейського кардіологічного товариства є найпоширенішими медичними ускладненнями, які спостерігаються у 5-10% вагітностей у всьому світі. Вони залишаються основною причиною захворюваності та смертності матерів, плодів та новонароджених. Ризики для матері включають передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, інсульт, поліорганну недостатність та синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові. Плід має високий ризик затримки внутрішньоутробного росту (25% випадків прееклампсії), недоношеності (27% випадків прееклампсії) та внутрішньоутробної смерті (4% випадків прееклампсії).

За даними статистично-аналітичного довідника «Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2020 рік», опублікованого Державним закладом «Центр медичної статистики МОЗ України», згідно даних жіночих консультацій зареєстровано 17 592 випадки вагітностей, ускладнених набряками, протейніурією та гіпертензивними розладами, що склало 6,4 на 100 вагітностей, у тому числі 5867 випадків прееклампсії, екклампсії, що склало 2,13 на 100 вагітностей, із них 701 випадок тяжких форм прееклампсії та екклампсії, що склало 0,25 на 100 вагітностей. Однак, за даними акушерських стаціонарів, кількість випадків ГВР була значно вищою, у 2020 р. зареєстровано 21 004 випадки пологів, ускладнених набряками, протейніурією та гіпертензивними розладами, що склало 74,57 на 1000 пологів, у тому числі 11 075 випадків прееклампсії, екклампсії, що склало 39,32 на 1000 пологів, із них 1573 випадки тяжких форм прееклампсії та екклампсії, що склало 5,58 на 1000 пологів.

II. Загальна частина

Гіпертензія під час вагітності визначається, коли САТ >140 мм рт. ст. та ДАТ >90 мм рт. ст. при двократному вимірюванні

з інтервалом більш ніж 4 години АБО САТ >160 мм рт. ст. та ДАТ >110 мм рт. ст., при однократному вимірюванні. Гіпертензія під час вагітності зустрічається у жінок із раніше існуючою первинною або вторинною хронічною артеріальною гіпертензією, а також у вагітних жінок, які мають маніфестацію гіпертензії у другій половині гестації. У даному УКПМД використовується наступна термінологія.

Хронічна артеріальна гіпертензія (ХАГ) – артеріальна гіпертензія, яка виникла до вагітності, або до 20 тижнів вагітності, або якщо жінка вже приймає антигіпертензивні препарати. ХАГ може бути первинною або вторинною за етіологічним чинником. Гіпертензія зберігається після 6 тижнів (42 доби післяпологового періоду).

Гестаційна гіпертензія (ГТ) – артеріальна гіпертензія, яка виникла після 20 тижнів вагітності без патологічної протейніурії чи інших органних порушень, АТ нормалізується протягом 6 тижнів післяпологового періоду. Гестаційна гіпертензія може перейти у прееклампсію, тому вимагає відповідного моніторування.

Поєднана прееклампсія – артеріальна гіпертензія, яка виникла до вагітності або до 20 тижнів вагітності + протейніурія АБО прогресування гіпертензії на >30/15 мм рт. ст. при тому самому об'ємі медикаментозного лікування у другій половині вагітності АБО органні порушення.

Рання прееклампсія – прееклампсія, що розвинулась до 34 тижнів вагітності.

Пізня прееклампсія – прееклампсія, що розвинулась після 34 тижнів вагітності.

Помірна прееклампсія – це полісистемний синдром, що проявляється після 20 тижнів вагітності підвищенням АТ у межах 140-159/90-109 мм рт. ст. та протейніурією.

Тяжка прееклампсія визначається як тяжка гіпертензія сАТ >160 або дАТ >110 мм рт. ст.) + протейніурія АБО гіпертензія будь-якого ступеня + один чи більше з наступних симптомів:

- сильний головний біль;
- порушення зору;
- набряк диска зорового нерва;
- біль в епігастральній ділянці, нудота, блювання;
- біль у правому підберіж'ї або болючість при пальпації печінки;
- підвищені сухожилкові рефлексії;
- генералізовані набряки;
- олігоурія (діурез <0,5 мл/кг/год);
- кількість тромбоцитів нижче 100x10⁹/л;
- підвищення рівня трансаміназ (АсАТ та/або АлАТ >70 МО/л);
- затримка росту плода.

Еклампсія – один або більше судомних нападів у хворої із прееклампсією. HELLP-синдром – гемоліз еритроцитів, підвищення активності печінкових ферментів та тромбоцитопенія.

Протейніурія є проявом порушення функції нирок, при якому визначається >300 мг білка в добовій порції сечі, або білок >0,3 г/л у разовій порції двічі, або співвідношення у сечі протейн (мг) : креатинін (ммоль) >30.

Набряки. Діагностично значущими є генералізовані набряки або такі, що виникли раптово. Помірні набряки спостерігаються у 50-80% вагітних із фізіологічним перебігом вагітності. Прееклампсія, що перебігає без набряків, визнана небезпечною для матері та плода, ніж прееклампсія з набряками.

III. Основна частина

3.1. Первинна медична допомога

1. Профілактика

Обґрунтування

Доведено, що АГ, куріння, надлишкова маса тіла, недостатня фізична активність мають негативний вплив на розвиток несприятливих перинатальних подій та піддаються корекції за допомогою фармакотерапії та модифікації способу життя.

Необхідні дії

Обов'язкові

Вагітним жінкам у доступній формі пояснити сутність проблем, пов'язаних із розвитком гіпертензивних розладів під час вагітності.

Надати рекомендації щодо дотримання здорового способу життя, відмови від куріння.

Жінку з групи ризику виникнення ПЕ (див. пункт 4.1 Розділу IV) впродовж 7-10 днів після діагностики вагітності направляють на загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі (якісний тест на протейніурію).

Рекомендувати вагітній із групи ризику проводити контроль АТ щонайменше 2 рази на добу із фіксацією результату у щоденнику (див. додаток 6).

Вагітним жінкам із ризиком розвитку ПЕ призначають препарати ацетилсаліцилової кислоти (АСК) та кальцію (див. пункт 4.2 Розділу IV). При призначенні АСК збільшують дозу фолієвої кислоти до 800 мкг на добу.

Бажані

Розповсюдження інформації серед пацієнок у друкованому вигляді щодо проблем, пов'язаних із гіпертензивними розладами під час вагітності.

Заохочення всіх пацієнок до щоденних фізичних навантажень (фітнес вагітних, йога, аквааеробіка тощо) впродовж 15-20 хвилин щодня за умови задовільного самопочуття.

2. Діагностика

Обґрунтування

Доведено, що рання діагностика ГРВ, узгоджені дії лікарів та профілактична терапія на доклінічному етапі позитивно впливають на перинатальні наслідки.

Необхідні дії

Обов'язкові

Оцінка наявності у пацієнтки факторів ризику (див. пункт 4.1 Розділу IV).

Проведення фізикального обстеження та огляд пацієнтки.

Направлення пацієнтки на обстеження відповідно до терміну вагітності та наявних факторів ризику.

Лабораторні обстеження: ЗАК (визначення кількості тромбоцитів), рівня сироваткової концентрації креатиніну, трансаміназ, глюкози, протейніурії.

Інструментальні обстеження: фетометрія, КТГ.

Моніторинг АТ в амбулаторних або домашніх умовах.

Стратифікація ризику для оцінки прогнозу у пацієнтки до групи ризику ГРВ подальше ведення здійснюється у ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, тобто вагітна переходить під спостереження лікаря акушера-гінеколога.

Бажані

Розповсюдження інформації серед пацієнок у друкованому вигляді щодо проблем, пов'язаних із гіпертензивними розладами під час вагітності.

3.2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога

1. Профілактика

Обґрунтування

Доведено, що АГ, куріння, надлишкова маса тіла, недостатня фізична активність мають негативний вплив на розвиток несприятливих перинатальних подій та піддаються корекції за допомогою фармакотерапії та модифікації способу життя.

Необхідні дії

Обов'язкові

Оцінка ефективності профілактичних заходів, проведених у закладах, що надають первинну медичну допомогу; за необхідності – проведення корекції.

Обстеження з метою уточнення загального ризику розвитку можливих перинатальних та неонатальних ускладнень.

Надання рекомендацій щодо корекції факторів ризику, необхідності дотримання засад здорового способу життя.

За відсутності протипоказань вагітним жінкам із ризиком розвитку ПЕ рекомендують прийом АСК та кальцію (див. пункт 4.2 Розділу IV). При призначенні АСК збільшують дозу фолієвої кислоти до 800 мкг на добу.

Бажані

Розповсюдження інформації серед пацієнок у друкованому вигляді щодо проблем, пов'язаних із гіпертензивними розладами під час вагітності.

Надання пацієнткам із депресивними/тривожними розладами консультативної допомоги психолога/психотерапевта, призначення медикаментозної корекції за наявності показань.

2. Діагностика

Обґрунтування

Результати обстеження дозволяють уточнити діагноз, виявити перинатальні наслідки (тромбоцитопенія, ЗРП, ураження нирок, гематологічні ураження, ураження печінки, неврологічні ураження), коморбідну соматичну патологію та визначити тактику подальшого ведення.

Необхідні дії

Обов'язкові

Оцінка результатів діагностичних заходів, проведених у закладах первинної медичної допомоги.

Продовження на стор. 30.

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді»

Продовження. Початок на стор. 28.

Вимірювання АТ на обох руках (у положеннях сидячи та лежачи), аускультация серця, легень, оцінка неврологічного статусу.

Лабораторні обстеження:

- ЗАК (гемоглобін, тромбоцити);
- ЗАС;
- рівень глікемії, креатиніну, АлАТ, АсАТ, білірубину.

Інструментальні обстеження:

- ультразвукова фетометрія, визначення кількості навколоплідних вод, доплерометрія артерій пуповини;
- КТГ за критеріями Доуза – Редмана;
- реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях.

Консультацію спеціалістів та додаткові обстеження проводять за показаннями залежно від проявів ускладнень ГРВ, наявних факторів ризику та супутніх захворювань.

За неможливості проведення обстежень та консультацій спеціалістів, необхідних для уточнення діагнозу, а також у разі тяжкої ПЕ направити до закладу, який надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Бажані

КТГ із визначенням варіабельності серцевого ритму плода за короткі відрізки часу (STV).

3. Лікування

Доведено, що своєчасне призначення адекватної немедикаментозної і медикаментозної терапії у пацієнток із ГРВ сповільнює прогресування захворювання, зменшує частоту розвитку тяжкої ПЕ, перинатальних та неонатальних ускладнень, знижує материнську смертність.

Необхідні дії

Обов'язкові

Надання консультативного висновку лікаря-спеціаліста (терапевт/кардіолог), який містить рекомендації щодо заходів медикаментозної корекції, способу застосування лікарських засобів та подальшого ведення лікарем закладу, що надає медичну допомогу.

Надання вагітним жінкам у доступній формі інформації щодо стану їхнього здоров'я, подальшого перебігу захворювання та алгоритму лікувально-діагностичних заходів, які будуть проводитись.

Для лікування ХАГ, ГГ, ПЕ (див. пункти 4.3-4.5 Розділу IV) використовують антигіпертензивні препарати I ряду з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку ускладнень (метилдофа, дигідропіридиноні антагоністи кальцієвих каналів, бета-адреноблокатори) та їх комбінації. За неможливості нормалізації АТ за допомогою препаратів I ряду додатково призначають препарати II ряду (урапідил). За резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або гліцеролу тринітрату (нітрогліцерин). У жінок із тяжкою ПЕ рекомендовано проведення профілактичної протисудомної терапії магнію сульфатом. Регулярне лікарське спостереження проводиться до стійкого досягнення цільового рівня АТ.

Медикаментозне лікування супутніх захворювань (хвороби серцево-судинної системи, цукровий діабет, ниркова патологія та ін.) проводять відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

При недосягненні цільового АТ (при ХАГ – 130/150/80-100 мм рт. ст.; при ГГ, помірній ПЕ – 120/140/80-90 мм рт. ст., тяжкій ПЕ – 130/150/80-95 мм рт. ст.) слід:

- упевнитись, що пацієнтка виконує рекомендації щодо прийому препаратів;
- провести моніторинг АТ;
- провести корекцію терапії.

Метод та термін розродження залежить від діагнозу та рівня АТ (див. пункти 4.3-4.5 Розділу IV).

Скерування у разі необхідності пацієнтки до закладів, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, з метою додаткового обстеження та проведення лікування.

Повідомити жінкам, що тривалість їх антигіпертензивного лікування після пологів зазвичай має бути подібною до тривалості лікування до пологів (але може бути

й більшою). Після пологів у жінок із гіпертензією цільовий показник АТ становить <140/90 мм рт. ст.

Якщо жінка приймала метилдофу для лікування гіпертензії під час вагітності, слід припинити її прийом протягом 2 днів після пологів і перейти на альтернативне антигіпертензивне лікування (каптоприл або еналаприл) до закінчення грудного вигодовування.

Рекомендувати медичний мультидисциплінарний огляд у післяпологовому періоді (6-8 тижнів після пологів).

Надати інформацію про безпечність лікарських засобів під час грудного вигодовування.

Допомога при тяжкій ПЕ та розвитку еклампсії, HELLP-синдрому здійснюється відповідно до пунктів 4.6- 4.8 Розділу IV.

Бажані

Порадити жінкам, які перенесли преєклампсію, заходи для досягнення та підтримання ІМТ у межах здорового діапазону (18,5-24,9 кг/м) до наступної вагітності.

У жінок, які перенесли преєклампсію або гестаційну гіпертензію з передчасними пологами до 34 тижнів, розглянути можливість консультивання до наступної вагітності, щоб обговорити можливі ризики повторних гіпертензивних розладів та способи їх профілактики.

При виписці зі стаціонару після пологів жінки, яка перенесла ГРВ, необхідно скласти план її ведення для продовження спостереження лікарем загальної практики – сімейної медицини.

Залучення пацієнтки до участі у профілактичних заходах, школі грудного вигодовування, програмі відмови від куріння, програмі психологічної та фізичної реабілітації тощо.

3.3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога

1. Профілактика

Обґрунтування

Доведено, що коморбідні соматичні захворювання, надлишкова маса тіла, недостатня фізична активність, мають негативний вплив на розвиток несприятливих перинатальних подій та піддаються корекції за допомогою призначення фармакотерапії та зміни способу життя.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові

Оцінка ефективності профілактичних заходів, проведених у закладах первинної та вторинної медичної допомоги, за необхідності – проведення корекції.

Призначення необхідних обстежень для уточнення загального ризику розвитку можливих перинатальних ускладнень.

Надання рекомендацій щодо корекції факторів ризику, необхідності дотримання засад здорового способу життя.

За відсутності протипоказань вагітним жінкам із ризиком розвитку ПЕ рекомендують прийом АСК та кальцію (див. пункт 4.2 Розділу IV). При призначенні АСК збільшують дозу фолієвої кислоти до 800 мкг на добу.

Бажані

Розповсюдження інформації серед пацієнток у друкованому вигляді щодо проблем, пов'язаних із гіпертензивними розладами під час вагітності.

Надання пацієнткам із депресивними/тривожними розладами консультативної допомоги психолога/психотерапевта, призначення медикаментозної корекції за наявності показань.

2. Діагностика

Обґрунтування

Результати обстеження дозволяють уточнити діагноз, виявити перинатальні наслідки (тромбоцитопенія, ЗРП, ураження нирок, гематологічні ураження, ураження печінки, неврологічні ураження), коморбідну соматичну патологію та визначити тактику подальшого ведення пацієнтки, призначити оптимальну антигіпертензивну терапію.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові

Оцінка результатів діагностичних заходів, здійснених у закладах первинної та вторинної медичної допомоги.

Вимірювання АТ на обох руках (сидячи та лежачи), аускультация серця, легень, оцінка неврологічного статусу.

Лабораторні обстеження:

- ЗАК (гемоглобін, тромбоцити);
- ЗАС, доповнений визначенням співвідношення «протеїн : креатинін»; рівень глікемії, креатиніну; коагулограма (МНВ, фібрिनоген, АЧТЧ);
- глікемічний профіль, визначення рівня глікозильованого гемоглобіну (за показаннями).

Інструментальні обстеження:

- ультразвукова фетометрія, визначення кількості навколоплідних вод, доплерометрія артерій пуповини;
- КТГ за критеріями Доуза – Редмана;
- реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях;
- УЗД нирок (за показаннями); сатурація кисню (за показаннями);
- КТ головного мозку (за показаннями).

Консультацію спеціалістів та додаткові обстеження проводять за показаннями залежно від проявів ускладнень ГРВ, наявних факторів ризику та супутніх захворювань.

Бажані

КТГ із визначенням варіабельності серцевого ритму плода за короткі відрізки часу STV).

Доплерометрія венозної протоки та середньої мозкової артерії плода (за показаннями).

3. Лікування

Обґрунтування

Доведено, що своєчасне призначення адекватної немедикаментозної і медикаментозної терапії у пацієнток із ГРВ сповільнює прогресування захворювання, зменшує частоту тяжкої ПЕ, перинатальних та неонатальних ускладнень, знижує материнську смертність.

Необхідні дії

Обов'язкові

Надання консультативного висновку лікаря-спеціаліста (терапевт/кардіолог, акушер-гінеколог), який містить рекомендації щодо заходів медикаментозної корекції, способу застосування лікарських засобів та подальшого ведення лікарем закладу, що надає медичну допомогу.

Надання у доступній формі інформації щодо стану здоров'я, подальшого перебігу захворювання та алгоритму лікувально-діагностичних заходів, які будуть проводитись.

Для лікування ХАГ, ГГ, ПЕ (див. пункти 4.3-4.5 Розділу IV) використовують антигіпертензивні препарати I ряду з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку ускладнень (метилдофа, дигідропіридиноні антагоністи кальцієвих каналів, бета-адреноблокатори) та їх комбінації. За неможливості нормалізації АТ за допомогою препаратів I ряду додатково призначають препарати II ряду (урапідил). За резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або гліцеролу тринітрату (нітрогліцерин). У жінок із тяжкою ПЕ рекомендовано проведення профілактичної протисудомної терапії магнію сульфатом. Регулярне лікарське спостереження проводиться до стійкого досягнення цільового рівня АТ.

Медикаментозне лікування супутніх захворювань (хвороби серцево-судинної системи, цукровий діабет, ниркова патологія та ін.) проводять відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

При недосягненні цільового АТ (при ХАГ – 130/150/80-100 мм рт. ст.; при ГГ та помірній ПЕ – 120/140/80-90 мм рт. ст.), помірній ПЕ – 120/140/8090 мм рт. ст., тяжкій ПЕ – 130/150/80-95 мм рт. ст.) слід:

- упевнитись, що пацієнтка виконує рекомендації щодо прийому препаратів;
- провести моніторинг АТ;
- провести корекцію терапії.

Розродження жінки проводити залежно від діагнозу та рівня АТ (див. пункти 4.3-4.5 Розділу IV).

Допомога при тяжкій ПЕ та розвитку еклампсії, HELLP-синдрому здійснюється відповідно до пунктів 4.6-4.8 Розділу IV.

Повідомити жінкам, що тривалість їх антигіпертензивного лікування після пологів зазвичай має бути подібною до тривалості лікування до пологів (але може бути й більшою). Після пологів у жінок із гіпертензією цільовий показник АТ становить <140/90 мм рт. ст.

Якщо жінка приймала метилдофу для лікування гіпертензії під час вагітності, слід припинити її прийом протягом 2 днів після пологів і перейти на альтернативне антигіпертензивне лікування (каптоприл або еналаприл) до закінчення грудного вигодовування.

Породіллі з нетяжкою гестаційною гіпертензією, які не отримують антигіпертензивні препарати, та із ХАГ можуть бути виписані з лікарні на 3-тю добу після пологів.

Породіллі з тяжкою гестаційною гіпертензією, які продовжують отримувати антигіпертензивні препарати, мають перебувати у лікарні до 4-го дня.

Породіллі після прееклампсії можуть бути виписані з лікарні за відсутності клінічних та лабораторних ознак ПЕ та при досягненні цільового АТ <150/100 мм рт. ст. на фоні прийому або без прийому АГТ.

Рекомендувати медичний мультидисциплінарний огляд у післяпологовому періоді (6-8 тижнів після пологів).

Надати інформацію про безпечність лікарських засобів під час грудного вигодовування.

Бажані

Порадити жінкам, які перенесли прееклампсію, заходи для досягнення та підтримання ІМТ у межах здорового діапазону (18,5-24,9 кг/м) до наступної вагітності.

У жінок, які перенесли прееклампсію або гестаційну гіпертензію з передчасними пологами до 34 тижнів, розглянути можливість консультування до наступної вагітності, щоб обговорити можливі ризики повторних гіпертензивних розладів та способи їх профілактики.

При виписці зі стаціонару після пологів жінки, яка перенесла ГРВ, скласти план її ведення для продовження спостереження лікарем загальної практики – сімейної медицини.

Залучення пацієнтки до участі у профілактичних заходах, школі грудного вигодовування, програми відмови від куріння, програми психологічної та фізичної реабілітації тощо.

IV. Опис етапів медичної допомоги

4.1. Фактори ризику розвитку гіпертензивних розладів вагітності

До групи ризику виникнення ГРВ належать жінки, які мають щонайменше один фактор високого ризику з перерахованих нижче:

- цукровий діабет 1 або 2 типу;
- хронічна гіпертензія;
- гіпертензивні розлади під час попередньої(их) вагітності(ей);
- хронічна хвороба нирок;
- аутоімунні захворювання (СЧВ, АФС);
- багатоплідна вагітність;
- або два фактори помірного ризику з наступних:
 - перша вагітність;
 - вік вагітної жінки 40 років та старше;
 - інтервал між вагітностями більше 10 років;
 - індекс маси тіла (ІМТ) 35 кг/м² або більше при першому зверненні до жіночої консультації;
 - сімейна історія прееклампсії.

4.2. Профілактика розвитку прееклампсії

Вагітним із групи ризику слід поради приймати 100-150 мг на добу ацетилсаліцилової кислоти (АСК) щодня з 12 тижнів до 36 тижнів вагітності ввечері (при призначенні АСК збільшують дозу фолієвої кислоти до 800 мкг на добу) та 1,5-2 г кальцію (1 г елементарного кальцію міститься у 2,5 г карбонату кальцію або 4 г цитрату кальцію) із 16 тижнів вагітності (під час прийому їжі).

4.3. Клінічний супровід вагітних жінок із хронічною артеріальною гіпертензією (ХАГ)

1. Консультація до вагітності

Прийом інгібіторів АПФ та блокаторів рецепторів ангіотензину (БРА) слід припинити при плануванні вагітності або відразу після встановлення діагнозу «вагітність». Жінкам, які приймають інгібітори АПФ або БРА, необхідно повідомити, що є підвищений ризик вроджених вад, якщо приймати вказані препарати під час вагітності.

2. Допологовий нагляд вагітних із ХАГ

Вагітні жінки із ХАГ мають бути оцінені на предмет протеїнурії.

Значуща протеїнурія визначається при рівні протеїну >0,3 г/добу у повній порції сечі за 24 год або 0,3 г/л двічі через 6 годин.

Визначення співвідношення «протеїн : креатинін» для кількісної оцінки рівня протеїнурії у вагітних (за 24 год >30 мг/ммоль) рекомендується, коли є підозра на розвиток прееклампсії.

Питання щодо пролонгування вагітності при ХАГ вирішується спільно лікарем акушером-гінекологом та лікарем-терапевтом (лікарем-кардіологом) з урахуванням даних обстеження та інформації про перебіг АГ.

3. Антигіпертензивна терапія (АГТ)

Припинити застосування інгібіторів АПФ та БРА протягом 2 діб з моменту діагностики вагітності.

Початкова терапія проводиться одним із доступних антигіпертензивних препаратів: метилдофа,

бета-адреноблокатори або ніфедипін. При гіпертонічному кризі перевага віддається урапідилу. При резистентній гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерилу тринітрату (нітрогліцерин).

При проведенні антигіпертензивної терапії слід запобігати надмірному зниженню АТ (не більше ніж 25% від максимальних показників).

У вагітних жінок із неускладненою ХАГ цільовий рівень АТ має бути 130-150/80-100 мм рт. ст. Жінкам з ураженням органів-мішеней необхідно пропонувати лікування, що буде підтримувати АТ <140/90 мм рт. ст.

4. Спостереження за станом плода

У 28, 32 та 36 тижнів проводять: ультразвукову фетометрію, визначають амніотичний індекс + доплерометрію артерій пуповини.

Кардіотокографію слід проводити лише за клінічними показаннями.

При порушенні стану плода подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум.

У жінок із ХАГ із метою нейропротекції плода у терміні <31 тижнів +6 діб вводиться магнію сульфат, якщо пологи мають відбутися протягом найближчих 24 годин.

5. Термін розродження

Вагітні із тяжкою ХАГ повинні народжувати лише у закладах, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Жінкам із ХАГ, у яких АТ <160/110 мм рт. ст., з або без антигіпертензивного лікування, не рекомендовано розродження до 37 тижнів вагітності. У вагітних жінок із неускладненою ХАГ оптимальний термін розродження має бути від 38 + 0 до 39 + 6 тижнів вагітності.

За необхідності дострокового розродження (<34 тижнів) рекомендовано провести курс глюкокортикоїдів для профілактики РДС-синдрому плода відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

6. Спостереження у пологах

АТ 140/90-159/109 мм рт. ст.

Продовжити допологову АГТ. АТ слід вимірювати щогодини.

Якщо АТ є стабільним, зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів.

Доцільно проведення епідуральної аналгезії.

АТ >160/110 мм рт. ст.

Продовжити допологову АГТ. Додатково призначити урапідил внутрішньовенно.

АТ слід вимірювати кожні 15 хвилин до стабілізації стану, а потім кожні 30 хвилин у початковій фазі клінічної оцінки.

Якщо АТ контролюється в межах цільового діапазону (140-159/90-109 мм рт. ст.), зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів.

Обов'язкове проведення епідуральної аналгезії.

Якщо АТ не коригується АГТ, вирішити питання про оперативне розродження.

7. Післяпологовий нагляд

Контроль АТ у жінок із хронічною гіпертензією після пологів:

- щодня протягом перших 2 днів після пологів;
- щонайменше один раз між 3-ю та 5-ю добами після пологів;
- за клінічними показаннями, якщо гіпотензивну терапію змінюють після пологів.

У жінок із хронічною гіпертензією після пологів АТ необхідно підтримувати на рівні <140/90 мм рт. ст.

Продовжити лікування антигіпертензивними препаратами, що були призначені до пологів, окрім метилдофи. Припиняють призначення вказаного препарату протягом 2 діб після пологів та призначають каптоприл або еналаприл до закінчення грудного вигодовування. Далі лікування проводять відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я з лікування АГ.

4.3. Клінічний супровід вагітних жінок із гестаційною гіпертензією

1. Допологовий нагляд вагітних із ГГ

Жінки із ГГ мають бути оцінені на предмет протеїнурії. Значуща протеїнурія визначається при рівні протеїну >0,3 г/добу у повній порції сечі за 24 год або 0,3 г/л.

Визначення співвідношення «протеїн : креатинін» для кількісної оцінки рівня протеїнурії у вагітних (за 24 год >30 мг/ммоль) рекомендується, коли є підозра на розвиток прееклампсії.

АТ слід вимірювати 2 рази на тиждень.

Тест на протеїнурію при кожному відвідуванні.

Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), трансамінази, білірубін (при АТ 150/100-159/109 мм рт. ст.).

Не проводити додаткових аналізів крові, якщо немає подальшої протеїнурії.

Госпіталізація при АТ >160/110 мм рт. ст.

2. Антигіпертензивна терапія

Початкова терапія може розпочинатись одним з антигіпертензивних препаратів: метилдофа, бета-адреноблокатори, ніфедипін. Друга лінія антигіпертензивних препаратів – урапідил.

За резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерилу тринітрату (нітрогліцерин).

Цільовий рівень АТ має бути 120-140/80-90 мм рт. ст.

3. Спостереження за станом плода

Ультразвукова фетометрія, амніотичний індекс + доплерометрія артерій пуповини (за показаннями – веннозної протоки, середньої мозкової артерії), якщо планується консервативна тактика, повторювати кожні 2-4 тижні, якщо є клінічні показання (тяжка ГГ кожні 2 тижня).

Кардіотокографія.

У жінок із гестаційною гіпертензією кардіотокографію слід проводити лише за клінічними показаннями, якщо жінка із тяжкою ГГ повідомила про зміну кількості рухів плода; вагінальну кровотечу; абдомінальний біль; погіршення стану. Не повторювати більше ніж раз на тиждень, якщо результати моніторингу плода нормальні.

При порушенні стану плода подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум.

У жінок із гестаційною гіпертензією МС може бути введений із метою нейропротекції плода у терміні <31 тижнів + 6 діб, якщо пологи мають відбутися протягом найближчих 24 годин.

4. Термін розродження

Вагітні із тяжкою ГГ повинні народжувати лише у закладах, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Бажаний термін розродження – після 37 тижнів.

Спосіб розродження – відповідно до акушерської ситуації.

За необхідності дострокового розродження (<34 тижнів) рекомендовано провести курс глюкокортикоїдів для профілактики РДС-синдрому плода відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

5. Спостереження у пологах

Продовжити допологову АГТ.

АТ слід вимірювати кожні 15 хвилин до стабілізації стану, а потім кожні 30 хвилин у початковій фазі клінічної оцінки.

Якщо АТ контролюється в межах цільових діапазонів, зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів.

Якщо АТ не коригується АГТ, вирішити питання про оперативне розродження.

6. Післяпологовий нагляд

Контроль АТ у жінок із ГГ після пологів:

- щодня протягом перших 2 днів після пологів;
- щонайменше один раз між 3-ю та 5-ю добами після пологів;
- за клінічними показаннями, якщо гіпотензивну терапію змінюють після пологів.

Після пологів АТ необхідно підтримувати на рівні <140/90 мм рт. ст.

Продовжити АГТ, що була призначена до пологів.

Якщо не було допологової АГТ, ропочати гіпотензивну терапію при АТ >140/90 мм рт. ст.

Якщо жінка приймала метилдофу для лікування ГГ, припиняють призначення вказаного препарату протягом 2 діб після пологів та призначають каптоприл або еналаприл за необхідності, контроль АТ до 42 діб.

Якщо АТ знижується до <140/90 мм рт. ст., розглянути можливість подальшого скасування гіпотензивної терапії.

4.3. Клінічний супровід пацієнок із прееклампсією

1. Допологовий нагляд вагітних із ПЕ

Помірна прееклампсія (АТ 140-159/90-109 мм рт. ст., протеїнурія 0,3-3 г/добу)

Госпіталізація.

Критерії початку АГТ: АТ >150/100 мм рт. ст., за наявності додаткових ознак тяжкості ПЕ – початок гіпотензивної терапії при АТ >140/90 мм рт. ст.

Початкова терапія може розпочинатися з одного з препаратів АГТ: метилдофа, бета-адреноблокатор або ніфедипін.

Цільовий рівень АТ: САТ 130-150 мм рт. ст., ДАТ 80-95 мм рт. ст.

Недоцільно різке зниження АТ (не більш ніж 25% від максимальних показників).

Продовження на стор. 32.

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді»

Продовження. Початок на стор. 28.

АТ слід вимірювати 4 рази на добу.

Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), трансамінази, білірубін (2-3 рази на тиждень) (див. додаток 4).

Тяжка прееклампсія (АТ >160/110 мм рт. ст., протеїнурія >3 г/добу) АБО будь яка гіпертензія, що супроводжується одним або декількома з наступних ознак:

- серцева недостатність, набряк легень;
- гіперрефлексія, постійний головний біль, погіршення зору (розмитість або мерехтіння перед очима);
- сироватковий показник креатиніну >90 мкмоль/л, олігурия <0,5 мл/кг/год, протеїнурія >0,3 г/добу або 0,3 г/л двічі через 6 год;
- тромбоцитопенія <100x10⁹/л;
- гемоліз: шизоцити або фрагменти еритроцитів,
- ↑ непрямого білірубіну,
- ↑ лактатдегідрогенази >600 мМО/л, порушення гемостазу;
- ↑ трансаміназ у сироватці крові вдвічі чи більше, блювання, гострий біль у епігастрії та/або у правому верхньому квадранті;
- ЗРП.

Госпіталізація до ВРІТ закладу, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Розпочати протисудомну терапію (магнію сульфат).

Початкова антигіпертензивна терапія на госпітальному етапі має починатися з ніфедипіну (у краплях або таблетках, які слід розжовувати), урапідилу парентерально або бета-адреноблокаторів парентерально. При високому АТ перевага надається урапідилу. За наявності резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерилу тринітрату (нітрогліцерин).

Цільовий рівень АТ має бути не нижче 150/100 мм рт. ст.

АТ слід вимірювати щонайменше 4 рази на добу або залежно від клінічної ситуації.

Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), коагулограма, трансамінази, білірубін (щодня) (див. додаток 4).

2. Протисудомна терапія

Початкова доза:

16 мл 25% розчину (4 г) магнію сульфат + 34 мл 0,9% розчину хлориду натрію ввести протягом 10-15 хвилин внутрішньовенно повільно (бажано з використанням перфузора – шприцевого насоса).

Підтримувальна доза:

Варіант 1: за допомогою перфузора 50 мл 25% розчину магнію сульфату вводять із швидкістю 4 мл (1 г)/год;

Варіант 2: введення магнію сульфату внутрішньовенно крапельно (розчин готують таким чином: 30 мл 25% розчину 7,5 г магнію сульфату вводять у флакон, що містить 220 мл 0,9% розчину хлориду натрію; отриманий 3,33% розчин магнію сульфату необхідно вводити через допоміжну лінію крапельниці паралельно інфузійній терапії). Швидкість введення розчину підбирають згідно зі станом вагітної – від 1 г/год (10-11 крапель) до 2 г/год (22 краплі/хв).

3. Спостереження за станом плода

При виборі консервативного лікування ПЕ рекомендується проведення наступних тестів: ультразвукова фетометрія та оцінка амніотичного індексу; доплерометрія кровотоку в артеріях пуповини (у закладах, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, додатково проводять доплерометрію кровотоку у венозній протоці та середній мозковій артерії).

Рекомендовано щоденне проведення КТГ.

У жінок із ПЕ кардіотокографію слід повторити за клінічними показаннями: жінка повідомляє про зміну рухів плода; вагінальна кровотеча; біль у животі; погіршення загального стану матері.

При порушенні стану плода подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум.

Допологове призначення глюкокортикостероїдів у жінок із ПЕ при терміні вагітності <34 тижнів для профілактики РДС-синдрому плода відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

4. Термін та метод розродження при ПЕ

У жінок із помірно прееклампсією у терміні гестації 22+0 – 33+6 тижнів рекомендовано обрати вичікувальну тактику, проте лише у медичних закладах, які здатні

надати висококваліфіковану медичну допомогу передчасно народженій дитині та забезпечити постійний моніторинг жінки в умовах ВАІТ.

При тяжкій ПЕ необхідно вирішити питання про положу після стабілізації гемодинамічного стану матері, після проведення профілактики РДС плода та транспортування вагітної жінки до закладу, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (за можливості).

34+0 – 36+6 тижнів: при тяжкій ПЕ показано розродження до 48 год – у закладі, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, після стабілізації стану вагітної; при помірній ПЕ при стабільному стані плода – консервативна тактика.

Розродження жінок із помірно ПЕ після 37 тижнів – упродовж 24-48 год, після стабілізації гемодинаміки, при забезпеченні цілодобової доступності екстреної допомоги та адекватного моніторингу за станом матері й плода.

Розродження жінок із тяжкою ПЕ після 37 тижнів – лише у закладі, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, впродовж 24 год після стабілізації стану гемодинаміки.

Підвищена резистентність у судинах пуповини вдвічі знижує відсоток успішних вагінальних пологів; при нульовому або реверсивному кровотоку показаний кесарів розтин.

Можливість пологів через природні пологові шляхи має бути розглянута в усіх випадках ПЕ (включаючи тяжку) за відсутності показань до кесаревого розтину, задовільного стану плода.

Кінцевий вибір методу розродження повинен ґрунтуватися на аналізі клінічної ситуації, враховувати стан матері, плода, можливості лікувального закладу, досвід лікарів.

5. Спостереження у пологах

Продовжити допологову АГТ.

АТ слід вимірювати щогодини при помірній ПЕ, при тяжкій – проводити постійний моніторинг.

Забезпечити адекватне знеболення пологів. За відсутності протипоказань оптимальним методом знеболення пологів є епідуральна аналгезія.

Якщо АТ є стабільним, зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів.

Протисудомну терапію та АГТ проводять упродовж усього періоду пологів (у т.ч. під час кесаревого розтину), щоб підтримати показники САТ <160 мм рт. ст. та ДАТ <110 мм рт. ст.

6. Післяпологовий нагляд

Контроль АТ у жінок із ПЕ після пологів: 4 рази на добу протягом 5 днів (тяжка ПЕ).

У жінок із тяжкою ПЕ після пологів слід підтримувати такі рівні АТ: САТ <160 мм рт. ст., ДАТ <100 мм рт. ст.

У жінок із цукровим діабетом АТ необхідно підтримувати на рівні <130/80 мм рт. ст.

Профілактика тромбоемболічних ускладнень у післяпологовому періоді має проводитись у жінок із ПЕ з додатковими факторами ризику.

У жінок із тяжкою ПЕ АГТ продовжують у післяпологовому періоді.

У жінок без супутніх патологій АГТ необхідно проводити для підтримання АТ <140/90 мм рт. ст. Дози АГТ поступово зменшують, але не раніше ніж через 48 год після пологів. Якщо жінка отримувала два або більше антигіпертензивних препарати – один препарат скасовують.

Терапія МС триває не менше 24 год після пологів або після останнього нападу судом.

Лікарські засоби для зниження АТ у жінок, які годують грудьми: ніфедипін, бета-адреноблокатори, каптоприл та еналаприл.

4.6. Особливості медичної допомоги при тяжкій прееклампсії

1. Контроль інфузії магнію сульфату

В антенатальному періоді призначення магнію сульфату має супроводжуватися кардіомоніторингом плода.

Введення магнію сульфату не можна переривати тільки на підставі зниження АТ.

Тривалість терапії магнію сульфату – не менше 24 год.

Рішення щодо зміни швидкості введення магнію сульфату (збільшення/зменшення дози) або припинення терапії магнію сульфату приймають на підставі оцінки показників сироваткового магнію або у разі появи клінічних ознак токсичності магнію сульфату (сплутана свідомість, зниження ЧД до 12 і менше за хвилину, зниження SpO₂ <95%, пригнічення колінних рефлексів, розвиток АВ-блокади (див. додаток 4).

Моніторинг стану вагітної під час проведення терапії магнію сульфату:

- вимірювання АТ кожні 20 хвилин;
- підрахунок частоти серцевих скорочень (ЧСС);
- спостереження за частотою та характером дихання (ЧД має бути >14 за хвилину);
- визначення концентрації магнію кожні 4-6 год (терапевтичний діапазон – 3-8 ммоль/л);
- визначення сатурації O₂ (>95%); перевірка колінних рефлексів кожні 2 год; контроль погодинного діурезу (>0,5 мл/кг/год);
- аускультация серцебиття плода щогодини, фетальний моніторинг (за показаннями).

Протипоказання до терапії магнієм сульфату:

- гіпокальціємія (<1 ммоль/л іонізованого кальцію);
- пригнічення дихального центру (ЧД <14/хв);
- артеріальна гіпотензія (САТ <90 мм рт. ст.), кахексія (ІМТ <16 кг/м²).

Тільки за неефективності або непереносимості терапії магнію сульфату та протягом короткого проміжку часу може використовуватися діазепам (10-20 мг внутрішньовенно). Рутинне використання діазепаму у якості протисудомного засобу у пацієнок із ПЕ та еклампсією не рекомендоване. У пацієнок з еклампсією діазепам – це лише допоміжний седативний засіб при проведенні ШВЛ.

Застосування тіопенталу натрію (вища разова доза – 1,0 г, добова – 5,0 г внутрішньовенно) має розглядатися тільки як седація та протисудомна терапія за умов ШВЛ.

2. Інфузійна терапія (ІТ) при прееклампсії

Проведення ІТ не є рутинною практикою при лікуванні прееклампсії. ІТ не повинна застосовуватися для лікування олігурії (<0,5 мл/кг/год).

Для лікування стійкої олігурії не рекомендоване введення допаміну та фуросеміду.

Загальний об'єм рідини обмежується фізіологічною добовою потребою (40-45 мл/кг/добу) з урахуванням введеної та випитої рідини та нефізіологічних втрат (крововтрата тощо), але не більше 80 мл/год або 1 мл/кг/год. При проведенні ІТ баланс рідини має бути від'ємним. Максимальний об'єм інфузії не повинен перевищувати 800 мл/добу.

У разі необхідності корекції колоїдно-онкотичного тиску (альбумін плазми <25 г/л або загальний білок плазми <50 г/л) показано введення 15-25% альбуміну.

Свіжозаморожена плазма не рекомендується для корекції КОТ.

Контроль показників центральної гемодинаміки проводять за допомогою ехокардіографії або неінвазивного контролю серцевого викиду (за можливості).

Рутинний моніторинг центрального венозного тиску не рекомендований.

За необхідності катетеризації центральної вени дану маніпуляцію проводити під контролем ультразвукового дослідження судин.

3. Знеболення пологів та кесаревого розтину при ПЕ

Вибір методу анестезії повинен залежати від досвіду лікаря-анестезіолога.

Раннє введення епідурального катетера (за відсутності протипоказань) рекомендоване для контролю болю під час пологів.

Визначення кількості тромбоцитів має бути проведено всім пацієнткам із ПЕ, які готуються до розродження, якщо не проведено раніше.

При операції кесаревого розтину у жінок із ПЕ методом вибору є регіонарна (спінальна, епідуральна, спінально-епідуральна) анестезія за відсутності протипоказань.

Умови для проведення регіонарної анестезії при тяжкій ПЕ та після нападу еклампсії: відсутність судом, рівень свідомості 14-15 балів (за шкалою Глазго), відсутність неврологічного дефіциту, контрольований АТ, відсутність коагулопатії, рівень тромбоцитів > 100x10⁹/л, відсутність ознак гострого порушення стану плода.

При операції кесаревого розтину у жінок із еклампсією метод вибору – загальна анестезія.

Для індукції використовують тіопентал натрію (4-5 мг/кг).

У випадках значної вихідної артеріальної гіпертензії (АТ >190/130 мм рт. ст.) у вагітних із ПЕ/еклампсією допускається застосування фентанілу 50-100 мкг до

народження дитини, а також ураpidили. Міорелаксація забезпечується суксаметонієм (1,5 мг/кг).

Не припиняти введення МС під час розродження!
Після операції продовжують введення МС зі швидкістю 1-2 г/год із метою запобігання судомному нападу.

4.7. Тактика ведення у разі еклампсії

Допомогу починають надавати на місці, де стались судоми (див. додаток 5).

Необхідно:

- зафіксувати час та покликати колег на допомогу;
- захистити жінку від ушкоджень, утримуючи її під час судом;
- підготувати обладнання (повітроводи, відсмоктувач, маска, мішок Амбу, кисень) та магнію сульфату для болюсного введення.

Після судом, за необхідності, очистити електровідсмоктувачем ротову порожнину та гортань. Провести аускультацию легень. За можливості проводять інгаляцію киснем.

Покласти жінку на рівну поверхню у положенні на лівому боці або зі зміщенням матки вліво на 15-20°.

Забезпечити подачу кисню (100% кисень зі швидкістю 8-10 л за хвилину), оцінити дихання після нападу судом, пульсоксиметрія, аускультация легень для виключення аспірації або набряку.

За умови розвитку тривалого апное негайно розпочати примусову вентиляцію маскою з подачею 100% кисню. Якщо судом повторюється або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти (2 мг/кг суксаметонію) та переводять пацієнтку на ШВЛ.

Після нападу негайно розпочати терапію магнію сульфатом, не використовувати діазепам у якості альтернативи магнію сульфату.

Ввести болюс 4 г (16 мл 25% розчину + 34 мл 0,9% розчину хлориду натрію) упродовж 5 хвилин внутрішньовенно, потім продовжувати по 1-2 г/год. Якщо напад повторюється, внутрішньовенно вводять ще 2 г (8 мл 25% розчину) протягом 3-5 хвилин.

Замість додаткового болюсу магнію сульфату можна використовувати діазепам 5-10 мг внутрішньовенно (2-5 мг за хвилину, максимум 10 мг), АБО мідозолам 5-10 мг внутрішньовенно протягом 2-5 хвилин, АБО клоназепам 1-2 мг внутрішньовенно протягом 2-5 хвилин.

Якщо САТ >160 мм рт. ст. або ДАТ >110 мм рт. ст., проводять АГТ. Намагатися знизити САТ до 130-150 мм рт. ст. і ДАТ до 80-90 мм рт. ст.

Якщо напад судом триває понад 30 хвилин, цей стан розглядають як екламптичний статус.

Не призначати метилергометрин!

Після нападу судом показане невідкладне розродження. Найкращим методом розродження після нападу еклампсії є кесарів розтин. Розродження має бути здійснене незалежно від терміну гестації. Розглянути використання карбетоцину, якщо є ризик ППК. Профілактика ВТЕ.

У випадках розвитку нападу еклампсії в кінці другого періоду пологів можливе використання вихідних акушерських щипців. Активне ведення третього періоду пологів.

Показання до подовженої ШВЛ у разі еклампсії:

- кома;
- крововилив у мозок;
- поєднання з коагулопатичною кровотечею;
- поєднання з шоком (геморагічним, септичним, анафілактичним);
- набряк легень;
- нестабільна гемодинаміка;
- прогресуюча поліорганна недостатність.

Критерії припинення ШВЛ:

- повне відновлення свідомості;
- відсутність судом та судомної готовності без застосування протисудомних препаратів;
- стабілізація гемодинаміки;
- припинення дії препаратів, які пригнічують дихання; відсутність ознак гострого респіраторного дистрес-синдрому;

- стабільність стану системи гемостазу;
- сатурація O₂ >95%, PaO₂ >120 мм рт. ст. при FiO₂ <0,4 (PaO₂/FiO₂ >300).

Інтенсивна терапія еклампсії без ШВЛ:

- напад судом виник під дією надзвичайних стимулів (пейреми, потуги) або у післяпологовому періоді;
- після нападу еклампсії зберігаються елементи свідомості;
- відсутність неврологічної симптоматики;
- відсутність інших показань до ШВЛ.

Післяпологовий період

Жінку, яка перенесла еклампсію, наглядають в умовах ВАІТ.

Рання нутритивна підтримка до 25 ккал/кг/добу (назогастральний зонд після операції).

Магнію сульфату 1-2 г/год внутрішньовенно не менше доби.

Профілактика тромбоемболічних ускладнень: введення профілактичних доз низькомолекулярного гепарину за відсутності протипоказань (коагулопатія, тромбоцитопенія, неконтрольована артеріальна гіпертензія, геморагічні ускладнення) починається через 8-12 год після розродження.

4.8. Тактика ведення при HELLP-синдромі

Невідкладне розродження. За відсутності умов для пологів через природні родові шляхи – абдомінальне розродження, при розвиненому HELLP-синдромі кесарів розтин є золотим стандартом.

Профілактика масивної інтра- та післяопераційної крововтрати (перев'язування висхідних гілок маткових артерій, інгібітори фібринолізу – транексамова кислота 1 г, повторити через 8 год), СЗП.

Призначення кортикостероїдів у якості лікувального заходу не рекомендоване.

Трансфузія тромбоцитарної маси у разі, якщо тромбоцити <20x10⁹/л за відсутності геморагічного синдрому, або <50x10⁹/л за наявності геморагічних проявів.

Загальний об'єм рідини (40-45 мл/кг/добу) з урахуванням введеної та випитої рідини та нефізіологічних втрат (крововтрата тощо), але не більше 80 мл/год. При проведенні ІТ баланс рідини має бути від'ємним. Максимальний об'єм ІТ не повинен перевищувати 800 мл/добу.

У разі необхідності корекції КОТ (альбумін плазми <25 г/л або загальний білок плазми <50 г/л) показано введення альбуміну.

Гіпотензивна терапія (при АТ >150/100 мм рт. ст.).

Профілактика гнійно-септичних ускладнень: антибактеріальна терапія.

Інгібітори фібринолізу (транексамова кислота – 1 г болюсно внутрішньовенно, до 4 г/год).

Подовжена ШВЛ до стабілізації вітальних функцій та корекції гемостазу.

Ускладнення HELLP

Крововилив у мозок.

Відшарування плаценти.

Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згорання крові.

Післяпологова кровотеча

Передчасні пологи.

Гострий респіраторний дистрес-синдром.

Спонтанний підкапсульний розрив печінки.

Післяпологовий період

Ведення жінки, яка перенесла HELLP-синдром, здійснюється відповідно до ведення жінок після тяжкої пре-еклампсії.

V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження УКПМД засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні клінічних маршрутів пацієнта (КМП) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до КМП, та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій МОЗ України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за посиланням <http://www.drlz.kiev.ua>.

5.1. Первинна медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі-терапевти, лікарі акушери-гінекологи, середній медичний персонал.

Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення: відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби для профілактики та невідкладної допомоги (порядок переліку не впливає на порядок призначення):

Бета-адреноблокатори: бісопролол, карведилол, метопролол, небіволлол.

Блокатори кальцієвих каналів: ніфедипін, амлодипін. Антиадренергічні засоби з центральним механізмом дії: клонідин, метилдофа.

Розчини магнію: магнію сульфат.

Антиагрегантні засоби: ацетилсаліцилова кислота. Препарати кальцію, кальцій у комбінації з вітаміном D та/або іншими препаратами.

5.2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі акушери-гінекологи, лікарі-анестезіологи, лікарі-терапевти, лікарі-кардіологи,

лікарі-ендокринологи, лікарі-нефрологи, лікарі-невропатологи, лікарі-офтальмологи, медичні сестри, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні вторинної медичної допомоги вагітним із гіпертензивними розладами.

Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення: відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби (порядок переліку не впливає на порядок призначення):

Бета-адреноблокатори: бісопролол, есмолол, карведилол, метопролол, небіволлол.

Блокатори кальцієвих каналів: ніфедипін, амлодипін. Блокатори альфа-адренорецепторів: ураpidил.

Антиадренергічні засоби з центральним механізмом дії: метилдофа.

Розчини магнію: магнію сульфат.

Психолептичні засоби: діазепам, мідозолам, клоназепам. Антиагрегантні засоби: ацетилсаліцилова кислота.

Препарати кальцію, кальцій у комбінації з вітаміном D та/або іншими препаратами.

Кровозамінники та білкові фракції плазми крові: альбумін.

Вазодилататори: гліцерилу тринітрат.

Інгібітори фібринолізу: транексамова кислота.

Засоби для загальної анестезії: тіопентал, пропофол. Утеротонічні засоби: окситоцин, карбетоцин.

Міорелаксанти: суксаметоній.

Засоби для опіоїдної анестезії: фентаніл.

Засоби для інфузії: збалансовані розчини електролітів, гіперосмолярні розчини на основі багатоатомних спиртів.

Кортикостероїди для системного застосування: бета-метазон, дексаметазон.

5.3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі акушери-гінекологи, лікарі-анестезіологи, лікарі-терапевти, лікарі-кардіологи, лікарі-ендокринологи, лікарі-нефрологи, лікарі-невропатологи, лікарі-офтальмологи, медичні сестри, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні третинної медичної допомоги вагітним із гіпертензивними розладами.

Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення: відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби (порядок переліку не впливає на порядок призначення):

Бета-адреноблокатори: бісопролол, есмолол, карведилол, метопролол, небіволлол.

Блокатори кальцієвих каналів: ніфедипін, амлодипін. Блокатори альфа-адренорецепторів: ураpidил.

Антиадренергічні засоби з центральним механізмом дії: клонідин, метилдофа.

Розчини електролітів: магнію сульфат.

Антиагрегантні засоби: ацетилсаліцилова кислота.

Препарати кальцію, кальцій у комбінації з вітаміном D та/або іншими препаратами.

Психолептичні засоби: діазепам, мідозолам, клоназепам. Кровозамінники та білкові фракції плазми крові: альбумін.

Вазодилататори: гліцерилу тринітрат.

Інгібітори фібринолізу: транексамова кислота.

Засоби для загальної анестезії: тіопентал, пропофол. Утеротонічні засоби: окситоцин, карбетоцин.

Міорелаксанти: суксаметоній.

Засоби для опіоїдної анестезії: фентаніл.

Засоби для інфузії: збалансовані розчини електролітів, гіперосмолярні розчини на основі багатоатомних спиртів.

Кортикостероїди для системного застосування: бета-метазон, дексаметазон.

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Гіпертензивні розлади у вагітних», 2021 (https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standartita-klinichni-nastanovi/).

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 серпня 2021 року № 1731 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2020 року № 1908».

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)».

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді»

Продовження. Початок на стор. 28.

первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435 «Про затвердження первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522.

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 грудня 2014 року № 1028 «Про медичне застосування деяких видів антигіпертензивних лікарських засобів».

9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 6 лютого 2015 року № 51 «Про затвердження Порядку транспортування вагітних, роділь та породіль в Україні», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 26 лютого 2015 р. за № 220/26665.

10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та

рецептів в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 5 березня 2020 року за № 236/34519.

11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 вересня 2020 року № 2136 «Деякі питання ведення Реєстру медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 30 вересня 2020 року за № 952/35235.

12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 листопада 2020 року № 2755 «Про затвердження Порядку ведення Реєстру пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 13 січня 2021 року за № 44/35666.

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 грудня 2020 року № 2857 «Про внесення змін до Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу».

14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 1 червня 2021 року № 1066 «Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову неприцездатність та проведення їхньої перевірки», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 02 червня 2021 року за № 728/36350.

15. Наказ МОЗ України від 22 квітня 2021 року № 792 «Про затвердження тринадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

16. «Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2020 рік», Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України».

Додаток 4

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» (підпункт 1 пункту 4.5)

Дії медичного персоналу при преєклампсії/еклампсії

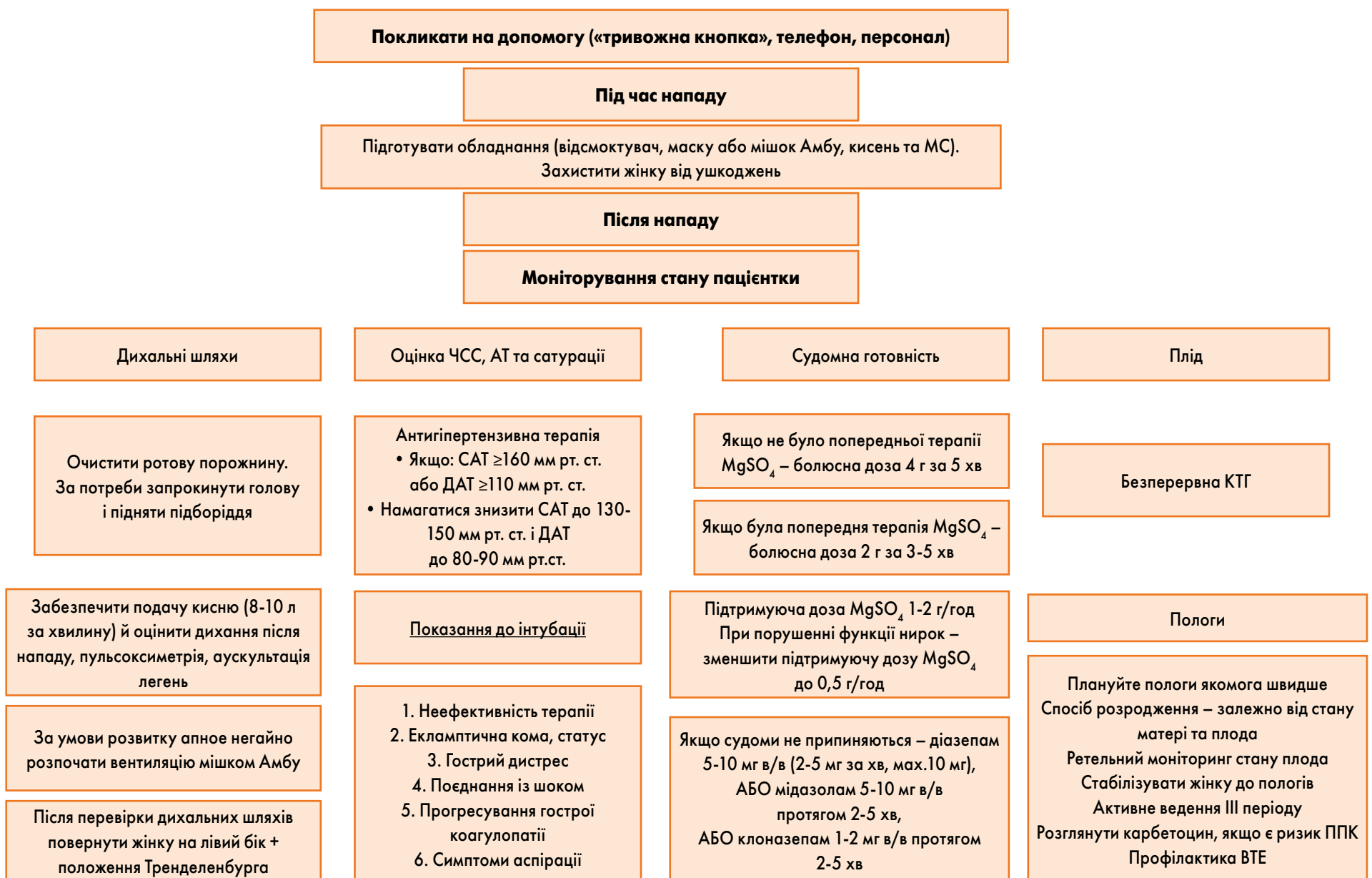
1	Виміряти АТ, зафіксувати час звернення		Час, хв	
2	Забезпечити положення жінки лежачи при АТ $\geq 150/90$ мм рт. ст.			
	На лівому боці під кутом щонайменше 15-30° або ручне зміщення матки в лівий бік	Після судом – поза виживання та/або відновлення		
3	Викликати чергових лікарів при АТ $\geq 150/90$ мм рт. ст. та/або судамах («тривожна кнопка», телефон, персонал)			
4	Повідомити адміністрацію лікарні (старшого чергового лікаря, або районного акушера-гінеколога, або заступника головного лікаря з медичної допомоги)			
5	Катетеризація периферичної вени, катетер 16-18 G, а при АТ $\geq 180/100-110$ мм рт. ст. – катетеризація двох вен для введення магнію сульфату та урапідилу			
6	Забір крові з периферичної вени для біохімічного аналізу (сечовина, креатинін, білірубін, загальний білок, АлАТ), коагулограми (фібриноген, АЧТЧ, ПТІ), резус-фактора (за відсутності), приліжковий тест			
7	Магнію сульфат – попередження судом та/або контроль судом*:			
	Болюс (навантажувальна доза) + підтримуючий режим:	Корекція дози:		
	16 мл 25% розчину магнію сульфату (4 г) + 34 мл 0,9% розчину натрію хлориду – при АТ $>160/110$ або клінічних ознаках тяжкої преєклампсії (головний біль, біль в епігастрії, блювання, порушення зору) – за 10-15 хв – при судамах – за 5 хв** – при повторенні судом – 1/2 дози (2 г) за 5 хв***	30 мл 25% розчину магнію сульфату (7,5 г) + 220 мл 0,9% розчину натрію хлориду: $\frac{1 \text{ г/год}}{10 \text{ крап./хв}} = 0,5 \text{ мл/хв}$ (24 год після розродження або останнього нападу) Макс. добова доза – 32 г магнію сульфату Не припиняти введення магнію сульфату під час розродження!		ЧД >16 ; кількість сечі >25 мл/год – продовжити інфузію магнію сульфату ЧД >16 ; кількість сечі 10-25 мл/год – дозу магнію сульфату зменшити у 2 рази
	При передозуванні магнію сульфату – припинити введення та ввести в/в 10 мл 10% розчину кальцію глюконату за 10 хв!			ЧД <16 ; кількість сечі <10 мл/год – припинити інфузію магнію сульфату
8	Антигіпертензивна терапія:			
	АТ $\geq 150/90$ мм рт. ст.	АТ $\geq 180/100-110$ мм рт. ст.		
Ніфедипін 1 таблетка (10 мг) розжувати; повторити через 20 хв 20 мг, якщо неадекватна відповідь (макс.: 100 мг/добу) або 3-5 крапель сублінгвально; повторити через 5 хв, якщо неадекватна відповідь (макс.: 10-15 крапель/добу) Метилдофа 250-500 мг 3-4 рази на добу Після пологів – інгібітори АПФ		Урапідил: болюсно в/в 2-5 мл (10-25 мг). Не розводити! Можна повторити болюсну дозу ще двічі з інтервалом 2-5 хв до досягнення АТ 160-150/100-90 мм рт. ст. Підтримуючий режим: 20 мл урапідилу + 200 мл 0,9% розчину натрію хлориду (співвідношення 1:10) або для перфузора – 4 мл урапідилу + 40 мл 0,9% розчину натрію хлориду $\frac{6-9 \text{ мг/год}}{7 \text{ крап./хв}} = 0,33 \text{ мл/хв}$ для підтримання АТ 150/100-90 мм рт. ст.		
9	Викликати лаборанта Обстеження СІТО! ЗАК (гемоглобін, тромбоцити). Катетеризація сечового міхура (після сесії жінки) – ЗАС (білок) Викликати лікарів-консультантів (терапевт, невропатолог, окуліст) – за необхідності!			

10	Моніторинг стану жінки (дані фіксуються в листі спостереження) + моніторинг ЧСС плода кожні 15 хв. АБО безперервна КТГ			
	Дихальні шляхи	Оцінка АТ і ЧСС	Контроль балансу рідини	Моніторинг при введенні магнію сульфату:
	За відсутності дихання – оцінити прохідність, очистити дихальні шляхи та при відновленні дихання – подача кисню через маску або канюлю 4-6 л/хв За відсутності дихання – ШВЛ, сатурація O ₂ , аускультация легень	При еклампсії або при АТ ≥160/110 мм рт. ст. – кожні 15 хв При стабілізації АТ – кожні 4 год	Введення рідини 60-80 мл/год Контроль діурезу та випитої рідини Контроль ознак набряку легень – аускультация, рентген легень При діурезі ≤100 мл за 3-4 год – катетеризация центральної вени (під УЗ-контролем) + моніторинг ЦВТ	Кожні 30 хв. – колінні рефлекси, ЧД Щогодини – АТ, ЧСС, діурез, Температура, неврологічний статус, сатурації O ₂ (не нижче 95%) Кожні 24 год. - ЕКГ
11	Вирішити питання про розродження після стабілізації стану вагітної: Метилергометин не застосовувати! Кетамін не застосовувати!*			
<p>Діазепам показаний при: 1) судомач, що розвинулись до 20 тижнів вагітності; 2) інтоксикації магнію сульфатом. ** Якщо попередньо проводилася терапія магнію сульфатом – болюсна доза 2 г за 5 хв. *** Альтернативою повторній болюсній дозі магнію сульфату при повторенні судом є діазепам в/в 2 мл (10 мг) впродовж 2 хв в 10 мл 0,9% розчину натрію хлориду. Якщо судоми відновились або не припинилися – повторити 2 мл (10 мг). При перевищенні дози 30 мг за 1 год може виникнути пригнічення або зупинка дихання! Максимальна доза – 100 мг за 24 год!</p>				

Додаток 5

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» (пункт 4.7 розділу IV)

Алгоритм ведення та призначень при еклампсії



Додаток 6

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» (підпункт 1 пункту 3.1)

Методика вимірювання артеріального тиску під час вагітності

АТ слід вимірювати у вагітної, яка перебуває у положенні сидячи, при цьому рука пацієнтки має бути розташована на рівні її серця.

Перед вимірюванням АТ пацієнтка повинна перебувати у стані спокою не менше 5-10 хвилин. Жінка повинна сидіти зручно, її ноги мають розташовуватися на плоскій поверхні, не перехресуватися. Тиск, виміряний у положенні сидячи, буде трохи вищий, ніж у положенні лежачи. Вимірювання АТ у положенні вагітної лежачи на спині може супроводжуватися гіпотензією, а вимірювання АТ у положенні на лівому боці може дати найнижчі показники, оскільки права рука пацієнтки буде розташована вище рівня її серця. Вимірювання слід проводити на обох руках, і будь-яка різниця у показниках має бути обов'язково задокументована.

Для вимірювання АТ слід використовувати манжетку відповідного розміру (довжина манжетки має бути в 1,5 раза більша за окружність плеча).

Використання занадто маленької манжетки буде супроводжуватися переоцінюкою систолічного АТ на 7-13 мм рт. ст. та діастолічного АТ на 5-10 мм рт. ст. Манжетка ніколи не повинна накладатися поверх одягу!

Для визначення діастолічного АТ слід використовувати 5-й тон за Коротковим.

5-й тон за Коротковим – це точка повного зникнення артеріальних шумів. При так званому нескінченному тоні Короткова, коли звукові явища у судині тривають до дуже низького тиску в

манжеті, для визначення діастолічного АТ слід використовувати 4-й тон за Коротковим, тобто точку послаблення інтенсивності артеріальних шумів.

Якщо АТ послідовно вищий на одній руці, рука з більш високими значеннями має використовуватися для всіх вимірювань АТ. Точність усіх пристроїв вимірювання АТ, що використовуються в лікарнях або консультаціях, слід регулярно перевіряти на калібрування.

Автоматизовані (електронні) пристрої для вимірювання АТ можуть недооцінювати (іноді істотно) показники у жінок із ПЕ, тому отримані дані необхідно порівнювати з показниками ртутного або aneroidного сфигмоманометра.

Електронні версії усіх друкованих видань
Видавничого дому «Здоров'я України»
на одному сайті!



Ми у соцмережах:



[@MedicnaGazetaZdorovaUkraini](https://www.facebook.com/MedicnaGazetaZdorovaUkraini)



t.me/HealthUAcom



[@healthUAcom](https://twitter.com/healthUAcom)

