



Акушерство

Гінекологія

Репродуктологія



№ 3 (39) 2020

15 000 примірників*

Передплатний індекс 89326



Доктор медичних наук,
професор

Тетяна Авраменко

**Гестаційний діабет: надання
медичної допомоги
під час вагітності**

**Методичні рекомендації
для акушерів-гінекологів,
сімейних лікарів, терапевтів
та ендокринологів**

Читайте на сторінці **8**



Доктор медичних наук,
професор

Юлія Давидова

**Корекція дефіциту заліза
та залізодефіцитної анемії
у жінок, які дотримуються
вегетаріанської і веганської
дієти**

Читайте на сторінці **3**



Доктор медичних наук,
професор

Сергій Пасечніков

**Сучасні принципи
діагностики та раціональної
антибактеріальної терапії
інфекційних захворювань
органів сечовивідної системи**

Читайте на сторінці **16**



Доктор медичних наук,
професор

Оксана Ромащенко

**Нарис історії розвитку жіночої
сексології**

Читайте на сторінці **25**



Всемирная
организация
здравоохранения

**Оценка статуса железа
в организме: что нужно
знать практикующему
врачу?**

Читайте на сторінці **22**

Сорбіфер Дурулес

Препарат заліза №1 в Україні*



**ПАНАЦЕЯ
ПРЕПАРАТ
РОКУ 2015**

**1-2 ТАБЛЕТКИ
НА ДОБУ⁵**



- Для лікування та профілактики залізодефіцитних станів, у тому числі у вагітних та жінок, що годують груддю^{1, 2, 4, 5}
- Переноситься краще завдяки технології повільного вивільнення^{2, 3, 5}

ЛІКАРСЬКА ФОРМА. Таблетки, вкриті оболонкою, з модифікованим вивільненням. 1 таблетка містить: 320 мг заліза сульфату безводного (еквівалент 100 мг Fe II), 60 мг аскорбінової кислоти. ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНА ГРУПА. Антианемічні засоби; препарати заліза, різні комбінації. В03A E10. 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. Приймати за 30 хвилин до прийому їжі, Р.П. № UA/0498/01/01. Умови відпуску. За рецептом. Виробник: ЗАТ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАВОД ЕГІС. 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.

*За даними Моріон — лідер в упаковках та грошовому вимірі в АТС В03 А (пероральні препарати) у 2010–2019 рр. 1. С. В. Хаскіна, І. Г. Юрданова. Залізодефіцитні анемії та вагітність // Здоров'я жінки. — № 4. — 2010. 2. Ю. В. Марушко. Залізодефіцитні стани у дітей на сучасному етапі // Здоров'я України. — 2010. — № 1 (Педіатрія. Акушерство. Гінекологія). 3. Ю. В. Давидова. Профілактика і лікування залізодефіцитної анемії препаратом Сорбіфер Дурулес у вагітних жінок з порушеннями тиреоїдного гомеостазу // Здоров'я жінки. — 2009. — № 6. 4. Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Залізодефіцитна анемія. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 709 від 02.11.2015. 5. Інструкція для медичного застосування препарату Сорбіфер Дурулес.

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



ОБЕРЕЖНО! КАНДИДОЗ НА СВОБОДІ

**МАНІЯК-РЕЦИДИВІСТ
ЗНОВУ ПОЛЮЄ НА ЖІНОК,
НЕ ЗАЛИШАЮЧИ ЇХ У
СПОКОЇ...**

Довгі роки злісний грибок переслідує своїх жертв, що потрапили під загрозу рецидиву, оскільки головний осередок локалізації молочниці в кишечнику залишається неушкодженим. Саме через це кандидоз повертається знову і знову.



Але надія є!

**На допомогу всім постраждалим жінкам поспішає
Екобіол — комплекс, що сприяє знищенню осередку
кандидозу у кишечнику.**

Ю.В. Давидова, д. мед. н., професор, завідувач відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології, А.Ю. Лиманська, к. мед. н., Ю.П. Нерознак, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Корекція дефіциту заліза та залізодефіцитної анемії у жінок, які дотримуються вегетаріанської і веганської дієти*



Ю.В. Давидова

Мета. Дослідити наявність дефіциту заліза та залізодефіцитної анемії у жінок, які дотримуються вегетаріанської і веганської дієти, та ефективність антианемічної терапії препаратом Сорбіфер Дурулес.
Матеріали та методи. Преконцепційно досліджено 32 жінки репродуктивного віку, які дотримувалися харчування відповідно до вегетаріанської та веганської дієти. Було досліджено показники загального аналізу крові та феритину до та після лікування препаратом Сорбіфер Дурулес.
Результати та висновки. Жінки, які дотримуються певних обмежень у харчуванні (вегетаріанки та веганки), мають дефіцит заліза, про що свідчать низькі концентрації феритину. Ефективність антианемічної терапії препаратом Сорбіфер Дурулес визначається виникненням ретикулоцитозу (ранній маркер), який спостерігається на 7-8-му добу від початку лікування. Відновлення депо заліза відбувається через 3 міс від початку лікування, що доводить необхідність тривалої антианемічної терапії.

В Європі дефіцит заліза вважають одним із основних розладів поживних речовин у великих верств населення, особливо в дітей, підлітків, жінок репродуктивного віку та вагітних. Слід зазначити, що підлітки і жінки репродуктивного віку, які дотримуються веганства і вегетаріанства, мають високий ризик дефіциту заліза.

Вегетаріанські дієти – це раціон харчування, позбавлений будь-яких м'ясних продуктів, але може включати в себе яйця або молочні продукти. Веганські дієти вільні від будь-яких м'ясних продуктів, яєць і молочних продуктів, а іноді – меду.

Харчування є єдиним джерелом заліза для людського організму, у процесі чого воно надходить його як у гемовій, так і в негемовій формі. Гемове залізо міститься у м'ясі, тоді як негемове – у рослинних продуктах.

Вегетаріанські дієти не містять гемового заліза [16]. Негемове залізо передусім існує в окисленому вигляді іону Fe^{3+} , в якому воно не є біодоступним і спочатку потребує відновлення до іону Fe^{2+} , у вигляді якого може транспортуватися через епітелій кишечника [6].

За результатами досліджень, проведених Холлбергом і Россандером – Полтен, кількість заліза, засвоюваного під час харчування, що включає м'ясо (змішана дієта), становить від 14 до 17%. Однак кількість негемового заліза, що потрапляє в організм з вегетаріанською дієтою, – від 5 до 12% [9]. Більше того, кількість негемового заліза, що всмоктується з їжею з одного продукту, у 6 разів менша за кількість поглинутого гемового заліза. З іншого боку, у змішаному харчуванні біологічна доступність негемового заліза вдвічі менша [8].

Причина, за якої негемове залізо має меншу біодоступність порівняно з гемовим, полягає у природних інгібіторах абсорбції, які переважно включають фітати, оксалати і поліфеноли [10]. Фітати є одним із найпотужніших інгібіторів всмоктування і містяться в цільнозернових, бобових і горіхах [14]. Поліфеноли можна знайти в багатьох злаках, овочах і деяких напоях (наприклад, у чаї, каві). Оксалати містяться в деяких зелених листових овочах. Деякі з цих продуктів насправді містять достатню кількість заліза, але швидкість його засвоєння низька. Це важливо, оскільки для багатьох вегетаріанців зернові продукти є найбільш значущим джерелом харчового заліза [2].

За даними американської Академії харчування та дієтології, вегетаріанці в період постменопаузи не мають дефіциту заліза, однак діти, вагітні й жінки репродуктивного віку мають суттєві порушення в обміні заліза, передусім у вигляді його дефіциту через надходження в організм у меншій за рекомендовані показники кількості [4, 17].

Мета дослідження – встановити наявність дефіциту заліза та залізодефіцитної анемії у жінок, які дотримуються

вегетаріанської і веганської дієти; виявити ефективність антианемічної терапії препаратом Сорбіфер Дурулес.

Матеріали та методи дослідження

Нами прекоцепційно досліджено 32 жінки репродуктивного віку, які дотримувалися вегетаріанської дієти, з них 11 (34,4%) осіб не вживали продуктів тваринного походження (веганська дієта). Досліджено показники загального аналізу крові та феритину до і після лікування препаратом Сорбіфер Дурулес. Жінки отримували зазначений препарат перорально по 1 таблетці двічі на добу (4 мг/кг/добу) з урахуванням особливостей харчування, надходження в організм і всмоктування в кишечнику (природні інгібітори заліза), меншого за рекомендовану кількість заліза. Контроль ефективності лікування оцінено за показником ретикулоцитів, концентрацією гемоглобіну та феритину на 8-му добу, через 3–4 тиж та через 12 тиж антианемічного лікування. З усіх досліджуваних жінок 24 (75%) завагітніли і також були обстежені щодо визначення дефіциту заліза та анемії.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними дослідження, у всіх жінок, які дотримувалися вегетаріанської і веганської дієти, виявлено низькі показники феритину (табл. 1).

Слід зазначити, що показник феритину у групі веганок був нижчим порівняно з показником у групі вегетаріанок – відповідно $10,5 \pm 0,02$ мкг/л і $12,7 \pm 0,02$ мкг/л ($p < 0,05$).

Встановлено зменшення показника гемоглобіну в обох групах жінок, але суттєве, достовірно значуще зниження виявлено у групі веганок порівняно з вегетаріанками – відповідно $93 \pm 1,1$ г/л і $105 \pm 1,2$ г/л.

За результатами дослідження виявлено збільшення показника ретикулоцитів на 7–8-му добу лікування в обох групах жінок. Так, у групі вегетаріанок показник ретикулоцитів до лікування становив $0,5 \pm 0,02\%$, а через 8 діб від початку лікування – $0,65 \pm 0,01\%$; у групі веганок – відповідно $0,4 \pm 0,02\%$ і $0,59 \pm 0,02\%$. Важливо, що ретикулоцитоз («ретикулоцитарний криз») на 8–10-ту добу антианемічного лікування є раннім маркером ефективності призначеної терапії.

Слід зазначити, що депо заліза за показником феритину відновилося через 3 міс від початку лікування препаратом Сорбіфер Дурулес, що підтверджує необхідність тривалої антианемічної терапії. У групі веганок повільніше відновлювалися показники крові та депо заліза порівняно з вегетаріанками, але, незважаючи на це, через 3 міс лікування всі показники досягли референтних значень.

За даними дослідження, після прегравідарної консультації та ефективної корекції залізодефіцитної анемії і дефіциту заліза завагітніли 24 (75%) жінки. Цікавим було визначення показників крові й обміну заліза в І триместрі вагітності (табл. 3).

За даними табл. 3, середні показники крові та обміну заліза в обох групах жінок були в межах норми. Відмічалось зменшення показника феритину (нижня межа норми) під час вагітності порівняно з таким, визначеним одразу після антианемічного лікування до вагітності (табл. 2). Так, у вегетаріанок показник феритину становив $23,5 \pm 0,02$ мкг/л, а у групі веганок – $19,1 \pm 0,01$ мкг/л. Зазначені показники були в межах референтних значень, але потребували ретельного спостереження і, за необхідності, вчасної адекватної корекції антианемічною терапією для запобігання розвитку залізодефіцитної анемії під час вагітності.

Висновки

Проведене дослідження доводить необхідність призначення пероральних препаратів заліза (за рекомендаціями ВООЗ, інтермітуючим режимом) для зниження ризику розвитку анемії та з метою підвищення концентрацій гемоглобіну у групі жінок ризику (вегетаріанок і веганок). А призначення препарату Сорбіфер Дурулес є ефективним щодо запобігання розвитку дефіциту заліза в цієї категорії жінок.

Таблиця 1. Вихідні показники у групах жінок

Категорії досліджуваних	Вихідні показники досліджуваних груп жінок		
	гемоглобін, г/л	ретикулоцити, %	феритин, мкг/л
Вегетаріанки	$105 \pm 1,2^*$	$0,5 \pm 0,02^*$	$12,7 \pm 0,02^*$
Веганки	$93 \pm 1,1^{**}$	$0,4 \pm 0,02^*$	$10,5 \pm 0,02^{**}$
Жінки зі змішаною дієтою	$123 \pm 1,2$	$1,03 \pm 0,01$	$68,3 \pm 0,4$

Примітки: * – достовірність різниці порівняно між показниками вегетаріанок і веганок із групою жінок зі змішаним типом харчування ($p < 0,05$); ** – достовірність різниці порівняно між показниками вегетаріанок і веганок ($p < 0,05$).

Таблиця 2. Показники крові та обміну заліза в обстежених жінок після лікування препаратом Сорбіфер Дурулес

Показник	У вегетаріанок			У веганок		
	через 8 діб від початку лікування	через 3–4 тиж від початку лікування	через 12 тиж від початку лікування	через 8 діб від початку лікування	через 3–4 тиж від початку лікування	через 12 тиж від початку лікування
Гемоглобін, г/л	$100 \pm 1,2$	$119 \pm 0,02$	$126 \pm 0,02^*$	$98 \pm 1,6$	$111 \pm 0,02$	$120 \pm 0,02^{**}$
Ретикулоцити, %	$0,65 \pm 0,01$	$0,8 \pm 0,02$	$1,05 \pm 0,02^*$	$0,59 \pm 0,02$	$0,68 \pm 0,01$	$0,88 \pm 0,01^{**}$
Феритин, мкг/л	$12 \pm 0,02$	$13,5 \pm 0,02$	$48,3 \pm 0,2^*$	$10,5 \pm 0,02$	$11,8 \pm 0,02$	$35,1 \pm 0,01^{**}$

Примітки: * – достовірність різниці порівняно між показниками на початку лікування (через 8 діб) і наприкінці лікування (через 12 тиж) у групі вегетаріанок ($p < 0,05$); ** – достовірність різниці порівняно між показниками на початку лікування (через 8 діб) і наприкінці лікування (через 12 тиж) у групі веганок ($p < 0,05$).

Таблиця 3. Вихідні дані показників крові та обміну заліза в І триместрі вагітності у групах жінок, які отримували антианемічну терапію прегравідарно

Показник	Вегетаріанки	Веганки
Гемоглобін, г/л	$129 \pm 0,03$	$123 \pm 0,02$
Ретикулоцити, %	$1,35 \pm 0,02$	$0,96 \pm 0,01$
Феритин, мкг/л	$23,5 \pm 0,02$	$19,1 \pm 0,01$

* Ukrainian journal Perinatology and Pediatrics, 2 (82), 2020. Публікується із скороченнями.

Покращення репродуктивних результатів: можливості L-аргініну

Вплив L-аргініну на неонатальні результати при вагітностях, ускладнених затримкою внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР) і гестаційною гіпертензією

NB! Гестаційна гіпертензія і ЗВУР – тяжкі ускладнення вагітності, які асоціюються з неадекватним матково-плацентарним кровообігом. Вони – серед основних причин передчасних пологів, захворюваності та смертності новонароджених.

A. Dera і співавт. вивчали вплив L-аргініну на неонатальні результати при ускладнених вагітностях. У проведеному ними дослідженні взяли участь дві групи жінок: з гестаційною гіпертензією (артеріальний тиск >140/90 мм рт. ст.) і зі ЗВУР (прогнозована маса тіла при народженні <10-го перцентилу за даними УЗД). Вагітних кожної групи розділили на дві підгрупи для призначення L-аргініну 3 г/добу перорально або плацебо додатково до стандартної терапії.

У вагітних, які приймали L-аргінін, отримано такі результати порівняно з плацебо:

- значне збільшення середньої маси тіла при народженні (2261 г vs 1864 г);
- значне збільшення середнього гестаційного віку при народженні (36,2 vs 34,3 тижня);
- значне покращення середньої оцінки за шкалою Апгар через 1 хв (8 vs 5) і 5 хв після народження (9 vs 7);
- значне зниження частоти випадків ацидозу, внутрішньомозкового крововиливу й респіраторного дистрес-синдрому в новонароджених;
- відсутність негативного впливу L-аргініну на будь-які неонатальні результати.

Висновки авторів дослідження

Прийом L-аргініну вагітними із гестаційною гіпертензією або ЗВУР є безпечним, може значно покращувати стан новонароджених після пологів та істотно знижує ризик розвитку тяжких ускладнень.



Вплив L-аргініну на стан плода і неонатальні результати при преєклампсії

NB! Преєклампсія (поява гіпертензії та протеїнурії після 20-го тижня гестації) ускладнює 6-8% вагітностей і є однією з основних причин ЗВУР, передчасних пологів, смертності новонароджених, розвитку ускладнень у матері.

K. Rytlewski і співавт. дослідили вплив L-аргініну на біофізичний профіль, фетоплацентарний кровообіг і неонатальні результати при преєклампсії. Вагітних рандомізували на дві групи для призначення L-аргініну в дозі 3 г/добу перорально або плацебо до пологів.

У групі L-аргініну було отримано такі результати:

- L-аргінін добре переносився вагітними, побічних ефектів у них не спостерігалось;
- протягом перших 2 тижнів лікування значно збільшилася середня маса плода (на 281 г vs 133 г у групі плацебо);
- після 2 тижнів терапії значно збільшилася кількість вагітних із високою оцінкою біофізичного профілю плода (8-10 балів);
- L-аргінін запобігав зростанню пульсаційного індексу (PI) пупкової артерії після 3 і 4-го тижнів лікування;
- L-аргінін підвищував PI середньої мозкової артерії після 2 і 4-го тижнів лікування;
- L-аргінін значно покращував цереброплацентарний індекс;
- у групі L-аргініну зареєстровано більше пологів природним шляхом (36,7 vs 13% у групі плацебо);
- призначення L-аргініну дозволило значно зменшити потребу в антигіпертензивних препаратах;
- у групі L-аргініну, на відміну від групи плацебо, не зафіксовано жодного випадку відшарування плаценти.

Висновки авторів дослідження

У вагітних з преєклампсією пероральна терапія L-аргініном є ефективною стратегією покращення стану плода і неонатальних результатів.

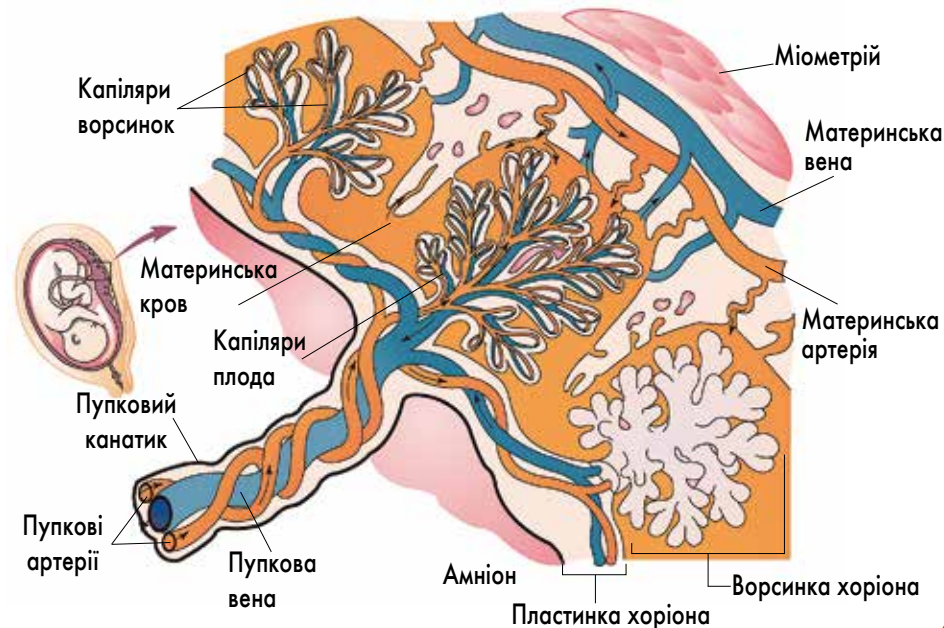
Тівортін, р-н для інфузій. Склад: 100 мл розчину містять 4,2 г аргініну гідрохлориду. Фарм. група. Кровозамінники та перфузійні розчини. Додаткові розчини для внутрішньовенного введення. Амінокислоти. Аргініну гідрохлорид. Код АТХ B05X B01. Тівортін аспаратат, р-н для перорального застосування. Склад: 5 мл розчину містять L-аргініну аспаратат 1 г (L-аргініну — 0,57 г, кислоти аспарагінової — 0,43 г). Фарм. група. Інші кардіологічні препарати. Амінокислоти. Код АТХ C01E. Фарм. властивості. Виявляє антигіпоксичну, мембраностабілізуючу, цитопротекторну, антиоксидантну активність, активний регулятор проміжного обміну і процесів енергозабезпечення. Збільшує вміст у крові інсуліну, соматотропного гормону і пролактину, включається в процеси фібринолізу, сперматогенезу. Є субстратом для NO-синтази — ферменту, що каталізує синтез оксиду азоту в ендотеліоцитах. Препарат активує гуанілатциклазу і підвищує рівень циклічного гуанідинмонофосфату (цГМФ) в ендотелії судин, зменшує активацію й адгезію лейкоцитів і тромбоцитів до ендотелію судин, пригнічує синтез протеїнів адгезії VCAM-1 і MCP-1, пригнічує синтез ендотеліну-1, який є потужним вазоконстриктором і стимулятором проліферації й міграції гладких м'язів судинної стінки. Показання. Метаболічний алкалоз, гіперамоніємія, атеросклероз периферичних судин, діабетична ангіопатія, артеріальна гіпертензія, затримка розвитку плода і преєклампсія - в складі комплексної терапії та ін. Протипоказання. Підвищена чутливість до препарату. Тяжкі порушення функції нирок, гіперхлоремічний ацидоз; алергічні реакції в анамнезі; застосування калійзберігаючих діуретиків, а також спіронолактону. Інфаркт міокарда (у тому числі в анамнезі). Побічні реакції. Гіпертермія, відчуття жару, сухість у роті, нудота, зміни в місці введення, включаючи гіперемію, відчуття свербежу, реакції гіперчутливості, ангіоневротичний набряк, гіперкаліємія та ін.

РП МОЗ України №UA/9941/01/01, №UA/8954/01/01.

*Інформація наведена у скороченому вигляді. За повною інформацією звертайтеся до інструкції з медичного застосування препарату. Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

L-аргінін регулює фетоплацентарний кровообіг



L-аргінін модулює фетоплацентарний кровообіг із високим ризиком передчасних пологів

У дослідженні K. Rytlewski і співавт. вивчали вплив низькодозової пероральної терапії L-аргініном на фетоплацентарний кровообіг жінок із ризиком передчасних пологів. Пацієнток рандомізували для отримання L-аргініну (3 г) або плацебо додатково до стандартної токолітичної терапії. Лікування продовжували до пологів.

У групі L-аргініну було отримано такі результати:

- значне зниження PI^* у матковій і пупковій артеріях починаючи з 2-го тижня терапії;
- значне підвищення PI^* у середній мозковій артерії починаючи з 3-го тижня терапії;
- значне підвищення цереброплацентарного індексу;
- подальша нормалізація фетоплацентарного кровообігу з досягненням максимальної різниці з групою плацебо після 4 тижнів лікування;
- зазначені позитивні зміни фетоплацентарного кровообігу не корелювали з плазмовими рівнями L-аргініну, L-орнітину та оксиду азоту;
- зменшення потреби в токолітичних препаратах;
- збільшення середньої тривалості вагітності (37,2 vs 35,8 тижня);
- відсутність побічних ефектів, які могли бути пов'язані з прийомом L-аргініну.

Висновки авторів дослідження

У жінок із ризиком передчасних пологів пероральне введення L-аргініну, призначене додатково до стандартної токолітичної терапії, поступово нормалізує фетоплацентарний кровообіг і зменшує гіпоксію плода за рахунок NO-незалежних механізмів.

* PI - пульсаційний індекс

Схеми прийому L-аргініну для покращення репродуктивних результатів (за даними клінічних досліджень)

Стан	L-аргінін розчин пероральний (5 мл = 1 г L-аргініну)	Основні результати, отримані в клінічних дослідженнях
Синдром полікістозних яєчників	2 мл 4 р/день, тривалий час у складі комплексної терапії	Відновлення гонадної функції
Запліднення <i>in vitro</i>	5 мл 8 р/день, починаючи з 1-го дня менструального циклу у протоколі з агоністом гонадотропного релізінг-гормону	Збільшення товщини ендометрію, кількості зібраних фолікулів і перенесених ембріонів. Підвищення частоти випадків вагітності, що триває
Гестаційна гіпертензія Затримка внутрішньоутробного розвитку	5 мл 3 р/день, додатково до стандартної терапії	Збільшення гестаційного віку і маси тіла при народженні, покращення оцінки за шкалою Апгар, запобігання неонатальним ускладненням
Преєклампсія	5 мл 3 р/день, до пологів	Покращення стану плода і неонатальних результатів
Олігогідрамніон	5 мл 3 р/день, до адекватного покращення індексу AFI	Нормалізація об'єму амніотичної рідини, покращення неонатальних результатів
Ризик передчасних пологів	5 мл 3 р/день, додатково до токолітичної терапії	Нормалізація фетоплацентарного кровообігу, зменшення гіпоксії плода

Література

1. Shunping Gui et al. Arginine supplementation for improving maternal and neonatal outcomes in hypertensive disorder of pregnancy: A systematic review. Journal of the Renin-Angiotensin-Aldosterone System. 2014, Vol. 15 (1) 88-96.
2. Rytlewski K. et al. Effects of oral L-arginine on the foetal condition and neonatal outcome in preeclampsia: a preliminary report. Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2006 Aug; 99 (2): 146-52.
3. Бабушкіна А.В. L-аргінін с точки зрения доказательной медицины // Український медичний часопис. — 2009. — 6 (74).
4. Dera A. et al. The effect of L-arginine treatment on the neonatal outcome from pregnancies complicated by intrauterine growth restriction and gestational hypertension. Archives of Perinatal Medicine 2007; 13 (3): 35-39.

5. L-Arginine: The Monograph. <http://www.altmedrev.com/publications/10/2/139.pdf>.
6. Battaglia C. et al. Adjuvant L-arginine treatment for in-vitro fertilization in poor responder patients. Human Reproduction 1999; 14 (7): 1690-1697.
7. Method and agents for control and management of labor during pregnancy. Patent US5508045 A.
8. Rytlewski K. et al. Effects of oral L-arginine on the pulsatility indices of umbilical artery and middle cerebral artery in preterm labor. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008 May; 138 (1): 23-8. Epub 2007 Aug 23.
9. Masha A. et al. Prolonged treatment with N-acetylcysteine and L-arginine restores gonadal function in patients with polycystic ovary syndrome. J Endocrinol Invest. 2009 Dec; 32 (11): 870-2.
10. Soni A. et al. Role of L-Arginine in Oligohydramnios. J Obstet Gynaecol India. 2016 Oct; 66 (Suppl 1): 279-83.

З М І С Т	
АКУШЕРСТВО	
Корекція дефіциту заліза та залізодефіцитної анемії у жінок, які дотримуються вегетаріанської і веганської дієти	
Ю.В. Давидова, А.Ю. Лиманська, Ю.П. Нерознак	
Жінки, які дотримуються певних обмежень у харчуванні (вегетаріанки та веганки), мають дефіцит заліза, про що свідчать низькі концентрації феритину. Ефективність антианемічної терапії препаратом Сорбіфер Дурулес визначається виникненням ретикулоцитозу (ранній маркер), який спостерігається на 7-8-му добу від початку лікування. Відновлення депо заліза відбувається через 3 міс від початку лікування, що доводить необхідність тривалої антианемічної терапії.	3
ГІНЕКОЛОГІЯ	
Гестаційний діабет: надання медичної допомоги під час вагітності	
Методичні рекомендації для акушерів-гінекологів, сімейних лікарів, терапевтів та ендокринологів	
Т.В. Авраменко, І.М. Мелліна, Л.М. Бикова	
Гестаційний цукровий діабет є значущою медико-соціальною проблемою для багатьох країн світу і в т.ч. України. Світове медичне товариство розглядає гестаційний діабет як пріоритетний напрямок у справі охорони здоров'я матері і дитини. Це зумовлено тим, що гестаційний діабет є надзвичайно поширеною патологією, яка призводить до великої кількості ускладнень вагітності та пологів, високої дитячої перинатальної захворюваності і смертності.	8-11
СЕКСОЛОГІЯ	
Синдром полікістозних яєчників як випадкова знахідка: спостерігати чи лікувати?	
У статті представлено детальний огляд оптимальної тактики діагностики та лікування синдрому полікістозних яєчників на прикладі клінічного випадку захворювання. Крім того, описано можливості застосування D-кіро-інозитулу як перспективного методу корекції основних ендокринних та метаболічних порушень, асоційованих із синдромом полікістозних яєчників.	13
ОНКОГІНЕКОЛОГІЯ	
Вітамін D – неотъемлемый элемент комплексной терапии синдрома поликистозных яичников	
Синдром поликистозных яичников, как одно из наиболее распространенных нарушений женской репродуктивной системы, вызывает все больший интерес у исследователей и практикующих врачей во всем мире. Открытие новых звеньев патогенеза этого заболевания позволяет разрабатывать все более эффективные схемы его лечения. В статье изложены современные представления о роли дефицита витамина D и эффективности применения его добавок в терапии синдрома поликистозных яичников.	18-19
Оценка статуса железа в организме: что нужно знать практикующему врачу?	
Весной этого года эксперты ВОЗ представили руководство для оценки статуса железа в организме, а также мониторинга и анализа эффективности лечебных мероприятий по нормализации баланса железа на основании определения уровня ферритина.	23-24
СЕКСОЛОГІЯ	
Нарис історії розвитку жіночої сексології	
С.О. Возіанов, О.В. Ромащенко, В.М. Григоренко, С.М. Мельников, В.В. Білоголовська, О.В. Бабич, Л.Ф. Яковенко	
У статті представлено історичні етапи розвитку сексології та її складової – жіночої сексології як медичної науки. Починаючи з XX століття жіноча сексологія вступила у черговий ренесанс, коли вчені в різних країнах світу почали активно вивчати стан сексуального здоров'я жінок в нерозривному зв'язку з особливостями гінекологічного статусу із дотриманням принципів міждисциплінарного підходу.	25-29
ОНКОГІНЕКОЛОГІЯ	
Синдром Труссо и рак яичников	
Э.Ф. Калинкина, Н.П. Служко, О.В. Кондратьева, Д.Г. Тарасов	
В статье представлено описание успешного хирургического лечения пациентки с опухолью яичника, ассоциированной с синдромом Труссо.	34-35

Здоров'я України

МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Шановні читачі!

Передплатити наші видання ви можете в будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» або в редакції «Видавничого дому «Здоров'я України».

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 – 150 грн
- на 3 місяці – 450 грн
- на 6 місяців – 900 грн
- на 12 місяців – 1800 грн

НАШІ РЕКВІЗИТИ:
ТОВ «Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя»
04123, м. Київ, вул. Світлицького, 35.
e-mail: podpiska@health-ua.com
ЄДРПОУ 38419790, UA633510050000026004629765000
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 – 420 грн, на півріччя – 210 грн	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія» Передплатний індекс – 37639 Періодичність виходу – 6 разів на рік Вартість передплати на рік – 630 грн, на півріччя – 315 грн
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія» Передплатний індекс – 37635 Періодичність виходу – 4 рази на рік Вартість передплати на рік – 420 грн, на півріччя – 210 грн	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія» Передплатний індекс – 37633 Періодичність виходу – 4 рази на рік Вартість передплати на рік – 420 грн, на півріччя – 210 грн
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Онкологія, гематологія, хіміотерапія» Передплатний індекс – 37634 Періодичність виходу – 5 разів на рік Вартість передплати на рік – 525 грн	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія» Передплатний індекс – 37631 Періодичність виходу – 4 рази на рік Вартість передплати на рік – 420 грн, на півріччя – 210 грн
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Педіатрія» Передплатний індекс – 37638 Періодичність виходу – 4 рази на рік Вартість передплати на рік – 420 грн, на півріччя – 210 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 – 420 грн, на півріччя – 210 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 – 420 грн, на півріччя – 210 грн	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Урологія, нефрологія, андрологія» Передплатний індекс – 86683 Періодичність виходу – 4 рази на рік Вартість передплати на рік – 420 грн, на півріччя – 210 грн

НАШІ РЕКВІЗИТИ:
ТОВ «Тематичний проект «Здоров'я України 21 сторіччя»
04123, м. Київ, вул. Світлицького, 35.
Тел./факс відділу передплати +380(44) 364-40-28;
e-mail: podpiska@health-ua.com
ЄДРПОУ 38419785, UA253510050000026007628853200
в АТ «УкрСиббанк», МФО 351005

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

Археологія
«Медична газета
«Здоров'я України»
з 2003 року

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. Венцківський**, 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»
- Ф.С. Глумчер**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМУ ім. О.О. Богомольця
- 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»
- В.Г. Майданник**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, Заслужений лікар України, завідувач кафедри педіатрії № 4 НМУ ім. О.О. Богомольця
- 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
- В.В. Поворознюк**, д. мед. н., професор, президент Української асоціації остеопорозу, Заслужений діяч науки і техніки України, керівник відділу клінічної фізіології та патології опорно-рухового апарату Інституту геронтології НАМН України, директор Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу
- 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 фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України
- П.Д. Фомін**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри хірургії № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця
- 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
ДИРЕКТОР З РОЗВИТКУСергій Черкасов
Людмила ЖдановаСвідоцтво KB № 17674-6524P від 04.04.2011 р.
Передплатний індекс 89326Адреса 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) 364-40-28Газету віддруковано: ТОВ «СТУДІЯ 69»
04070, м. Київ, вул. Петра Сагайдачного, буд. 11Підписано до друку вересень 2020 р.
Замовлення № 010102020.
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.

ДАЙДЖЕСТ

НОВИНИ МЕДИЦИНИ

Великобританія вибрала п'ять нових препаратів-кандидатів для лікування коронавірусної інфекції

Великобританія вирішила почати дослідження інших лікарств для допомоги пацієнтам з COVID-19 і вибрала п'ять препаратів, які будуть опробовані в 30 лікарнях по всій країні. Серед них як уже відомі препарати, так і те, що ще проходять випробування в лікуванні інших захворювань. Ці препарати стануть частиною програми Accord (Accelerating COVID-19 research and development), в якій беруть участь лікарі, вчені, представники індустрії, британський Національний інститут досліджень в області здоров'я (NIHR), пише Guardian.

По словам професора Тома Уилкінсона, наукового керівника Accord із Центру біомедицинських досліджень Саутгемптона NIHR, вчені хочуть знайти лікарства, які знизять тяжкість коронавірусної інфекції, продовжити життя хворих і уникнути переведення пацієнтів в реанімацію. Поки в дослідження включено декілька пацієнтів, всього ж планується залучити близько 60 осіб до групи випробувань по кожному препарату – частина з них будуть отримувати стандартну терапію, а частина – одні з нових лікарств.

Серед препаратів-кандидатів:

- Гепарин, який має потенціал приєднатися до вірусів і запобігти їх проникненню в клітку, а також володіє протизапальними діями. Гепарин пацієнти з COVID-19 вперше почнуть отримувати в наступному місяці.
- Препарат для лікування захворювань крові bemcentinib, який показав потенційно ефективне противірусне дію в експериментах з вірусом Ебола і SARS-CoV-2.
- Протизапальне ін'єкційне засіб medi3506, яке знаходиться в процесі випробувань для різних захворювань і обструктивної хвороби легких, раніше досліджувалося і при астмі. Препарат здатен послабити «цитокіновий шторм», який призводить до серйозних наслідків у хворих COVID-19.
- Акалабрутиніб для лікування мантийноклеточної лімфомы, розроблявся для лікування важких запалень легких. Деякі свідчення вказують на зменшення числа ускладнень COVID-19 і важкого пошкодження легких при його застосуванні.
- Zilucoplan знаходиться в процесі випробувань проти миастенії гравіс, аутоімунного захворювання. Засіб здатен знизити надмірну активність системи комплемента, яка може призводити до руйнування клітин і серйозних пошкоджень тканин.

Препарати для дослідження були обрані з 200 потенційних кандидатів. В разі позитивних результатів вони будуть включені в національну дослідницьку програму, яку проводить Оксфордський університет.

По матеріалам <https://medvestnik.ru>

Коронавірус впливає на плаценту

Коронавірус SARS-CoV-2 може пошкоджувати плаценту. Це показало нове дослідження, опубліковане в American Journal of Clinical Pathology. При цьому патологія плаценти, пов'язана з COVID-19, може ніяк не впливати на майбутніх дітей, але, як вважають автори, це не поводи розслабитися. Описані ученими патології плаценти ніяк не відбилися на здоров'я дітей, які народилися у учасниць дослідження. Але автори попереджають, що такі пошкодження потенційно можуть порушувати перебіг вагітності.

Багато вірусів і бактерій не можуть пройти через плаценту, в той час як в більшості відомих випадків вірус не передавався від матері до дитини.

Вчені досліджували плаценти 16 жінок, хворих COVID-19, одразу після народження. Вони виявили, що інфекція може грати роль у порушенні кровообігу між матір'ю і плодом. Авторами дослідження не виключено, що це може стати причиною ускладнень, про які повинні знати медсестри, ведучі вагітність.

«Я не хочу робити поспешні висновки з невеликого дослідження, але ці попередні дані свідчать на користь того, що COVID-19 може призводити до змін в плаценті, які мають важливе значення для здоров'я при вагітності», – зазначає Емілі Міллер, доцент Северо-Западного університету (г. Еванстон, штат Іллінойс, США), співавтор дослідження.

Також вчені виявили в плаценті при COVID-19 аномальні кровоносні суди (мальперфузію) і міжворсинчасті тромби. Мальперфузія зазвичай зустрічається у жінок з підвищеним артеріальним тиском і пре-еклампсией. Але в цьому дослідженні тільки у однієї жінки спостерігалося ускладнення перебігу вагітності.

По словам Е. Міллер: «Діти були здоровими, доношеними, абсолютно нормальними. Але наші дані показують, що багато судів були затромбовані і багато плацент виявилися менше, ніж повинні були бути. Плацента – орган з великим запасом стійкості. Навіть коли тільки половина цього органу працює, дитина може народитися повністю здоровою. В той же час для більшості дітей це не несе небезпек, ускладнень можуть виникнути в окремих випадках».

По матеріалам: <https://medportal.ru>

З М І С Т

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Рак і вагітність	
М.Н. Botha, S. Rajaram, K. Karunaratne	
Рак у період вагітності хоча і є рідкісним випадком, та, як показали деякі епідеміологічні дослідження, його частота в останні роки зростає. Зокрема, у данському реєстрі зафіксовано збільшення частки раку, пов'язаного з вагітністю, з 5,4 до 8,3% протягом 30 років. Найпоширенішими пухлинами є меланома, рак шийки матки	14-15
Сучасні принципи діагностики та раціональної антибактеріальної терапії інфекційних захворювань органів сечовивідної системи	
С.П. Пасечніков	
На початку року в Києві відбулася професійна колегія лікарів акушерів-гінекологів та урологів «Сучасна мікробіологія у практиці лікаря», яка була організована медичною лабораторією «ДІЛА». У центрі уваги колегії були новітні діагностичні розробки для вирішення клінічних питань, практичні рекомендації щодо їх застосування, можливості сучасної лабораторної діагностики, що турбують не лише практикуючих лікарів, а й усіх пересічних жінок та чоловіків. На колегії було розглянуто актуальні питання лабораторної діагностики та застосування раціональної етіотропної терапії, проблеми антибіотикорезистентності при лікуванні запальних захворювань органів малого таза та сечовивідної системи	16-17
Енцефалопатія Вернике у беременній	
О.А. Борисенко, Т.А. Зайцева, А.В. Шапошникова, С.Г. Кудинова	
Екстрагенитальні захворювання являються актуальною проблемою не тільки сучасного акушерства, но і медицини в цілому. Данна патологія серед причин материнської і перинатальної смертності на сьогоднішній день займає одну з лідируючих позицій. Як показує практика, приблизно це 3-4-е місце, що становить близько 15% причин материнської смертності при акушерській патології. Незважаючи на такі показники перебіг вагітності і пологів у жінок з органічними ураженнями центральної нервової системи освітлені недостатньо. По-видимому, це обумовлено ще й тим, що вагітність при наявності захворювання буває не так часто. Однак важкі патології нервової системи потребують негайного рішення питання про можливість продовження вагітності, тактику ведення пологів.	20-21
Ишемическая болезнь сердца и миома тела матки: клиническое наблюдение пациентки с сочетанной патологией	
Б.М. Шарафутдинов, Е.Ю. Антропова, И.В. Абдулханов, С.А. Рыжков и др.	
В статті описано клінічне спостереження за пацієнткою з поєднанням ішемічної хвороби серця і міоми матки. На прикладі даного клінічного випадку показано, що застосування чресшкірного коронарного втручання на першому етапі лікування і рентгенендоваскулярної емболізації маточних артерій на другому етапі дозволило досягти адекватного і швидкого усунення обох патологій.	32-33
РЕПРОДУКТОЛОГІЯ	
Покращення репродуктивних результатів: можливості L-аргініну	
Прийом L-аргініну вагітними із гестаційною гіпертензією, преєклампсією або ЗВУР є безпечним і веде до зменшення ризику передчасних пологів, покращення стану плода і неонатальних результатів, оскільки поступово нормалізує фетоплацентарний кровообіг і зменшує гіпоксію плода	4
Трубно-перитонеальне непліддя: а чи здорові чоловіки?	
М.В. Поворознюк	
Встановлено, що в парах із безпліддям, причиною якого вважається трубно-перитонеальна патологія у жінок, є частими порушення фертильності у чоловіків. Щонайменше вони мають місце у 33,6% осіб. Основною причиною зниження генеративного потенціалу у цих пацієнтів є інфекційно-запальна патологія уrogenітальної системи, що діагностується більш ніж у половині випадків. Частим є безсимптомне інфікування статевих органів. Запропоновано вдосконалення організації початкової медичної допомоги парам із безпліддям, що передбачає надання медичної допомоги акушерами-гінекологами та обов'язково сексопатологами-андрологами або урологами у великих, добре обладнаних акушерсько-гінекологічних установах	30-31

ПЕРЕДПЛАТА НА 2021 РІК!

Здоров'я України®
Шановні читачі!

Передплатити наше видання ви можете в будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» за каталогом видань України «Преса поштою» на 2021 рік у розділі «Охорона здоров'я України. Медицина», а також звернувшись до редакції за тел. (044) 364-40-28.

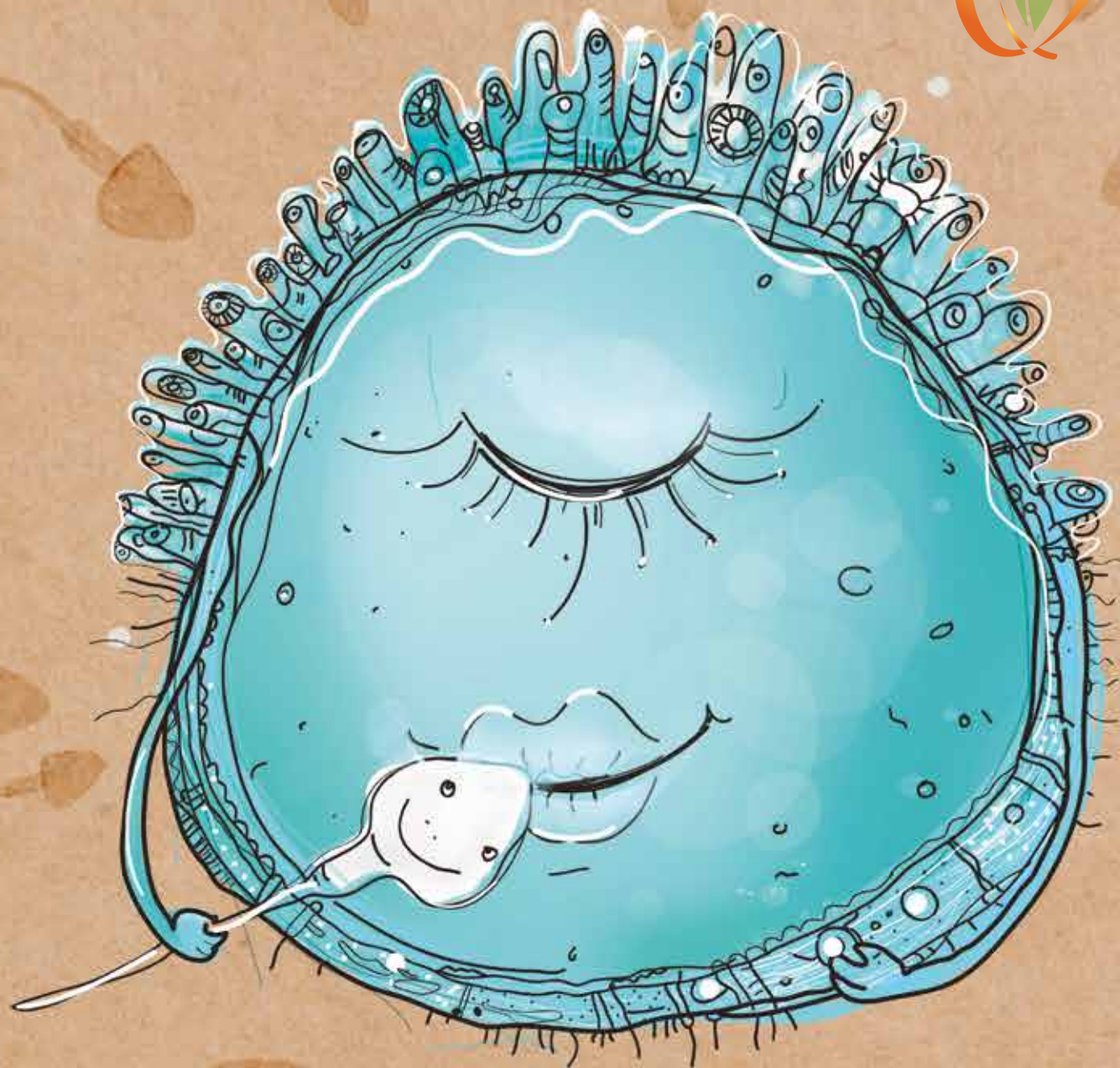
Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»

Передплатний індекс – 89326
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати на півріччя – 210,00 грн
Вартість передплати на рік – 420,00 грн

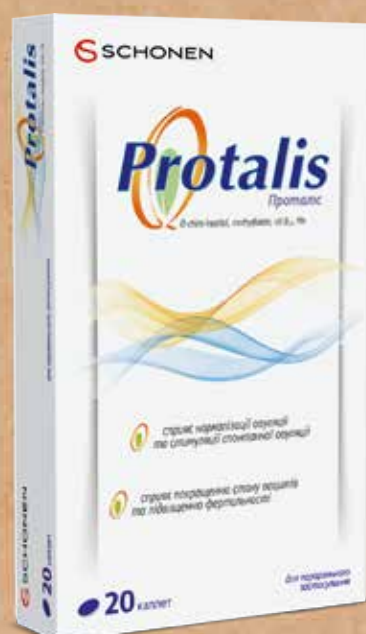
- Для редакційної передплати видання необхідно:
- ♦ перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку згідно з такими реквізитами:
р/р UA413510050000026006636475400 у АТ «УкрСиббанк»,
МФО 351005, код ЄДРПОУ 38391849;
 - ♦ надіслати копію квитанції, що підтверджує 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

ПОВІДОМЛЕННЯ	Описувач платіж: ТОВ «МАЗЬ» Код ЄДРПОУ [38391849] Пр [UA413510050000026006636475400] Банк отримувача: АТ «УкрСиббанк» МФО: 351005 Платник: П.І.Б. _____ Повномочний підпис та адреса клієнта _____ Вид платежу Передплата на «Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія» (передплатний індекс – 89326) Підпис платника _____ Дата «__» ____ 20__ р.	Сума місяців (2021 р.)
	Касир	
КВИТАНЦІЯ	Описувач платіж: ТОВ «МАЗЬ» Код ЄДРПОУ [38391849] Пр [UA413510050000026006636475400] Банк отримувача: АТ «УкрСиббанк» МФО: 351005 Платник: П.І.Б. _____ Повномочний підпис та адреса клієнта _____ Вид платежу Передплата на «Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія» (передплатний індекс – 89326) Підпис платника _____ Дата «__» ____ 20__ р.	Сума місяців (2021 р.)
	Касир	



А Я ТАКА ФЕРТИЛЬНА...



Сприяє:

- нормалізації овуляції при СПКЯ
- покращенню якості ооцитів в циклах ЕКЗ

Діюча речовина — D-chiro-inositol.

На правах реклами. Не є лікарським засобом. Звіт НЦ превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки ім. ак. Л.І.Медведя МОЗ України №3/28-592-68562Е від 27.04.2020.

Представництво «Дельта Медікел Промоушнз АГ». Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Синдром полікістозних яєчників як випадкова знахідка: спостерігати чи лікувати?

У статті представлено детальний огляд оптимальної тактики діагностики та лікування синдрому полікістозних яєчників на прикладі клінічного випадку захворювання. Крім того, описано можливості застосування D-кіро-інозиту як перспективного методу корекції основних ендокринних та метаболічних порушень, асоційованих із синдромом полікістозних яєчників.

Ключові слова: синдром полікістозних яєчників, гіперандрогенія, порушення менструального циклу, інсулінорезистентність, D-кіро-інозитол.

Клінічний випадок

Жінка, 25 років, під час профілактичного огляду в гінеколога повідомила про скарги на наявність висипань на обличчі. Крім того, відмічає підвищену жирність волосся голови, іноді – нерегулярність менструального циклу. З анамнезу відомо, що пацієнтка багато працює, постійного сексуального партнера не має, за менструальним циклом не стежить. Вагітність поки що не планує. Проведені клінічні обстеження, зокрема визначення рівнів загального тестостерону сироватки крові, а також ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза, відхилень від норми не виявили.

Який діагноз є найбільш вірогідним?

Незважаючи на те що в пацієнтки виявлено нормальні рівні чоловічих статевих гормонів, а також при УЗД органів малого таза відсутні полікістозно змінені яєчники, найбільш імовірною причиною вказаної симптоматики є синдром полікістозних яєчників (СПКЯ). Це підтверджує одночасна наявність у жінки клінічних проявів гіперандрогенізму (акне та жирної себореї), а також порушень менструального циклу як імовірної ознаки оліго-/ановуляції. Так, для встановлення діагнозу СПКЯ необхідне виявлення хоча б двох із трьох наступних критеріїв (Роттердамський консенсус із СПКЯ, 2003):

1. Овуляторна дисфункція з порушенням менструального циклу.
2. Гіперандрогенія (клінічна й/або біохімічна).
3. Виявлення полікістозно-змінених яєчників за допомогою ультразвукового сканування.

Отже, пацієнтка потребує проведення більш детального клінічного обстеження з метою визначення основної причини вищеписаних порушень, про що йтиметься далі.

Які дослідження слід призначати і чому?

Рання діагностика СПКЯ відіграє ключову роль в усуненні симптомів, поліпшенні якості життя і виявленні проблем фертильності. Крім того, вчасно розпочате лікування в довгостроковій перспективі дозволяє запобігти розвитку метаболічних, серцево-судинних і психосоціальних ускладнень, безпосередньо пов'язаних із даним захворюванням.

Першочергово необхідним є детальний збір анамнезу захворювання, що передбачає уточнення: часу появи і прогресування симптомів, застосування будь-яких лікарських засобів, а також сімейного анамнезу (зокрема, наявність у родичів СПКЯ, ендокринного безпліддя, цукрового діабету 2-го типу тощо).

Враховуючи те, що жінка скаржиться на нерегулярність менструального циклу, слід підтвердити наявність овуляторної дисфункції. Так, оліго- чи ановуляція є вірогідною в разі тривалості менструального циклу >35 днів або <21 дня, а також коли кількість циклів за рік менша 8 [1]. До більш точних методів діагностики овуляторної дисфункції відносяться: моніторинг базальної температури тіла, вимірювання рівнів прогестерону за 7 днів до очікуваної овуляції (найчутливіший), фолікулометрія та застосування наборів тестів для визначення овуляції.

Наступним, не менш важливим, етапом діагностичної програми СПКЯ є оцінка клінічних проявів гіперандрогенізму. Про надлишок андрогенів у жінки із СПКЯ з вищеписаного клінічного випадку свідчать симптоми андрогензалежної дерматопатії (акне та жирної себореї). Крім того, надзвичайно важливо визначити наявність у пацієнтки гірсутизму та оцінити його вираженість за модифікованою шкалою Феррімана – Голлвея [3]. Перед цим слід обов'язково з'ясувати факт косметичної корекції надмірного оволосіння. Ступінь вираженості клінічних проявів гіперандрогенії та їхній характер залежать від рівня чоловічих статевих гормонів у сироватці крові. Водночас описана ситуація клінічного випадку СПКЯ засвідчує той факт, що не завжди клінічний гіперандрогенізм може супроводжуватися біохімічною гіперандрогенією. Зазвичай цей стан може виникати за умови:

- підвищеної активності 5- α -редуктази, що супроводжується надмірною трансформацією тестостерону в дигідротестостерон;
- зростання фракції біологічно активного тестостерону (фракції, пов'язаної з альбумінами, та вільної фракції) за рахунок зниження синтезу секс-стероїд-зв'язуючого глобуліну (ССЗГ).

Відповідно до цього в усіх жінок із СПКЯ доцільно визначати не лише рівні загального тестостерону в сироватці крові, а й концентрацію ССЗГ із подальшим обчисленням індексу вільного тестостерону (FAI = загальний тестостерон/ССЗГ $\times$ 100%)

(Rosner W. et al., 2007). Так, за низьких рівнів ССЗГ концентрація вільного тестостерону завжди буде високою, натомість кількість загального тестостерону може залишатися в межах норми. Крім того, задля виключення надмірної активності 5- α -редуктази необхідним є дослідження кількості дигідротестостерону (особливо за наявності симптомів андрогензалежної дерматопатії). За сумнівного андрогенного статусу слід призначати інші чутливі методи лабораторної діагностики біохімічної гіперандрогенії, зокрема визначення рівнів дегідроепіандростерон-сульфату та андростендіону.

Ультрасонографічне обстеження є обґрунтованим для оцінки морфології яєчників та для визначення товщини ендометрію. Так, УЗД-критеріям СПКЯ відповідає наявність більше 12 фолікулів діаметром 2-9 мм в обох яєчниках і/або збільшення оваріального об'єму на >10 мл (Balen A.H. et al., 2003). Варто зазначити, що діагноз СПКЯ може бути встановлений і за відсутності морфологічних змін яєчників під час УЗД, однак лише за умови наявності двох інших критеріїв захворювання: гіперандрогенії (клінічної й/або біохімічної) та овуляторної дисфункції.

Диференціальна діагностика має здійснюватися у всіх пацієнток із симптомами гіперандрогенії та порушеннями овуляції. Так, передусім варто виключити андрогенпродукуючі пухлини надниркових залоз та яєчників за допомогою візуалізаційних методів дослідження, особливо за високих рівнів загального тестостерону та швидкого прогресування ознак гіперандрогенізму [3]. Крім того, важливо призначити лабораторну оцінку сироваткових рівнів 17-гідроксипрогестерону з метою діагностики вродженої гіперплазії кори наднирників (Carmina E. et al., 2017), рівнів пролактину – для виключення гіперпролактинемії, а також визначення кількості тиреостимулюючого та фолікулостимулюючого гормонів у сироватці крові з метою виявлення дисфункції щитоподібної залози та виключення передчасного виснаження яєчників відповідно [2].

Оцінка кардіометаболічного ризику показана всім пацієнткам із СПКЯ і передбачає в першу чергу визначення індексу маси тіла (ІМТ), а також вимірювання окружності талії та офісного артеріального тиску на кожному прийомі. Якщо ІМТ пацієнтки складатиме >25 кг/м² або <25 кг/м² за позитивного сімейного анамнезу щодо цукрового діабету (ЦД) 2-го типу, доцільним є подальше проведення перорального тесту на толерантність до глюкози та визначення повного ліпідного профілю (Wild R.A. et al., 2010). Крім того, у всіх хворих на СПКЯ необхідним є оцінка індексів HOMA (Homeostasis model assessment) і QUICKI (Quantitative insulin sensitivity check index) із метою виявлення інсулінорезистентності [1].

Оцінка депресії та тривоги за відповідними опитувальниками є не менш важливим пунктом діагностичної програми, адже СПКЯ часто асоціюється з ризиком виникнення зазначених психічних порушень (Kaczmarek C. et al., 2016).

Які ускладнення може спричинити СПКЯ?

Усі жінки із встановленим діагнозом СПКЯ мають бути проінформовані, що ця патологія не лише може бути причиною ендокринного безпліддя, а й має також довгострокові ризики для здоров'я. Так, для більшості хворих на СПКЯ, незалежно від величини ІМТ, характерною є наявність інсулінорезистентності, відсутність корекції якої може провокувати виникнення ЦД 2-го типу й гестаційного діабету. Окремо слід відзначити вагомий роль інсулінорезистентності у розвитку порушень процесів яєчничкового стероїдогенезу. Це пояснюється насамперед тим, що ефекти надмірного впливу інсуліну на тканини частково реалізуються через рецептори інсуліноподібного фактору росту 1 (ІФР-1). Так, надлишкова дія інсуліну та ІФР-1 характеризується здатністю підвищувати концентрації рецепторів лютеїнізуючого гормону (ЛГ) і, як наслідок, посилювати ЛГ-залежний синтез андростендіону клітинами теки і строми яєчників. Крім того, виявлено здатність інсуліну пригнічувати продукцію ССЗГ, що веде до зростання рівня вільних андрогенів у крові. У кінцевому результаті інсулінорезистентність призводить до появи клінічних симптомів гіперандрогенії, ановуляції, формування полікістозних змін яєчників і, як найбільш несприятливого наслідку СПКЯ, – безпліддя (Podzolkova N.M. et al., 2012).

Слід також наголосити, що наявність метаболічних порушень підвищує ризик гіпертонічної хвороби й гіперліпідемії та пов'язаних із ними кардіоваскулярних ускладнень. Крім того, у жінок із СПКЯ, які не проводять корекцію надлишкової маси тіла та ожиріння, може виникати апное уві сні.

Наявність оліго-/аменореї як наслідок ановуляції є чинником ризику гіперплазії та карциноми ендометрію. До того ж СПКЯ часто асоціюється зі зниженням якості життя, психологічними порушеннями (зокрема, депресією або тривожністю), розладами харчової поведінки та сексуальною дисфункцією.

Якою має бути тактика лікування СПКЯ, якщо захворювання є випадковою знахідкою: спостерігати чи лікувати?

Оптимальне лікування СПКЯ вимагає індивідуального підходу та адаптації до реальних потреб жінки (Conway G. et al., 2014). Так, у жінок із олігоменореєю легкого ступеня та морфологічно полікістозно-зміненими яєчниками показане лише спостереження за симптомами захворювання [1]. У більш складних випадках призначається фармакологічне лікування, метою якого є корекція надлишку андрогенів, менструальної та овуляторної дисфункції, інсулінорезистентності, а також запобігання розвитку пізніх ускладнень СПКЯ.

У жінок із СПКЯ, які не планують вагітність, найбільш доцільним є призначення комбінованих оральних контрацептивів (КОК). Терапія низькодозованими КОК пригнічує виділення гонадотропінів, збільшує концентрацію ССЗГ, гальмує дію андрогенів, зменшує шкірні прояви гіперандрогенії, знижує ризик розвитку гіперплазії, і відповідно раку, ендометрію. Крім основної фармакотерапії СПКЯ доцільно також застосовувати місцеву й медикаментозну корекцію акне, а також косметичне усунення гірсутизму [3].

На жаль, жоден препарат із групи КОК не здатний вилікувати СПКЯ. Крім того, за даними дослідження J. Vrbíková та співавт. (2005), така терапія може призводити до зниження чутливості тканин до інсуліну й погіршувати толерантність до глюкози. Саме тому модифікація способу життя (здорове харчування й/або помірна фізична активність, когнітивно-поведінкові або комбіновані втручання) має розглядатися як головна стратегія лікування жінок із СПКЯ. Так, дотримання здорового способу життя такими хворими продемонструвало низку переваг у багатьох клінічних випробуваннях. Зокрема, у Кокранівському систематичному огляді шести рандомізованих досліджень (Moran L.J. et al., 2011) було виявлено, що модифікація способу життя при СПКЯ сприяла зниженню маси тіла, нормалізації менструальної функції та зменшенню проявів гіперандрогенії. Крім того, встановлено роль здорового способу життя в корекції інсулінорезистентності – патологічного стану, пов'язаного з розвитком багатьох несприятливих наслідків, асоційованих із СПКЯ.

Разом із дотриманням здорового способу життя у дорослих жінок із СПКЯ рекомендована також медикаментозна корекція інсулінорезистентності. На сьогодні з цієї метою широко застосовуються інсулін-сенситайзери, зокрема метформін, що особливо показаний у хворих на СПКЯ із ІМТ >25 кг/м², а також високим метаболічним ризиком [6]. Доведено, що його призначення покращує оваріальну функцію, відновлює циклічність менструального циклу та зменшує рівень чоловічих статевих гормонів (Genazzani A.D. et al., 2010). Однак застосування метформіну не рекомендовано для лікування шкірних проявів гірсутизму, корекції ожиріння та з метою індукції овуляції [2, 3]. Крім того, його використання пов'язане із розвитком гастроінтестинальних побічних реакцій, що значно зменшує прихильність до такої терапії. Вищезазначене стало поштовхом до пошуку нових ефективних методів лікування метаболічних та ендокринних порушень, асоційованих із СПКЯ.

Згідно з результатами численних досліджень було продемонстровано, що наявність зміненого метаболізму інозиту може сприяти розвитку інсулінорезистентності (Sortino M.A. et al., 2017). Інозитол відноситься до комплексу вітаміну В і епімеризується в людському організмі в дев'ять стереоізомерів. З останніх найбільш біологічно значущим і вивченим є D-кіро-інозитол (DCI).

На сьогодні ефективність DCI у лікуванні пацієнтів із СПКЯ доведена у багатьох клінічних випробуваннях. Так, у дослідженні N. Galazis et al. (2011) було виявлено, що застосування DCI у хворих на СПКЯ покращувало функцію яєчників, нормалізувало метаболічні порушення й сприяло зниженню проявів гіперандрогенії. Крім того, нещодавнє дослідження A. Pizzo et al. (2014) продемонструвало, що використання DCI має здатність покращувати регулярність менструального циклу, зменшувати вираженість акне й нормалізувати ендокринні та метаболічні параметри резистентності до інсуліну.

На сьогодні в Україні DCI представлений у складі широко відомого комплексу Проталіс, що містить 500 мг DCI, 200 мкг метилфолату (вітамін В₉), 1,25 мкг ціанокобаламіну (вітамін В₁₂) та 1 мг марганцю.

Згідно з результатами деяких випробувань встановлено клінічну ефективність цього комплексу при корекції симптомів СПКЯ. Зокрема, у дослідженні Л.В. Калутіної (2018) показано, що у хворих на СПКЯ Проталіс сприяв нормалізації маси тіла, відновлював регулярні овуляторні менструальні цикли, знижував частоту андрогензалежних дерматопатій і достовірно знижував рівні андрогенів. Крім того, на фоні застосування Проталісу відзначалася нормалізація деяких метаболічних показників (зокрема, індексу НОМА та рівнів гомоцистеїну). Це підтверджує доцільність застосування комплексу Проталіс при СПКЯ, особливо при легких проявах захворювання або за ризику призначення КОК.

Отже, питання доцільності медикаментозної терапії СПКЯ має вирішуватися індивідуально щодо кожної пацієнтки. При цьому слід зазначити, що призначення комплексу Проталіс має великі перспективи при веденні пацієнток із СПКЯ, незалежно від тяжкості основних проявів захворювання. Його застосування продемонструвало відмінні терапевтичні можливості корекції основних симптомів СПКЯ з низьким ризиком розвитку побічних ефектів.

Список літератури знаходиться в редакції.

Підготувала **Лілія Нестеровська**

Сучасні принципи діагностики та раціональної антибактеріальної терапії інфекційних захворювань органів сечовивідної системи*



С.П. Пасечніков

На початку року в Києві відбулася професійна колегія лікарів акушерів-гінекологів та урологів «Сучасна мікробіологія у практиці лікаря», яка була організована медичною лабораторією «ДІЛА». У центрі уваги колегії були новітні діагностичні розробки для вирішення клінічних питань, практичні рекомендації щодо їх застосування, можливості сучасної лабораторної діагностики, що турбують не лише практикуючих лікарів, а й усіх пересічних жінок та чоловіків. На колегії було розглянуто актуальні питання лабораторної діагностики та застосування раціональної етіотропної терапії, проблеми антибіотикорезистентності при лікуванні запальних захворювань органів малого таза та сечовивідної системи в акушерській, гінекологічній та урологічній практиці.

Згідно з даними Американського центру контролю і профілактики захворювань (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), частота інфекцій, стійких до антибіотиків, з 2013 р. зросла на 30% – з 2 до 2,6 млн випадків, – як і захворювань, що передаються статевим шляхом. Щороку реєструється понад 1 млн уперше виявлених випадків захворювання на гонорею, половина з яких є резистентними до антибіотиків.

Із доповіддю «Антибактеріальна терапія інфекцій сечовивідних шляхів в умовах обмеженого застосування фторхінолонів» виступив завідувач кафедри урології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, завідувач відділу запальних захворювань ДУ «Інститут урології НАМН України», доктор медичних наук, професор Сергій Петрович Пасечніков.

Проблема інфекцій сечовивідних шляхів (ІСШ) є досить актуальною і широко обговорюваною темою. Її актуальність зумовлена тим, що загальне число хворих на ІСШ у світі протягом багатьох років залишається досить великим та ще й постійно збільшується, поступаючись лише кількості хворих на респіраторні захворювання. Відомо, що на це захворювання найбільш часто страждають жінки починаючи з дитячого віку. Вважається, що в середньому віці кожна друга жінка у світі хоча б раз у житті мала клінічний епізод, викликаний ІСШ, зазвичай циститом. І лише в похилому і старечому віці співвідношення хворих на ІСШ серед чоловіків і жінок дещо вирівнюється.

Хворі на ІСШ умовно розподіляються на дві великі групи – з неускладненим та ускладненим перебігом захворювання. Практичний інтерес становлять неускладнені ІСШ, передусім – найбільш поширений неускладнений цистит. Перший епізод цього захворювання зазвичай доволі легко купірується. Лікують таких хворих не лише (та й не насамперед) урологи, а й лікарі загальної практики (сімейної медицини), акушери-гінекологи, нефрологи та інші наші колеги. Така практика існує у країнах Європи, США та в багатьох інших країнах світу. Цей факт, відповідно, вимагає міждисциплінарного підходу до вирішення проблеми ефективності лікування неускладненого циститу. Адже до 30% жінок, які хоча б один раз перенесли ІСШ, надалі, на жаль, страждають від рецидивуючої інфекції.

Отже, за поширеністю неускладнений гострий цистит посідає перше місце серед усієї урологічної патології. Незважаючи на виражені скарги, це захворювання ніколи не призводить до смерті або незворотних змін в органах сечовидільної системи. Водночас гострий неускладнений цистит за частотою призначень антибіотиків також превалює над усіма урологічними захворюваннями. На жаль, у повсякденній практиці різні фахівці для лікування циститу використовують антибіотики різних груп, дуже часто не дотримуючись принципів положень антибіотикотерапії та доказової медицини. А це є одним із факторів, що спричиняють розвиток стійкості збудників до протимікробних препаратів – глобальної проблеми сучасності.

Як відомо, промислове виробництво першого антибіотика – пеніциліну почалося у 1943 р. За вісім десятиліть, що минули з того часу, кількість антибіотиків та їх виробників збільшилася до грандіозних масштабів. Проте і стійкість збудників до антибіотиків зросла неймовірно, її масштаби сьогодні вже становлять загрозу.

З огляду на важливість і масштабність цієї проблеми, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у 2015 р. ухвалила Глобальний план дій щодо боротьби зі стійкістю до антимікробних препаратів. З моменту першої публікації

О. Флемінгом інформації про пеніцилін (1929) до прийняття ВООЗ цього документа ще не пройшло й століття. У чому ж причини подібного, фактично зворотного, результату від застосування антибіотикотерапії? Головними з них є швидка відтворюваність бактерій, помножена на кілька мільярдів років неперевершеного досвіду їх виживання в екстремальних умовах.

Тепер звернімося до короткої історії фторхінолонів. Дозволені для клінічного застосування ще у 80-х роках минулого століття, вони посіли особливе, практично домінуюче, місце серед препаратів для лікування інфекцій як відносно малотоксичні, із широким спектром антимікробної активності та пролонгованою дією засоби. Цьому також сприяли оптимальна для лікування урологічних інфекцій фармакокінетика з переважною нирковою екскрецією та висока ефективність при пероральному прийомі, що вкрай важливо для амбулаторної практики.

До 2015 р. включно рекомендаціями Європейської асоціації урологів (ЕАУ) такі представники групи фторхінолонів, як офлоксацин, ципрофлоксацин та левофлоксацин, входили до схем терапії гострих і хронічних як неускладнених, так й ускладнених інфекцій нижніх і верхніх сечовивідних шляхів. Якщо додати до цього, що деяким фторхінолонам властива найкраща серед антибіотиків здатність проникати у тканини простати та яєчок, стають зрозумілими причини небаженої популярності цих препаратів серед урологів і лікарів інших спеціальностей у всьому світі протягом кількох десятиліть.

Проте останніми роками саме до фторхінолонів відзначається найактивніше збільшення числа резистентних збудників, включаючи кишкову паличку, клебсієлу та ентеробактер – тобто збудників ІСШ. Внаслідок цього починаючи з 2017 р. фторхінолони, як і амінопеніциліни, експертами ЕАУ вже не рекомендуються для лікування неускладненого циститу із формулюванням: «...через негативний екологічний вплив і селекцію резистентних штамів». Ципрофлоксацин та левофлоксацин залишили тільки для емпіричної терапії неускладненого гострого пієлонефриту та ускладнених ІСШ лише за умов локальної резистентності патогенів <10%.

Разом із тим слід зауважити, що на фармацевтичному ринку України фторхінолони з'явилися на 10-15 років пізніше, ніж у Європі та США, тому у вітчизняній практиці зазначені препарати до цього часу ще зберігають достатню клінічну ефективність і, відповідно, антимікробну активність.

Однак останнім часом дедалі більш застережливою є інформація щодо побічної дії фторхінолонів. Як відомо, деякі з несприятливих ефектів лікарських засобів виявляються не на етапах експериментального або клінічного вивчення, а уже в ході широкого практичного застосування.

Саме це сталося із групою фторхінолонів. Через надшироке постмаркетингове застосування цих антибактеріальних препаратів виявлено цілу низку побічних ефектів. До їх числа входять кардіо- та нефротоксичність, ризик відшарування сітківки, тендиніт, депресія, тяжка діарея тощо. У ґрунтовному огляді літератури Н.Н. Liu (2010), що охоплює

публікації з 1980 по 2009 р., тобто тридцятирічний період, зазначено, що небажані явища, які пов'язані з використанням фторхінолонів, включають шлунково-кишкові розлади, токсичний вплив на центральну нервову систему, аномалії ЕКГ (наприклад, подовження інтервалу QT), порушення метаболізму глюкози, фототоксичність, сухожилі та суглобові розлади.

Доведено, що ципрофлоксацин може спричинити кристалурію та пов'язаний із цим інтерстиціальний нефрит (Khan M. et al., 2015). Кристали ципрофлоксацину, які утворюються в лужному середовищі, створюваному сечовиною, формують внутрішньоканальцевий преципітат, що призводить до ниркової недостатності.

У дослідженні F. Raguideau et al. (2016) за участю 27,5 тис. дорослих пацієнтів було показано статистично достовірне підвищення ризику відшарування сітківки в 10-денний період із моменту призначення фторхінолонів.

Управлінням із контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США (FDA) наведено цілий перелік побічних ефектів із боку скелетно-м'язової та периферичної нервової систем, виникнення яких є можливим при використанні фторхінолонів. Йдеться про тендиніт, розрив сухожилка, відчуття оніміння, поколювання в руках і ногах, м'язову слабкість, біль у м'язах, біль та набряк суглобів. Відповідно до рекомендацій FDA, попередження про ці та інші побічні ефекти внесено до інструкцій з медичного застосування відповідних фторхінолонів.

B. Pasternak, M. Inghammar, H. Svanstrom у 2018 р. опублікували результати ретроспективного когортного дослідження, що підтверджують наявність у фторхінолонів маловідомої побічної дії, яка виявляється у підвищенні ризику розвитку тяжких захворювань аорти. Прийом фторхінолонів був пов'язаний із підвищенням ризику виникнення аневризми/розшарування аорти на 66%. На думку авторів дослідження, подібний ефект зумовлений здатністю препаратів цієї групи підвищувати активність матриксних металопротеїназ, які можуть розщеплювати компоненти позаклітинного матриксу сполучних тканин.

В умовах поширеності туберкульозу в Україні важливим є ще один негативний аспект широкого застосування фторхінолонів. Воно не лише призводить до зростання резистентності мікобактерій, а й перешкоджає своєчасній диференціальній діагностиці, збільшуючи епідеміологічну напруженість. До того ж фторхінолони, діючи системно, викликають колатеральний ефект: змінюється склад нормальної мікрофлори кишечника, яка може перетворюватися зі сприятливої на вірулентну. До речі, це небажане явище завжди потрібно враховувати при виборі антибіотика для лікування ІСШ.

Беручи до уваги всі наведені факти, FDA рекомендує клініцистам при неускладнених урологічних інфекціях не призначати системні фторхінолони тим пацієнтам, у яких існують інші варіанти вибору антибактеріальної терапії, оскільки ризик серйозних побічних ефектів може перевищити потенціальну користь для таких хворих. Також надається рекомендація негайно припинити лікування фторхінолонами,

* Тематичний номер «Урологія. Нефрологія. Андрологія» № 1, 2020 р.

Таблиця. Порівняльна активність пероральних антимікробних засобів стосовно основних збудників ІСШ (Kresken M. et al., 2016)				
Препарат	<i>E. coli</i> (n=538)	<i>K. oxytoca</i> (n=45)	<i>K. pneumoniae</i> (n=196)	<i>P. mirabilis</i> (n=234)
Цефіксим	90,9	100,0	94,4	97,9
Ципрофлоксацин	76,4	95,6	91,8	72,6
Норфлоксацин	71,7	93,3	83,7	69,7
Фосфоміцин	98,7	68,9	66,8	73,9

якщо пацієнти повідомляють про серйозні побічні ефекти. Таких хворих для завершення курсу лікування слід переводити на антибіотики іншої групи. Відповідно до методичних рекомендацій Американської урологічної асоціації, застосування фторхінолонів не показано при неускладнених ІСШ, окрім випадків резистентності до інших препаратів.

Станом на 2019 р. для лікування гострого неускладненого циститу ЄАУ також не рекомендує фторхінолони. Як препарати першої лінії слід використовувати фосфоміцину трометамол одноразово, макрокрисали нітрофурантоїну протягом 5 днів або півмецилінам протягом 3-5 днів. Відразу слід зауважити, що два останні із зазначених препаратів в Україні не зареєстровані. Разове ж призначення фосфоміцину трометамолу ще досить часто невинуватено ігнорується лікарями як таке, що, на їхню думку, не забезпечує стійкого ефекту.

Отже, як правильно лікувати ІСШ в сучасних умовах? Які препарати доцільно призначати, а які й чому не варто? З огляду на вищезгадані обставини вітчизняні лікарі у широкій амбулаторній та клінічній практиці мають шукати альтернативу фторхінолонам. Такою альтернативою сьогодні насамперед можна вважати цефалоспорины 3-го покоління. Відомо, що вони застосовуються переважно для парентерального лікування ІСШ у стаціонарах. Проте нате- пер в Україні зареєстровано й пероральну форму антибакте- ріальних препаратів цього класу, зокрема цефадроксил та це- фіксим, які мають високу ефективність у лікуванні ІСШ, у тому числі неускладненого гострого циститу.

У таблиці наведено порівняльні дані щодо активності найбільш уживаних пероральних антибіотиків проти ос- новних уропатогенів. Чутливість чотирьох основних збуд- ників циститу (*Escherichia coli*, *Klebsiella oxytoca*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*) до цефіксиму, наприклад, ста- новить 91-100%.

Зазначені таблетовані цефалоспорины 3-го покоління ма- ють високу активність щодо позаликарняних штамів киш- кової палички та низький потенціал селекції резистентних штамів. При їх застосуванні створюються високі концент- рації у сечі та нирковій паренхімі, що робить можливим їх використання при інфекції як нижніх, так і верхніх сечови- відних шляхів. Беручи до уваги той факт, що фосфоміцину трометамол не накопичується в нирковій паренхімі, саме пероральні цефалоспорины 3-го покоління можна вважати

адекватною альтернативою фторхінолонам для емпірич- ної амбулаторної антибактеріальної терапії неускладнених ІСШ — гострого пієлонефриту та гострого циститу.

Серйозну проблему в урологічній практиці становить ре- цидивуюча інфекція. Приблизно у 30% жінок виникають епізоди циститу понад 2-3 рази протягом року. Це може бути як результатом реінфекції, так і бактеріальної персистенції, якщо інфекція залишається в сечовивідних шляхах після лікування. На сьогодні в якості неантибактеріальних про- філактичних заходів лікарі традиційно призначають іму- нопрофілактику пероральним препаратом ОМ-89, замісну гормональну терапію, пробіотики, рослинні препарати, зо- крема на основі журавлини, D-манозу та внутрішньоміхурові інстиляції. Разом із тим ЄАУ на даному етапі ефективними щодо запобігання рецидивам ІСШ у жінок постменопаузаль- ного віку визнає лише імуноактивну профілактику препа- ратом ОМ-89 та вагінальну естрогенотерапію (місцеву, але не пероральну). Не рекомендовано застосовувати для зни- ження частоти рецидивів пробіотики, журавлину, D-манозу і внутрішньоміхурові інстиляції з огляду на суперечливі дані або недостатню кількість досліджень.

Лікування неускладнених ІСШ може відбуватись амбула- торно під наглядом уролога, нефролога, сімейного лікаря або терапевта. За потреби стаціонарного лікування його можна проводити в умовах урологічного, нефрологічного або тера- певтичного відділення.

Щоб допомогти практикуючим лікарям різного фаху ви- значити межі своєї компетенції в лікуванні хворих на ІСШ, доцільно нагадати наступне. Неускладнені ІСШ — це епізо- ди гострого циститу або пієлонефриту в невагітних жінок репродуктивного віку, які не мають анатомічних і функціо- нальних порушень та супутніх захворювань сечовивідних шляхів. Усі інші ІСШ фактично відносяться до ускладнених, адже пов'язані зі станами, що підвищують ризик інфікування або неуспішного лікування.

До факторів, що ускладнюють перебіг ІСШ, відносять:

- вагітність;
- літній вік;
- чоловічу стать;
- тривалість симптомів до 7 днів;
- недавній курс протимікробних препаратів;
- госпітальні інфекції;

- цукровий діабет;
- знижений імунітет;
- патологію органів сечовидільної системи;
- катетеризацію сечового міхура;
- недавні урологічні втручання.

Лікарям будь-якої спеціальності дуже важливо усвідом- лювати, що ускладнені ІСШ, особливо обструктивний пієлонефрит та гнійні його форми, потребують обов'язкової госпіталізації до урологічного стаціонару через потенційну потребу у дренуванні порожнистої системи нирки або гній- них вогнищ, а також через підвищений ризик розвитку уро- сепсису. Окрім усунення факторів, що ускладнюють ІСШ, для лікування таких хворих показані внутрішньовенні інфузії цефалоспорины 3-го покоління або комбіноване застосуван- ня аміноглікозиду з амінопеніциліном чи цефалоспорином 2-го покоління. Фторхінолони можуть призначатися тільки в регіонах із резистентністю збудників до них <10% — ви- ключно в разі алергії на β-лактами та аміноглікозиди, за ви- нятком хворих урологічних стаціонарів та осіб, які проходи- ли лікування фторхінолонами протягом останніх 6 місяців. Усі згадані обставини позбавляють можливості лікування пацієнтів із ускладненими ІСШ у будь-яких інших умовах, окрім урологічного стаціонару. У компетенції лікарів неуро- логічного профілю залишається тільки лікування хворих на неускладнений цистит та пієлонефрит.

На завершення констатуємо, що у реаліях нашої краї- ни забезпечення раціональної антибіотикотерапії усклад- нюється через цілу низку факторів. Зокрема, в Україні до цього часу не проводиться системний моніторинг анти- біотикорезистентності ані позаликарняної мікрофлори, ані госпітальної інфекції. Що це означає? Це означає, що наші лікарі не можуть виконати рекомендації ЄАУ відносно при- значення фторхінолонів «тільки в регіонах із резистентністю збудників <10%». Адже інформація про регіональну чутли- вість мікрофлори в нашій країні відсутня. Крім того, деякі із препаратів, що рекомендовані експертами ЄАУ (напри- клад, макрокрисали нітрофурантоїну та півмецилінам), взагалі відсутні на українському фармацевтичному ринку.

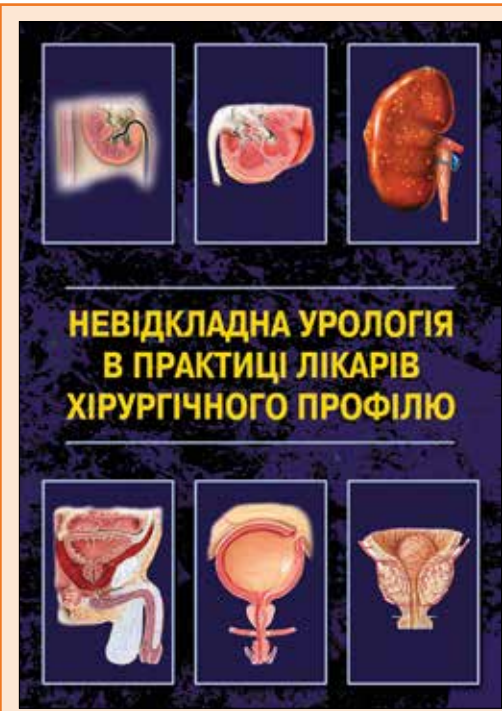
То що ж необхідно для покращення ситуації? Налагоджен- ня ретельного контролю за використанням антибактеріаль- них препаратів, а саме: чітке дотримання показань до їх при- значення та термінів лікування, уникнення недоцільного емпіричного застосування, забезпечення моніторингу випад- ків резистентності збудників, за можливості — застосуван- ня альтернативних антибактеріальних та інших лікарських засобів, зокрема імуно- та фітотерапевтичних.

Усе це потребує безперервного спостереження за процесом, постійного прогнозування стану резистентності мікрофлори та запобігання критичним ситуаціям, а також підвищення рівня підготовки лікарів з усіх зазначених аспектів діяльності. Це нагальні завдання, які ще тільки чекають належного вирі- шення. Але є й хороша новина — Україна тепер також у тренді протидії антибіотикорезистентності: у березні минулого року Кабінет Міністрів України ухвалив Національний план дій щодо боротьби зі стійкістю до протимікробних препаратів.

Підготувала **Марія Грицула**



КНИЖКОВА ПОЛІЦІЯ



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 симптоматику 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 звертатися за тел.: (097) 751 81 53.

Витамин D — неотъемлемый элемент комплексной терапии синдрома поликистозных яичников

Синдром поликистозных яичников, как одно из наиболее распространенных нарушений женской репродуктивной системы, вызывает все больший интерес у исследователей и практикующих врачей во всем мире. Открытие новых звеньев патогенеза этого заболевания позволяет разрабатывать все более эффективные схемы его лечения. В статье изложены современные представления о роли дефицита витамина D и эффективности применения его добавок в терапии синдрома поликистозных яичников.

Ключевые слова: витамин D, СПКЯ, синдром поликистозных яичников, инсулинорезистентность.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одним из наиболее распространенных расстройств женской репродуктивной системы. Согласно данным В.П. Сметник (2005), Rabe (1996), H.L. Judd (2005), частота СПКЯ в популяции составляет от 4 до 15% и встречается одинаково часто в разных этнических группах: в Украине — от 0,6 до 11%, в странах ближнего зарубежья — 1,8-11%, в Европе — 15-20%, в США — 6-10% [8].

СПКЯ является одной из основных причин бесплодия, поскольку сопровождается ановуляцией или овуляторной дисфункцией из-за повышенной секреции андрогенов в яичниках. Данное заболевание может привести к другим проблемам со здоровьем, связанным с гиперинсулинемией и избытком у женщин андрогенов (особенно тестостерона), таким как гирсутизм, акне, ожирение, нарушения углеводного обмена. При СПКЯ у пациенток очень часто наблюдается нарушение толерантности к глюкозе (Thomson R.L. et al., 2019). Последние данные свидетельствуют о том, что состояние хронического воспаления при СПКЯ можно рассматривать как одну из потенциальных причин связи СПКЯ с сахарным диабетом 2-го типа (СД2) и сердечно-сосудистыми заболеваниями (Hyderali, B.N., Mala, K., 2015).

Причина СПКЯ точно не известна, однако ученые сходятся во мнении, что определенную роль в этиологии этого заболевания играет патологическое снижение чувствительности периферических тканей к инсулину (особенно жировой и мышечной тканей) при сохранении таковой у ткани яичников. Или, наоборот, повышение чувствительности к инсулину именно ткани яичников.

В первом случае в результате инсулинорезистентности возникает компенсаторная гиперинсулинемия, которая становится причиной гиперстимуляции яичников и увеличения ими секреции андрогенов. Во втором случае яичники неадекватно реагируют на нормальный

уровень инсулина, производя избыточное количество андрогенов [1].

В настоящее время не существует «этиотропной терапии» СПКЯ, только возможность контроля симптомов заболевания, для чего чаще всего назначаются комбинированные оральные контрацептивы, позволяющие снизить уровень андрогенов. Помимо регуляции менструального цикла данные препараты помогают уменьшить проявления акне и гирсутизма, часто сопровождающих СПКЯ. Также популярным препаратом в терапии СПКЯ является метформин, который помогает бороться с лишним весом и инсулинорезистентностью, тем самым предотвращая развитие СД2 — частого осложнения СПКЯ.

Как дефицит витамина D влияет на течение СПКЯ?

Последние исследования показали, что способствовать развитию метаболических нарушений, связанных с СПКЯ, главным образом гиперинсулинемии и нарушения толерантности к глюкозе, может снижение уровня витамина D, который в норме стимулирует экспрессию рецепторов инсулина. Частота недостаточности витамина D выше среди пациенток с СПКЯ. Согласно данным исследований (Паньків І.В., Корытко А.А., 2018), у 93% женщин с СПКЯ встречаются недостаточность и дефицит витамина D, а среднее его содержание вероятно ниже у пациенток с СПКЯ (18,7 нг/мл) в сравнении со здоровыми женщинами (23,9 нг/мл). Низкие уровни витамина D могут усугубить симптомы СПКЯ, включая инсулинорезистентность, нарушение овуляции и менструального цикла, бесплодие, гиперандрогенизм, ожирение, а также повысить риск сердечно-сосудистых заболеваний (Thomson R.L. et al., 2019). Это связано с тем, что витамин D играет важную физиологическую роль в репродукции, включая развитие фолликулов в яичниках и лютеинизацию посредством изменения передачи сигналов

антимюллерова гормона [2], повышение чувствительности к фолликулостимулирующему гормону и активацию продукции прогестерона в гранулезных клетках яичников. Витамин D повышает секрецию прогестерона на 13%, эстрадиола — на 9% и эстрогена — на 21% [3].

Также витамин D влияет на гомеостаз глюкозы. Его воздействие объясняют присутствием в β -клетках поджелудочной железы и скелетных мышцах специфических рецепторов витамина D (PBD), экспрессией фермента 1- α -гидроксилазы во многих тканях, который может катализировать превращение 25-гидроксивитамина D [25(OH)D] до 1,25-дигидроксивитамина D, а также присутствием элемента, чувствительного к витамину D, в промоторе гена человеческого инсулина [4].

У женщин с СПКЯ очень часто наблюдается дефицит витамина D, что ухудшает течение заболевания. Проблема осложняется еще и тем, что на сегодняшний день человечество столкнулось с тотальным дефицитом витамина D. Согласно результатам исследований, в Украине недостаток витамина D отмечается у 81,8% населения [5]. Более того, весь мир переживает эпидемию дефицита витамина D, чему способствует современный образ жизни — длительное пребывание в офисных помещениях и транспорте, ношение закрытой одежды, загрязненность атмосферы в городах и т.д. Солнцезащитные кремы снижают синтез витамина D на 98%.

Поэтому применение добавок с витамином D показано чуть ли не всем, особенно в холодное время года. А что касается пациенток с СПКЯ, то, как отмечалось выше, потребление витамина D может улучшить гормональный профиль, оказывать противовоспалительные и антиоксидантные эффекты. Применение витамина D может помочь у пациенток с СПКЯ контролировать уровень андрогенов, а также уменьшить уровень биомаркеров воспаления и окислительного стресса.

СПКЯ, ожирение и витамин D: есть ли связь?

Ожирение широко распространено среди женщин, страдающих СПКЯ: 61-76% женщин с СПКЯ имеют ожирение, а 85% — избыточный вес (Fauser B.C. et al., 2012).

В нескольких исследованиях была доказана обратная зависимость между индексом массы тела и уровнем витамина D в организме (Snijder M.B. et al., 2005; Tzotzas T. et al., 2010). Было показано, что у лиц с ожирением более высокая доля жирорастворимого витамина D секвестрирована в жировой ткани, и, следовательно, биодоступность витамина D у этих пациентов ниже. С другой стороны, люди с ожирением, как правило, проводят меньше времени на открытом воздухе под воздействием солнечного света, что приводит к недостаточному биосинтезу витамина D в коже.

Кроме того, ожирение сильно коррелирует с инсулинорезистентностью и СД2 (Dunaif A., Finegood D.T., 1996). Несмотря на тесную связь между ожирением и инсулинорезистентностью многочисленные исследования показали, что у женщин, страдающих СПКЯ, обычно нарушение чувствительности к инсулину приобретает более тяжелый характер, чем следовало ожидать исходя из их массы тела (Dunaif A., Finegood D.T., 1996). В связи с этим статус витамина D неоднократно определялся как возможный фактор, способствующий резистентности к инсулину у женщин, страдающих СПКЯ.

Эта гипотеза подтверждается исследованиями на животных и людях (Bouillon R. et al., 2008). Крупнейшее исследование (данные NHANES, США) продемонстрировало обратную корреляцию между концентрацией 25(OH)D в сыворотке крови и распространенностью диабета. Позже было обнаружено, что концентрация 25(OH)D в сыворотке также отрицательно коррелирует и с инсулинорезистентностью (Scragg R. et al., 2004). Эти данные также были подтверждены в последующем 3-летнем исследовании,

в котором участники с нарушенным уровнем глюкозы натошак принимали холекальциферол и кальций, благодаря чему имели меньшее увеличение резистентности к инсулину по сравнению с контрольной группой, получавшей плацебо (Pittas A.G. et al., 2007).

Таким образом, пациенткам с СПКЯ в сочетании с ожирением особенно важно восполнять дефицит витамина D, чтобы снизить риски формирования инсулинорезистентности и СД2.

Эффективность назначения витамина D при СПКЯ

И действительно, в недавних исследованиях показано, что потребление витамина D было эффективным для снижения уровня С-реактивного белка, воспалительных цитокинов, а также активных форм кислорода [6]. Это очень важное открытие, поскольку повышение биомаркеров окислительного стресса может играть важную роль в патофизиологии СПКЯ.

Ранние исследования показали, что одновременное введение витамина D и кальция в течение 8 нед женщинам с СПКЯ было эффективным в снижении уровня свободного тестостерона и дегидроэпиандростерона (ДГЭА), но не влияло на уровень других гормонов (Razavi M., Jamilian M. et al., 2019). Также данная терапия в течение 12 нед благотворно влияла на восстановление регулярности менструального цикла и овуляции (Pal L. et al., 2012; Tehrani H.G. et al., 2014).

Еще одно исследование продемонстрировало, что добавки витамина D (50000 МЕ/нед) в течение 8 нед снижали уровень глюкозы натошак и повышали уровень адипонектина у женщин с диагнозом СПКЯ, у которых был дефицит витамина D (Seyyed Abootorabi M. et al., 2018).

Дозировки витамина D при лечении СПКЯ

Пациенткам с СПКЯ рекомендованы высокие дозы витамина D. Согласно данным исследований, применение 4000 МЕ/день витамина D в течение 12 нед женщинами с СПКЯ по сравнению с 1000 МЕ/день витамина D и плацебо привело к значительному снижению сыровоточного инсулина, индекса инсулинорезистентности (НОМА-IR), общего уровня тестостерона в сыровотке, индекса свободного андрогена. Применение высоких доз витамина D способствовало уменьшению гирсутизма, увеличению синтезируемого в печени глобулина, связывающего половые гормоны, но не влияло на уровень ДГЭА [6].

Добавки витамина D, такие как препарат Декап («ОмниФарма»), действующим веществом которого является холекальциферол — форма витамина D, вырабатываемая в организме человека, рекомендуются в качестве потенциального терапевтического дополнения при нарушениях овуляции и обмена веществ, наблюдаемых у женщин с СПКЯ [7]. Именно холекальциферол обладает более высокой эффективностью в достижении и сохранении целевых уровней 25(ОН) D в сыровотке крови, имеет низкую токсичность, широкий терапевтический диапазон и возможность применения в высоких дозах. Липофильность данной молекулы делает возможной ее кумуляцию в жировой ткани и, таким образом, обеспечивает создание депо витамина D для поддержания его уровня в холодное время года [7].

Декап выпускается в двух дозировках — 2000 и 5000 МЕ, что позволяет подобрать необходимую дозу как для здоровых людей, так и у пациентов из групп риска: с метаболическим синдромом, СД2, ожирением, синдромом мальабсорбции, остеопорозом, СПКЯ.

Таким образом, учитывая влияние витамина D на здоровье человека в целом и на фертильность в частности, а также в условиях его широкого дефицита целесообразно включать его в общепринятые схемы лечения репродуктивных нарушений у женщин. Добавление витамина D является безопасным и экономичным методом профилактики осложнений СПКЯ и улучшения репродуктивного здоровья.

Литература

1. Nestler J. E., Jakubowicz D. J., de Vargas A. F., Brik C., Quintero N., Medina F. Insulin stimulates testosterone biosynthesis by human thecal cells from women with polycystic ovary syndrome by activating its own receptor and using inositolglycan mediators as the signal transduction system. J Clin Endocrinol Metab. 1998 Jun; 83(6):2001-5.
2. Dastorani et al. The effects of vitamin D supplementation on metabolic profiles and gene expression of insulin and lipid metabolism in infertile polycystic ovary syndrome candidates for in vitro fertilization. Reproductive Biology and Endocrinology (2018) 16:94.
3. Parikh G., Varadinova M., Suwandhi P., Araki T., Rosenwaks Z., Poretsky L., Seto-Young D. Vitamin D regulates steroidogenesis and insulin-like growth factor binding protein-1 (IGFBP-1) production in human ovarian cells. Hormone and Metabolic Research, 201042754-757.

4. Lin, Wu M.-H. The role of vitamin D in polycystic ovary syndrome. Indian J Med Res. 2015 Sep; 142(3): 238-240.
5. Povoznyuk V.V. et al. Vitamin D deficiency in Ukraine: A demographic and seasonal analysis // Gerontologija 2012; 13(4):191-198.
6. Jamilian M. et al. Effect of Two Different Doses of Vitamin D Supplementation on Metabolic Profiles of Insulin-Resistant Patients with Polycystic Ovary Syndrome. Nutrients 2017, 9, 1280.
7. Tripkovic L. et al. Comparison of vitamin D₂ and vitamin D₃ supplementation in raising serum 25-hydroxyvitamin D status: a systematic review and meta-analysis. Am J Clin Nutr. 2012 Jun; 95(6): 1357-1364.
8. Мартинишин О.Б. Особливості функціонального стану яєчників у жінок різних морфотипів із синдромом полікістозних яєчників: Монографія, 2014.

Підготувала Анастасія Романова

3v

Декап®

ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ВІТАМІН D у формі зручних міні-таблеток



Декап® 2000

- дорослим по 1 таблетці на добу
- дітям та підліткам (від 3 до 18 років) по 1 таблетці 1 раз на 2 доби



Декап® 5000

- дорослим по 1 таблетці 1 раз на 2 доби
- дітям та підліткам (від 3 до 18 років) по 1 таблетці 1 раз на тиждень



93% жінок з СПКЯ мають недостатність та дефіцит вітаміну D*

*І. В. Паньків, О. О. Коритко. Вміст вітаміну D, частота його недостатності й дефіциту в пацієнток із синдромом полікістозних яєчників. Міжнародний ендокринологічний журнал. - 2018. - Т. 14, № 6

OMNIFARMA

Інформація для спеціалістів.
Виробник: ТОВ «СЕНСІЛАБ Польща-С.К.А.».
Добавка дієтична.

ХЕФЕРОЛ

ЗАЛІЗА ФУМАРАТ


ALKALOID
SKOPJE



НАЙВИЩИЙ ВМІСТ ЕЛЕМЕНТАРНОГО ЗАЛІЗА

ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНОЇ АНЕМІЇ



Склад: 1 капсула містить заліза фумарату, що еквівалентно 115 мг елементарного заліза. Фармакотерапевтична група. Антианемічні засоби. Препарати двовалентного заліза для перорального застосування. Заліза фумарат. Клінічні характеристики. Показання. Лікування і профілактика залізодефіцитної анемії. Протипоказання. Підвищена чутливість до компонентів препарату. Гемохроматоз, гемосидероз та інші типи анемії, не пов'язані з дефіцитом заліза в організмі (гемолітична анемія, апластична анемія, таласемія). Застосування у період вагітності або годування груддю. Хеферол показаний при дефіцитах заліза в період вагітності або годування груддю. Спосіб застосування та дози. Капсули приймати натще за 30 хвилин до сніданку, запивати великою кількістю рідини. Дорослі та діти віком від 12 років: для профілактики — 1 капсула на добу; для лікування — 1 капсула 2 рази на добу. Для лікування та профілактики вагітним у II та III триместрах призначають звичайні дози як для дорослих. Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування лікарського засобу. Даний матеріал призначений для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики та для публікації у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників. Р.П. UA/0263/01/01, наказ МОЗ №1789 від 04.08.2020

Оценка статуса железа в организме: что нужно знать практикующему врачу?



Весной этого года эксперты ВОЗ представили руководство для оценки статуса железа в организме, а также мониторинга и анализа эффективности лечебных мероприятий по нормализации баланса железа на основании определения уровня ферритина.

Ключевые слова: статус железа, анемия, перегрузка железом, ферритин, железосодержащие добавки, маркеры воспалительного процесса.

Железо является исключительно важным микроэлементом, играющим большую роль в транспорте кислорода, синтезе ДНК и метаболизме мышечной ткани [6, 7]. Анемия является наиболее распространенным следствием недостатка питания и встречается у 29% небеременных женщин, 38% беременных и 43% детей во всем мире [8]. Основная причина анемии — дефицит железа. С другой стороны, перегрузка железом, как правило, возникает вследствие наследственного гемохроматоза, талассемии, повторных гемотрансфузий и других состояний, оказывающих влияние на всасывание или регуляцию обмена железа [9]. Благодаря своей высокой реакционной способности железо всегда связано с белками. Так, железо в плазме связано с трансферрином, депонируется в клетках в виде ферритина и является частью молекул гемоглобина или миоглобина.

Лабораторная диагностика статуса железа необходима для определения адекватной тактики лечения дефицита железа и синдрома перегрузки железом.

Какие маркеры используют для оценки статуса железа?

Содержание железосвязывающих белков отражает состояние различных компартментов организма. Например, сывороточный ферритин является показателем запасов железа в организме, сывороточное железо и коэффициент насыщения трансферрина железом — показателями поступления железа в ткани организма, а растворимый рецептор трансферрина в сыворотке крови (sTfR), эритроцитарный ферритин и цинк-протопорфирин эритроцитов являются показателями поступления железа в костный мозг. Интенсивность использования железа костным мозгом для эритропоэза можно оценить по процентному содержанию гипохромных эритроцитов, среднему корпускулярному объему эритроцитов и содержанию гемоглобина в ретикулоцитах. Риск перегрузки железом обычно определяют с помощью биопсии печени или магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Поскольку на уровень этих показателей влияют другие факторы, такие как возраст, пол, сопутствующие заболевания, наличие инфекционно-воспалительных процессов, курение, определение специфичного маркера может представлять некоторые трудности.

Ферритин является основным белковым комплексом, который выполняет функцию депо железа и играет важную роль в гомеостазе последнего [33]. При отсутствии воспаления концентрация ферритина в плазме или сыворотке крови

положительно коррелирует с уровнем общих запасов железа в организме [10, 33, 34]. Низкая концентрация ферритина в сыворотке свидетельствует об истощении запасов железа, но не обязательно отражает степень этого истощения [34].

Является ли ферритин точным показателем запасов железа в организме человека?

В Кокрановском систематическом обзоре [46] были использованы данные всех существующих сравнительных исследований, в которых изучалась корреляция между уровнем ферритина в сыворотке или плазме и уровнем запасов железа, определенным с помощью аспирации костного мозга при дефиците железа или биопсии печени в случае синдрома перегрузки железом. Для оценки достоверности результатов исследований, силы рекомендаций и уровня доказательности использовалась Система классификации, оценки, разработки и экспертизы рекомендаций (GRADE) [63].

Авторы обзора пришли к выводу, что вне зависимости от клинического состояния исследуемых концентрация ферритина является низкой у лиц с дефицитом железа и высокой у лиц с высоким его содержанием. Существующие пороговые значения ферритина, определенные ВОЗ для здоровых групп населения, являются приемлемыми. При синдроме перегрузки железом повышение уровня ферритина сверх пороговых значений указывает на необходимость проведения дальнейшего обследования.

Другой систематический обзор включал 55 исследований, в которых проводилось сравнение результатов лабораторных анализов и гистологического исследования костного мозга у взрослых с анемией. Был сделан вывод о том, что измерение уровня сывороточного ферритина имеет важное значение для диагностики железодефицитной анемии.

В 2017 г. был проведен систематический обзор наиболее часто используемых пороговых значений ферритина для определения дефицита железа у беременных. В него были включены 76 исследований. Наиболее часто используемыми пороговыми значениями уровня ферритина в сыворотке крови для диагностики дефицита железа во время беременности были показатели <12 мкг/л и <15 мкг/л (68%); большинство исследований не представили никаких оснований для выбора пороговых значений ферритина в сыворотке крови. Авторы подчеркнули необходимость согласования унифицированных международных порогов значений дефицита железа у беременных [65].

Рекомендации

1.1. Уровень ферритина является хорошим маркером запасов железа в организме человека. Этот показатель следует использовать для диагностики дефицита железа у здоровых лиц без сопутствующих патологий (сильная рекомендация, низкий уровень доказательности).

1.2. У лиц с признаками инфекционного и/или воспалительного процесса показателем дефицита железа является уровень ферритина <30 мкг/л у детей и <70 мкг/л у взрослых (условная рекомендация, низкий уровень доказательности).

1.3. Уровень ферритина >150 мкг/л у менструирующих женщин и >200 мкг/л у мужчин и неменструирующих женщин без сопутствующих заболеваний является показателем высокого риска перегрузки железом (условная рекомендация, основанная на предыдущей рекомендации ВОЗ). У взрослых, имеющих сопутствующие заболевания, показателем риска перегрузки железом является уровень ферритина >500 мкг/л (условная рекомендация, очень низкий уровень доказательности).

1.4. Для определения синдрома перегрузки железом не следует ограничиваться измерением уровня ферритина. Пациенты с повышенным уровнем ферритина должны пройти комплексное клинико-лабораторное обследование для установления истинной причины его повышения (сильная рекомендация, очень низкий уровень доказательности).

Обоснование

Пороговые значения уровня ферритина, рекомендуемые для определения статуса железа в организме, представлены в таблице.

Важно!

- При отсутствии воспалительного процесса уровень ферритина в плазме/сыворотке положительно коррелирует с объемом общих запасов железа в организме. Уровень ферритина является низким у лиц с дефицитом железа и высоким у лиц с высоким его содержанием.

- В популяциях обычно проводится измерение уровня ферритина для определения распространенности дефицита железа или риска перегрузки железом наряду с измерением гемоглобина для оценки распространенности анемии. Также обычно используются маркеры воспаления (например, С-реактивный белок [СРБ] и/или альфа-1-кислый гликопротеин [АГП]) и дополнительные показатели статуса железа, такие как растворимый рецептор трансферрина.

- Концентрация ферритина может повышаться при перегрузке железом или вследствие других причин, включая заболевания печени, ожирение, наличие воспалительного процесса и злокачественных новообразований. Повышение уровня ферритина указывает только на наличие риска синдрома перегрузки железом и требует проведения дальнейшей диагностики для постановки конкретного диагноза.

- Для диагностики перегрузки железом обычно используется биопсия печени, так как печень является главным депо железа в организме человека, и концентрация железа в печени тесно коррелирует с общим балансом железа; кроме того, печень является единственным органом, в котором концентрация железа повышается при всех формах синдрома перегрузки железом. Также для оценки содержания железа в печени широко используются неинвазивные методы, такие как МРТ и компьютерная томография.

Является ли ферритин приемлемым показателем для оценки эффективности различных методов обогащения организма железом?

Представленные рекомендации основаны на результатах трех систематических обзоров.

Целью одного из систематических обзоров было исследование изменения уровня ферритина в ответ на нутритивные методы обогащения организма железом у относительно здоровых женщин репродуктивного возраста и детей старше 6 мес (PROSPERO) [66].

Было отобрано 10 метаанализов, охватывающих следующие методы обогащения организма железом: применение пищевых добавок (6 исследований); обогащение пищевых продуктов (1 исследование); сочетание применения добавок и обогащения пищевых продуктов (1 исследование); а также результаты позднего и раннего пережаривания пуповины (1 исследование) и антигельминтного лечения (1 исследование). Во всех случаях уровень ферритина в сыворотке крови возрастал в ответ на вмешательство.

К ограничениям данного исследования относится то, что все результаты были получены из доступных систематических обзоров и никакого дополнительного анализа не проводилось.

Продолжение на стр. 24.

Таблица. Рекомендованные пороговые значения ферритина для определения дефицита железа и риска синдрома перегрузки железом				
Сывороточный ферритин (мкг/л) ^{a, b}				
Категории населения	Дефицит железа		Риск синдрома перегрузки железом	
	Относительно здоровые лица ^c	Лица с признаками инфекции/воспаления	Относительно здоровые лица	Лица с сопутствующими заболеваниями
Дети 0-23 мес	<12	<30	—	—
Дети младше 5 лет (24-59 мес)	<12	<30	—	—
Дети 5-10 лет	<15	<70	>150 для девочек >200 для мальчиков	>500 ^d
Подростки 10-20 лет	<15	<70	>150 для девочек >200 для мальчиков	>500
Взрослые (20-59 лет)	<15	<70	>150 для женщин >200 для мужчин	>500
Пожилые люди (60+ лет)	<15	<70	>150 для женщин >200 для мужчин	>500
Беременные женщины	<15 (I триместр) ^e	—	—	—

Примечания:

^a Учитывая предыдущие рекомендации ВОЗ и новые данные.

^b Маркеры воспаления следует определять одновременно с концентрацией ферритина.

^c В данном руководстве под относительно здоровыми понимаются лица, состояние здоровья которых соответствует возрасту и физиологическому состоянию, без видимых признаков каких-либо заболеваний или физических недостатков.

^d У взрослых с сопутствующими заболеваниями концентрации ферритина >500 мкг/л могут быть признаком как синдрома перегрузки железом, так и других заболеваний. Представленные пороговые значения указывают на необходимость проведения дальнейшей клинико-лабораторной диагностики для установления диагноза и причин, лежащих в основе повышения уровня ферритина.

^e Во время беременности происходят некоторые физиологические изменения, связанные с изменением порогового уровня сывороточного ферритина для определения дефицита железа. К ним относятся физиологическое повышение уровня белков острой фазы после наступления беременности; увеличение объема плазмы во II триместре и изменение уровня маркеров воспаления в III триместре беременности.

Оценка статуса железа в организме: что нужно знать практикующему врачу?

Продолжение. Начало на стр. 23.

Таким образом, хотя результаты данного обзора подтверждают, что уровень ферритина возрастает в ответ на обогащение организма железом, дифференцированное влияние различных схем этих методов, например дозы или продолжительности приема препаратов железа, на изменение уровня ферритина остается неизвестным. Уровень достоверности результатов исследования, оцененный с помощью AMSTAR, является низким.

В 2015 г. был проведен систематический обзор исследований, участниками которых были спортсмены, имеющие дефицит железа, не сопровождающийся анемией. Целью исследования было изучение влияния применения железосодержащих добавок на уровень гемоглобина, сывороточного ферритина, сывороточного железа и насыщения трансферрина железом. Метаанализ 17 исследований показал, что прием железосодержащих добавок оказал значительное влияние на уровень сывороточного ферритина, сывороточного железа и насыщения трансферрина железом и умеренное — на повышение концентрации гемоглобина. Авторы систематического обзора пришли к выводу, что прием железосодержащих добавок способствует улучшению статуса железа и повышает аэробную выносливость у спортсменов, имеющих дефицит железа [67].

Результаты систематического обзора и метаанализа 2019 г., целью которых было исследование влияния программ обогащения пищевых продуктов на статус микроэлементов (витамины А, йод, железо и фолиевая кислота) у населения в странах с низким и средним уровнем дохода, продемонстрировали значимое улучшение этого статуса [68]. Влияние программ обогащения пищевых продуктов, включавших, в том числе, железо, на уровень ферритина было изучено в 6 исследованиях (n=6893). Уровень сывороточного ферритина повысился в среднем на 0,39 мкг/л, что указывает на значительное увеличение запасов железа в разных возрастных группах. Уровень доказательности был средним.

Как следует измерять уровень ферритина?

Было проведено сравнение эффективности наиболее распространенных лабораторных методов, используемых для определения уровня ферритина в сыворотке или плазме крови. Протокол был зарегистрирован в PROSPERO под номером CRD42016036222 [69]. При сравнении учитывались такие параметры, как чувствительность, специфичность и прогностическая значимость методов измерения уровня ферритина [70].

В систематическом обзоре были рассмотрены данные 252 исследований. Наиболее используемыми методами определения ферритина в плазме или сыворотке являлись радиометрические и нерадиометрические анализы и реакция агглютинации.

Рекомендации

Уровень ферритина может быть измерен с использованием радиометрических и нерадиометрических методов, а также реакции агглютинации. По-видимому, все эти методы являются равноценными и приемлемыми, если полученные с их помощью результаты соответствуют международным эталонным стандартам ВОЗ. Для повторных измерений уровня ферритина должен использоваться один и тот же метод и один и тот же биологический материал (сильная рекомендация, средний/низкий уровень доказательности).

Использование международного эталонного стандарта ВОЗ для определения диапазона норм уровня ферритина рекомендуется для калибровки всех коммерческих тест-систем и в обычной лабораторной практике (сильная рекомендация, средний/низкий уровень доказательности).

Следует ли определять уровень ферритина в комплексе с маркерами воспалительных процессов?

Рекомендации основаны на результатах двух метаанализов. Целью одного метаанализа было исследование взаимосвязи между уровнем ферритина, СРБ и АГП (по отдельности

и в комбинации) по данным 32 исследований для определения методов, позволяющих устранить влияние воспалительного процесса на уровень ферритина. Участниками исследований, вошедшими в метаанализ, были относительно здоровые младенцы (5 исследований), дети (7 исследований), мужчины (4 исследования) и женщины (16 исследований) (n=8796). При наличии воспалительного процесса уровень ферритина повышался на 49,6% (если в качестве маркера воспаления был выбран СРБ) или на 38,2% (если маркером воспаления был выбран АГП).

В целом, при наличии воспалительного процесса уровень ферритина увеличивался примерно на 30% и был связан с недооценкой дефицита железа в 14% случаев. Авторы метаанализа пришли к выводу, что измерение как АГП, так и СРБ необходимо для корректной оценки влияния воспалительного процесса на уровень ферритина [73].

В другом метаанализе исследовалось влияние воспалительного процесса, обусловленного малярией, на уровень ферритина. Участниками исследования были дети дошкольного возраста (6-59 мес) и женщины репродуктивного возраста (15-49 лет). Были проанализированы перекрестные данные 15 исследований для детей дошкольного возраста (n=27865) и 8 исследований для женщин репродуктивного возраста (n=24844) из проекта «Биомаркеры воспалительного процесса и анемии» (BRINDA). Для оценки запасов железа (дефицит железа определялся при снижении уровня ферритина до <12 мкг/л у детей дошкольного возраста и до <15 мкг/л у женщин репродуктивного возраста) при наличии воспалительного процесса, обусловленного малярией, использовались следующие методы:

- увеличение порогового значения уровня ферритина для определения дефицита железа до <30 мкг/л;
- исключение исследуемых с уровнем СРБ >5 мг/л или АГП >1 г/л;
- использование поправочных коэффициентов;
- применение метода регрессионной коррекции.

В зависимости от используемого подхода к внесению поправок на воспалительный процесс (учитывались уровни СРБ и АГП), предполагаемая распространенность дефицита железа повысилась на 7-25 и 2-8 процентных точек для детей дошкольного возраста и женщин репродуктивного возраста соответственно по сравнению с нескорректированными значениями.

Авторы пришли к выводу о целесообразности использования регрессионного анализа для оценки распространенности дефицита железа в регионах с широкой распространенностью воспалительных процессов. Для подтверждения эффективности предложенных методов необходимы дополнительные исследования [74].

Рекомендации

В регионах широкой распространенности инфекций и других заболеваний, сопровождающихся воспалительным процессом, оценка уровня сывороточного ферритина должна проводиться с одновременным измерением двух белков острой фазы ответа — СРБ и АГП (сильная рекомендация, уровень доказательности средний).

Важно!

• Необходимо определять уровни как СРБ, так и АГП, поскольку они отражают разные этапы реакции острой фазы воспаления.

Каков алгоритм диагностики дефицита железа и синдрома перегрузки железом?

Клинический алгоритм для исследования дефицита железа представлен на рис. 1. Если при лабораторном обследовании пациента с анемией дефицит железа не обнаружен, крайне важно выявить другие причины анемии, а также рассмотреть вероятность скрытого дефицита железа, поскольку уровень ферритина может быть повышен вследствие инфекции/воспаления. Кроме маркеров воспаления врач должен также принять во внимание значения других показателей статуса железа и клиническое состояние пациента.

В случае синдрома перегрузки железом положительный тест на ферритин (уровни ферритина превышают определенное пороговое значение) служит основанием для проведения ряда дополнительных обследований для выяснения причины возникновения перегрузки железом, в т.ч. с помощью генетического тестирования на предмет наследственных заболеваний крови (например, талассемия, наличие гена HFE), диагностики гемоглобинопатий и исследования функции печени. Клинический алгоритм диагностики синдрома перегрузки железом показан на рис. 2.

Таким образом, знание основных методов оценки статуса железа у пациентов и умение правильно интерпретировать их результаты очень важны для практикующего врача, поскольку своевременное проведение мероприятий, направленных на коррекцию статуса железа, может помочь предотвратить или выявить и вовремя назначить лечение неблагоприятных последствий дефицита железа или синдрома перегрузки железом.

Список литературы находится в редакции.

Реферативный обзор подготовила **Екатерина Чернышова**
По материалам: <https://www.who.int/publications/item/9789240000124>.

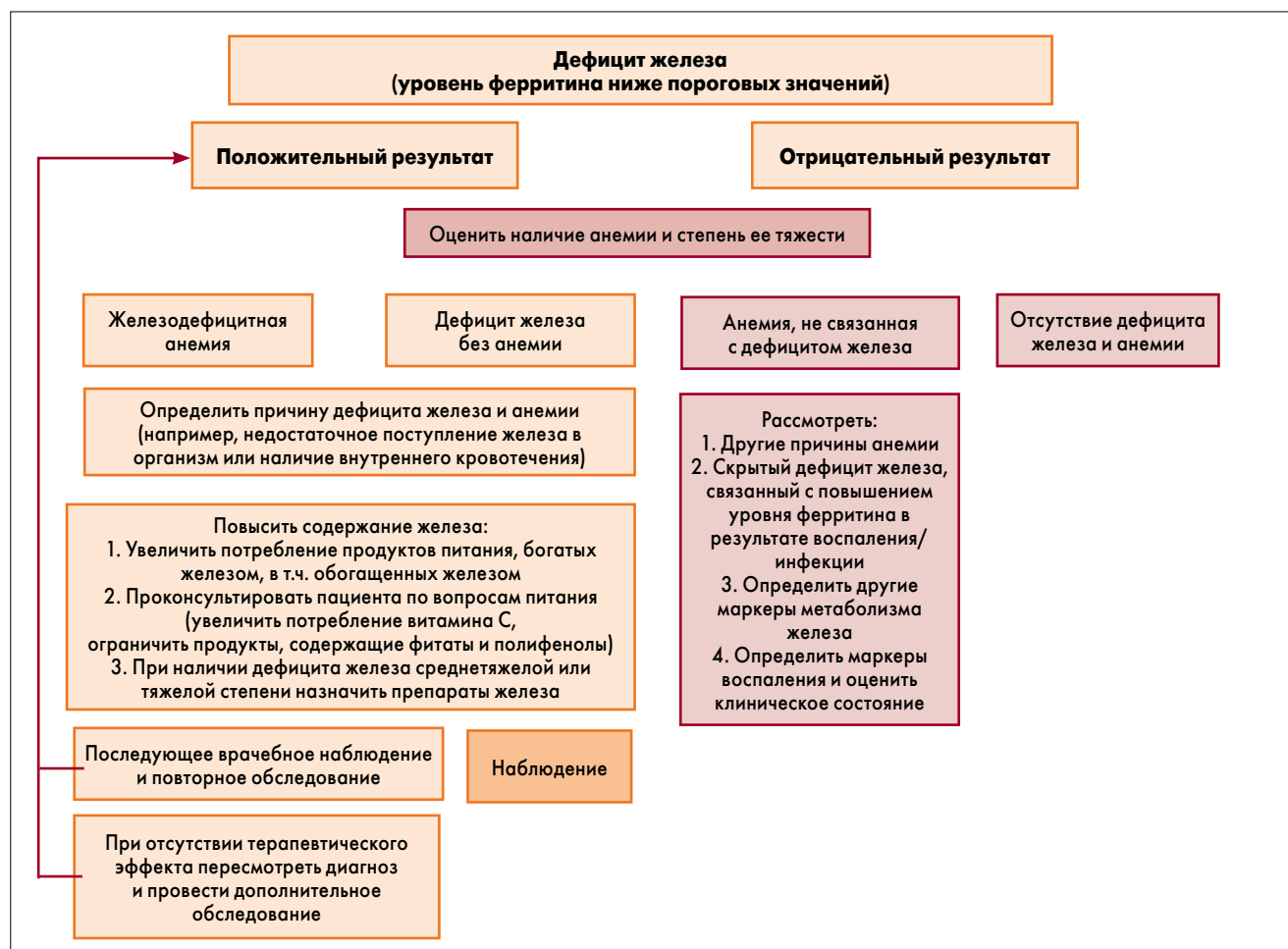


Рис. 1. Клинический алгоритм ведения пациентов с дефицитом железа

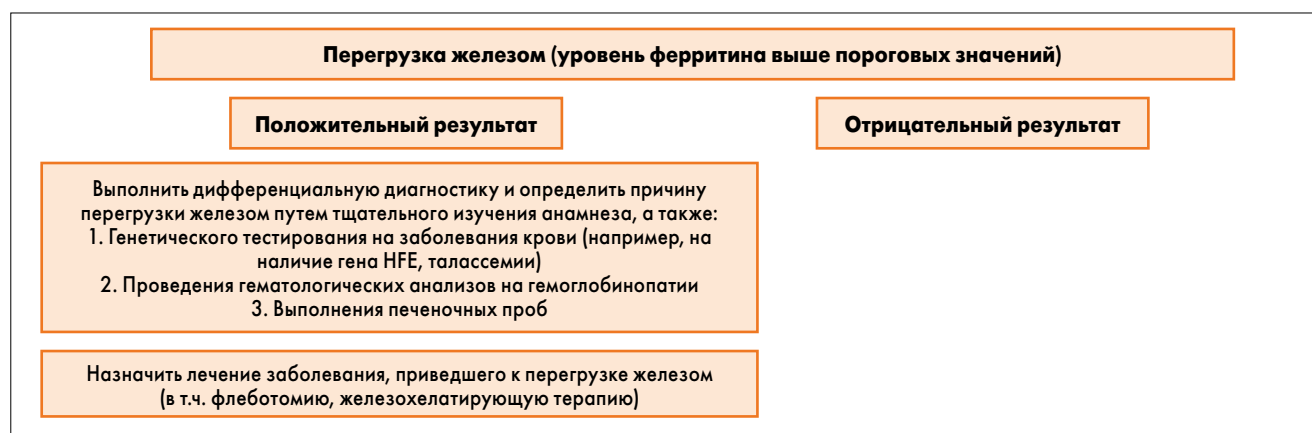


Рис. 2. Клинический алгоритм ведения пациентов с синдромом перегрузки железом

С.О. Возіанов¹, член-кор. НАМН України, д. мед. н., професор, директор ДУ «Інститут урології НАМН України», **О.В. Ромащенко**¹, д. мед. н., професор, головний науковий співробітник відділу відновної урології та новітніх технологій; **В.М. Григоренко**¹, д. мед. н., професор, керівник відділу відновної урології та новітніх технологій; **С.М. Мельников**¹, д. мед. н., професор, головний науковий співробітник відділу відновної урології та новітніх технологій; **В.В. Білоголовська**¹, к. мед. н., завідувач відділення ультразвукової діагностики; **О.В. Бабич**¹, **Л.Ф. Яковенко**², к. б. н.
¹ ДУ «Інститут урології НАМН України», ² Інститут молекулярної біології і генетики НАН України

Нарис історії розвитку жіночої сексології*

У статті представлено історичні етапи розвитку сексології та її складової – жіночої сексології як медичної науки. Починаючи з XX століття жіноча сексологія вступила у черговий ренесанс, коли вчені в різних країнах світу почали активно вивчати стан сексуального здоров'я жінок в нерозривному зв'язку з особливостями гінекологічного статусу та дотриманням принципів міждисциплінарного підходу.
Ключові слова: сексологія, жіноча сексологія, сексуальне здоров'я пари, історія.

Сексологія – наука про статеву функцію людини, що поєднує різні аспекти питань статі та статевого життя, знання з андрології, гінекології, урології, ендокринології, психології, терапії, антропології, генетики, філософії, історії, соціології, етнографії, теології, мистецтва. При оцінці особливостей сексуальної функції людини ці дисципліни розглядаються в гармонії взаємного доповнення.

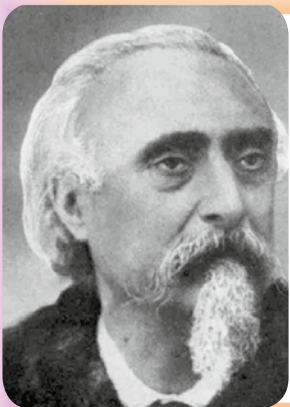
Історія розвитку сексології та її складової – жіночої сексології як медичної науки має свою неповторність з безліччю драматичних моментів на різних часових етапах.

Оглядаючись на минуле, слід зазначити, що до початку XVIII ст. термін «статевий» (лат. sexualis) використовувався лише в сенсі визначення статі, а слово «сексуальність» вперше з'явилося 1820 р. в ботаніці, після видання монографії Августа Хеншеля «Von der Sexualität der Pflanzen» («Сексуальність рослин») [1].

На початкових етапах даний термін у медицині сприймався виключно щодо оцінки репродуктивної спроможності як жінки, так і чоловіка, делікатно обминаючи особливості емоційної та фізіологічної складової сексуальної функції. Навіть Паоло Мантегацца у своїх працях, акцентуючи увагу на особливостях міжособистісних стосунків, використовував лише термін «любов».

Умовне та усвідомлене уникнення оцінки сексуальної функції як чоловіка, так і жінки, а також пари в цілому зберігалось до початку XIX ст. Лише у другій половині XIX ст., на тлі спалаху соціальних, економічних, політичних змін у суспільстві, сексуальність людини стала темою, відкритою для обговорення, що знайшло своє відображення в культурі, мистецтві, соціумі, а з часом і в медицині.

У другій половині XX ст. термін «сексуальність» став досить поширеним і набув скороченого визначення «секс» [2]. У цей період учений-антрополог із Флоренції Паоло Мантегацца (працював в Istituto di Studio Superiori Fisio, засновник Музею антропології та етнографії) у своїй книзі «Physiology of Love» («Фізіологія любові») уперше оцінював особливості жіночої сексуальності як у нормі, так і за наявності сексуальних розладів. Він уперше зупинився на передумовах формування сексуальної холодності, сексуального болю та вагінізму. У його працях, присвячених лікуванню жіночого та чоловічого безпліддя, пара розглядалась як єдине ціле [3].



Паоло Мантегацца
(1831-1910)

Саме його справедливо називають піонером сексуальної медицини, а його цитати з монографії

«Physiology of Love» є актуальними і затребуваними в наші дні: «Намагатися зробити любов розсудливою – те ж саме, що займатись пошуком квадратури кола... І якщо ви відчуваєте себе щасливим при цьому, не аналізуйте власного щастя. Це майже те саме, що роздробити гарного метелика, намагаючись розгледіти його красу...

Пам'ятайте, що любов – це ненаситна спрага, невичерпний океан.

Платонічна любов не знає обіймів, оскільки нескінченність неможливо обійняти...

Любов спочатку паралізує, ну а потім б'є струмом...

І кожний отримує стільки любові, наскільки заслуговує...

Австрійський психіатр Річард Фрайхер фон Краффт-Ебінг (1840-1902) у своїй монографії «Psychopathia Sexualis» (1886) уперше описав особливості кліторального та вагінального оргазму у жінок, а також передумови щодо формування аноргазмії. Вперше автором було проаналізовано характер гомосексуальних стосунків і виключено можливість їх виникнення на фоні захворювань або статевих вад [4].

У відповідності до даних V. Sigusch (2008), термін «сексологія» вперше з'явився у книзі «Sexology as the philosophy of life: implying social organization and government», представлений 1867 р. в Чикаго Elizabeth Osgood Goodrich Willard. Це була парафеміністична монографія, що висвітлювала релігійні фундаменталістські тенденції в міжособистісних стосунках чоловіка та жінки.

Англійський письменник, статист та євангеліст Karl Pearson 1885 р. виступив з лекцією «Питання про жінок», в якій зазначив: «Сексологія – це наука, що ґрунтується на принципах міждисциплінарного підходу». У 1907 р. цю точку зору було підтримано професором, дерматологом з Берліна Іваном Блохом у його популярному виданні «Das Sexualleben unserer Zeit» («Сексуальне життя в наш час»), який відмітив необхідність впровадження міждисциплінарного підходу в науці сексології [5].



Іван Блох (1872-1922)

Незважаючи на те що Зигмундом Фрейдом (1898), письменником Карлом Ванселовим (1904), сексологом Магнусом Хіршфельдом у монографії «Sexology» представлено аналогічні погляди, пріоритетність щодо значимості міждисциплінарного підходу в сексології, за визначенням наукової спільноти, належить саме Івану Блоху, а його праці «Сексуальне життя в наш час»



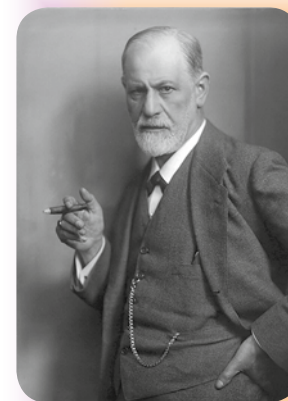
С.О. Возіанов



О.В. Ромащенко

та «Історія проституції» залишаються актуальними й натеper і їх продовжують перевидавати.

Завдячуючи відкриттю та розвитку психоаналізу як бази психотерапевтичної школи, Зигмунд Фрейд суттєво вплинув на розвиток світової сексології. Ним було сформульовано теорію психосексуального розвитку людини, безліч концепцій, пов'язаних з її сексуальністю (едипів комплекс, страх кастрації, бажання пеніса тощо), а також клінічний метод психоаналізу, що широко використовується в умовах сьогодення. Учений обґрунтував, що сексуальність є суттєвою мотивуючою складовою поведінки людини.



Зигмунд Фрейд
(1856-1939)

За твердженням Hartmann: «Фрейд намагався заснувати психоаналіз не як медичну науку, а як комплексний евристичний метод щодо усвідомлення людської сутності. Впроваджений ним підхід до психоаналізу став новим внеском у розвиток не лише медицини, а й літератури, філософії та мистецтва» [6].



Магнус Хіршфельд
(1868-1935)

У 1933 р. у Берліні працював відомий сексолог Магнус Хіршфельд, який заснував Науково-гуманітарний комітет із захисту гомосексуальних стосунків серед чоловіків та жінок (1897). У 1908 р. ним було започатковано

Продовження на стор. 26.

* Медичні аспекти здоров'я жінки, 2019, № 7, 8.

С.О. Возіанов¹, член-кор. НАМН України, д. мед. н., професор, директор ДУ «Інститут урології НАМН України», **О.В. Ромашенко**¹, д. мед. н., професор, головний науковий співробітник відділу відновної урології та новітніх технологій; **В.М. Григоренко**¹, д. мед. н., професор, керівник відділу відновної урології та новітніх технологій; **С.М. Мельников**¹, д. мед. н., професор, головний науковий співробітник відділу відновної урології та новітніх технологій; **В.В. Білоголовська**¹, к. мед. н., завідувач відділення ультразвукової діагностики; **О.В. Бабич**¹, **Л.Ф. Яковенко**², к. б. н.

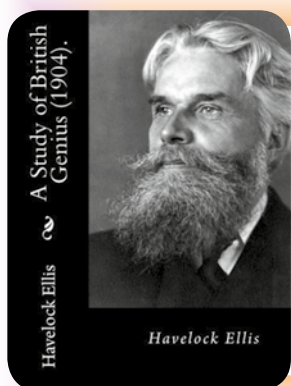
¹ ДУ «Інститут урології НАМН України», ² Інститут молекулярної біології і генетики НАН України

Нарис історії розвитку жіночої сексології

Продовження. Початок на стор. 25.

перший журнал із проблем сексології «Сексуальні науки», у першому номері якого обговорювались питання дефініцій та номенклатури в сексології [7, 8]. Він також вважається піонером у створенні освітніх сексуальних фільмів. На основі численних наукових здобутків в сексуальній медицині професор Магнус Хіршфельд заснував Інститут сексології (1919), у якому вперше проходили професійну підготовку і визнавались дипломованими фахівцями з сексології лікарі інших спеціальностей. У 1933 р. цей інститут було зруйновано націонал-соціалістами, а бібліотеку, зібрану вченим, яка містила цінні джерела із сексуальної медицини, було спалено. Його книга «Anatomy of Female Sexuality» («Анатомія жіночої сексуальності») вважається одним із перших видань, в якому представлено ґрунтовну оцінку передумов розвитку сексуальних розладів у жінок.

Професора Магнуса Хіршфельда справедливо називають «Ейнштейном в сексології», а його наукові та практичні надбання в галузі сексуальної медицини були надалі високо оцінені нащадками [9]. У 1999 р. було створено фільм «Магнус Хіршфельд – Ейнштейн сексу», за основу якого було взято однойменний роман Рози фон Праунхайм.



Гевлок Елліс
(1859-1939)

Англійський лікар Гевлок Елліс сприймав сексуальну активність чоловіка та жінки «як складову загального здорового стану і природних проявів любові», що знайшло своє відображення в його 6-томній праці «Вивчення психології сексуальності». Він увійшов в історію як відомий захисник прав жінок, виступаючи проти насильства у шлюбі. Ним було розроблено систему статевого виховання як невід'ємної складової загальної людської культури починаючи з підліткового віку [10].

Наукові досягнення Альберта Моллі, Магнуса Хіршфельда, Івана Блоха, Гевлока Елліса щодо вивчення жіночої сексології у поєднанні з ідеями Зигмунда Фрейда стали точкою відліку стосовно вивчення сексуальності людини з урахуванням особливостей статі.

Жіноча сексологія мала певні етапи розвитку у часі з відповідними піками та спадами і на вітчизняних теренах. Перші повідомлення про частоту та характер сексуальних дисфункцій у жінок у царській Росії належать М. Шаврову (1848).



Олександр Олександрович Кітер
(1813-1879)

Через десять років потому завідувач кафедри акушерських хвороб із Санкт-Петербурга, професор О.О. Кітер виділяв значущість врахування стану сексуального здоров'я жінок будь-якого віку в гінекологічній практиці.

У 1895 р. акушер-гінеколог із Санкт-Петербурга, професор В.М. Тарнавський видав монографію «Извращение полового чувства у женщин», яка сприяла вияву бурхливих дискусій у медичному науковому осередку.

Одночасно професором кафедри психіатрії Імперського Харківського університету П.І. Ковалевським у монографії «Психология пола» було зроблено спробу проаналізувати причини формування сексуальних розладів у жінок на фоні гінекологічних негараздів, сімейних незгод, самотності.



Павло Іванович Ковалевський
(1850-1931)

У цей період в акушерсько-гінекологічних спілках Санкт-Петербурга, Москви, Києва та Харкова почали з'являтися публікації деяких авторів стосовно питань сексуального здоров'я жінок з урахуванням особливостей статевого дозрівання, репродуктивного та клімактеричного віку.

А. Ненадович на секції акушерства та жіночих хвороб Пироговського з'їзду лікарів 1904 р. у Санкт-Петербурзі виступив з доповіддю «Anesthesia sexualis жінок», в якій було вперше представлено класифікацію різних форм жіночої фригидності з поясненням механізмів їх виникнення. Однак реальне розкриття результатів наукових досліджень цього автора було здійснено лише через 30 років після його смерті, коли у 50-60-ті роки минулого століття проблеми сексуального здоров'я чоловіка і жінки почали сприйматись на підставі наукового аналізу.

Варто зазначити, що думка суспільства та царська цензура протидіяли науковим дослідженням стосовно вивчення сексологічних питань. Так, на початку ХХ ст. виникла ідея проведення анкетування на предмет оцінки показників сексуального здоров'я молоді. Якщо розроблені 1905 р. професором Московського університету М.А. Членовим анкети встигли з'явитися в публікаціях після проведеного анкетування 2050 студентів, то анкети лікаря-дерматовенеролога з Харкова В.В. Фавра, що були поширені 1902 р. серед студенток медичного і педагогічного інститутів, поліція конфіскувала та знищила. Незважаючи на це лікарем за підтримки Харківської медичної спілки при анкетуванні було встановлено (оцінювались відповіді на 200 запитань у кожній анкеті), що більшість (92%) з опитуваних відмічали ранні (з 15-16 років) прояви статевих інтересів, 23% – свідомо утримувались від статевих стосунків та 57% – зазначали невдоволення від сексуальної стриманості, що негативно позначалась на їхній соціальній активності [11].

Саме в цей період особливий внесок у розвиток жіночої сексології було зроблено професором Г.Г. Гентером, який, окрім вдосконалення акушерської допомоги, з 1914 по 1916 р. на підставі численних досліджень представив наукову працю «Аномалії статевого почуття у жінок».

Він запропонував класифікацію статевої холодності з введенням нових дефініцій, таких як диспаревнія

та жіноча імпотенція. На думку вченого, складовими сексуальної поведінки жінки є статевий потяг та спроможність відчувати оргазм. Відсутність здібності жінки до досягнення оргазму він розцінював як статеве безсилля.

Під керівництвом професора Г.Г. Гентера на базі гінекологічних стаціонарів Санкт-Петербурга було організовано надання сексологічної допомоги пацієнткам будь-якого віку. Визначення професора про «нероздільне поєднання гінекологічного та сексуального здоров'я жінки в будь-якому віці» стало ключовим в його науковій та практичній діяльності.

Після Першої світової війни соціальні, політичні та економічні зміни в соціумі як у Європі, так і у США супроводжувались новими напрямками в розвитку мистецтва, культури, міжособистісних стосунків. Це вплинуло на сексуальну поведінку в суспільстві, яка була визначена на цей період як менш стримана. Даний період часу сприймають як один з етапів сексуальної революції.



Герман Генріхович Гентер
(1881-1937)

На початку ХХ ст. Маргарет Сэнджер очолила рух за контроль над народжуваністю в США. Кетрін Девіс провела анкетування з визначенням сексуальної функції серед 2200 жінок, результати якого були оприлюднені 1927 р. у вигляді окремої книги.

Британська письменниця Мері Стоупс написала керівництво для подружньої пари з відвертою розмовою про численні заборони в інтимних стосунках людини.

У 1926 р. голландський акушер-гінеколог, сексолог Теодор Хендрік ван де Вельде оприлюднив свою книгу «Ідеальний шлюб», в якій зупинився на техніці інтимних стосунків пари та визнав можливість орально-генітальних статевих зносин. У власній монографії вченим було висвітлено підходи щодо позбавлення «рутинних традицій у шлюбі» [12].



Теодор Хендрік Ван де Вельде
(1873-1937)

Друга світова війна спричинила чергову кризу міжособистісних стосунків та стала передумовою виникнення наступного етапу сексуальної революції. «Життю і моральним нормам багатьох мільйонів людей була завдана тяжка емоційна травма, і характерний для військового часу період руйнації з безліччю соціальних негараздів втратив свою стримуючу силу. Бажання мати все, що можливо, сьогодні, не роздумуючи про майбутнє, призводило до прагнення задоволення з нерозбірливістю в сексуальних стосунках», – стверджував Castello (1985). З цим історичним драматичним періодом людства пов'язаний

черговий етап змін сексуальної поведінки як чоловіка, так і жінки.

Після Другої світової війни американець Альфред Чарльз Кінсі, засновник Інституту з вивчення сексу, статі і репродукції (1947) при Індіанському університеті, вражений відсутністю даних щодо сексуальної поведінки людини, використавши свій статус викладача, провів анкетування серед студентів з метою аналізу отриманої інформації. Він дослідив, що анкетування методом інтерв'ю дає можливість більш правдиво, у коректній формі дізнатись про особливості інтимної сфери людини. Ним було проаналізовано понад 20 тис. інтерв'ю за період із 1938 по 1952 р. з використанням стандартної матриці, що нараховувала 521 запитання, 11240 тестів.

Учений стверджував: «Поки секс розглядають в умовах існуючої плутанини, невігластва, заперечення і зверхності... він завжди буде поєднаний з лицемірством та непристойністю, які не приведуть до інтелектуальної чесності та людської гідності... Слід пам'ятати, що світ не розділено на овець і кіз. Не всі чорні та білі...»

Протиприродним є лише такий статевий акт, який неможливо з будь-якої причини здійснити».

А. Кінсі створив багатопрофільну дослідницьку групу, до складу якої входили науковці Клайд Е. Мартін, Уорделл Б. Померлой, Пол Х. Гебхард.



Альфред Кінсі
(1894-1956)

Під керівництвом А. Кінсі було видано наукову збірку «Звіт Кінсі» у двох томах, яка отримала світове визнання. Статистичний аналіз психосексуальних установок і поведінки людини (інтенсивність статевого життя, динаміка його форм, вікові варіації тощо) на значному клінічному матеріалі збагачили дані сексуальної медицини.

І незважаючи на те що праці А. Кінсі були сприйняті неоднозначно науковим істеблшментом, вони залишаються недосяжними за масштабами проведених клінічних досліджень і численних аналітичних даних у сексуальній медицині [13].

Сенатор Дж. Маккарті, ґрунтуючись на думці лише одного експерта, без залучення інших учених, не враховуючи надрукованих у науковій пресі відгуків, зазначив, що дослідження А. Кінсі та його учнів «не мають наукового значення, не є гідними національної гордості американського народу, руйнують його моральні засади і тим самим сприяють захвату людських думок комуністичним вченням». У відповідності до такого рішення 1954 р. Рокфеллерівський фонд відмовив ученим-сексологам у фінансовій підтримці.

А. Кінсі помер 1956 р. в забутті та розчаруванні, проте результати його праць в умовах сьогодення сприймаються як унікальний внесок у розвиток сексуальної медицини.



Реньє де Грааф
(1641-1673)

Інститут сексуальних досліджень при Університеті Індіани, створений ученим та його командою

як незалежна некомерційна організація, залишається одним із провідних дослідницьких центрів в сексології та сексопатології у світі.

Особливою за драматизмом є історія, що пов'язана з відкриттям жіночої передміхурової залози. Вперше 1672 р. голландський фізіолог і гістолог Реньє де Грааф описав та проілюстрував численні залози та протоки, що оточують жіночу уретру, як жіночу передміхурову залозу (corpus glandulosum) [14].

У 1880 р. Олександр Дж.К. Скін висунув гіпотезу стосовно існування жіночої передміхурової залози з двома парауретральними протоками, що відкриваються поряд із зовнішнім отвором уретри. Описаний автором анатомічний утвір, що був зазначений ним як жіноча передміхурова залоза, сприймається медичним загалом переважно як залоза Скіна [15].



Олександр Скін
(1837-1900)

Надалі патологоанатом Рудольф Вірхов зафіксував, що ці залози є самостійним сечостатевим органом. При безпосередньому дослідженні тканин цього органа вченим виявлено накопичення амілоїдних тілець простати, типових виключно для чоловічої передміхурової залози [16]. У 1947 р. Дж. Хаффман при дослідженні анатомічних препаратів уретри методом заливки гарячим воском встановив тривимірні моделі парауретральних залоз із характерною особливістю різновидності їх типів, розмірів та кількості. Автор порівнював цей анатомічний утвір з будовою дерева. На його думку, саме уретра по всій її довжині нагадує стовбур дерева, а протоки парауретральних залоз, що виходять з нього, — мережу гілок [17].

За визначенням Ернста Графенберга, цей анатомічний утвір є рудиментом чоловічої передміхурової залози і представлений парауретральними залозами. Учений з'ясував, що найбільш легко збуджується частина ерогенної зони передньої стінки піхви — там, де «уретра виходить із шийки сечового міхура» [18].



Ернст Графенберг
(1881-1957)

Термін «точка G» було введено F. Addiego на згадку про відкриття Е. Графенберга і згодом представлено в науково-популярному виданні «The G-spot and Other Recent Discoveries about Human Sexuality» [19].

Джон Перрі та Беверлі Віппл цю зону назвали на честь Е. Графенберга точкою G і визнали ерогенною зоною першого порядку [20].

На думку Карла Штіфтера, визначення зони G у вигляді точки є помилковим саме тому, що звужує цю ерогенну зону з усієї ділянки стінки піхви, яка межує з уретрою, до плями або точки [21].

Професор Terrence M. Hines 2001 р. вказав на недостатню доказову базу, а саме на відсутність морфологічних і біохімічних досліджень стосовно визнання зони Графенберга, яка є проекцією скупчення парауретральних залоз, ототожнення чоловічої передміхурової залози в жіночому організмі [22].

Поглиблене дослідження Мілана Завячича і його колег було взято за основу наукового обґрунтування щодо офіційного перейменування парауретральних залоз на жіночу передміхурову залозу 2002 р. FICAT і включення терміну «жіноча передміхурова залоза» до переліку анатомічних структур [23, 24].



Мілан Завячич
(1940-2010)

Однак неоднозначність сприйняття досліджуваної проблеми, недосконалість гістоморфологічних, біохімічних, клінічних досліджень потребують подальшого поглибленого вивчення анатомо-функціональних характеристик жіночої передміхурової залози (ототожнюється з парауретральними залозами) та її ролі у формуванні сексуальних і урогенітальних розладів у жіночому організмі.

Наступний історичний етап, а саме 60-ті роки минулого століття, визначено як період сексуальних свобод, коли «сексуальна революція» досягла свого апогею.

На думку одного з учнів Зигмунда Фрейда Вільгельма Райха, чергова хвиля «сексуальної революції» була спричинена:

- створенням системи планування сім'ї та доступністю контрацептивних засобів;
- протестом молоді проти закритості стосунків та інформативності;
- відродженням фемінізму в новій формі;
- більшою відкритістю в суспільстві та більшою сексуальною розкутістю.

Саме в цей період американський лікар акушер-гінеколог Вільям Хауелл Мастерс у співпраці з Вірджинією Ешельман Джонсон одними з перших вивчали фізіологію сексуальної функції обох статей в умовах лабораторії. У 1954 р. вони розпочали дослідження сексуальних реакцій як чоловіка, так і жінки, що було мотивовано відсутністю інформації про сексуальність людини. Значну частину клінічного аналізу проводили з урахуванням анамнезу обстежених пацієнтів. Були розроблені спеціальні вимірювальні технології для оцінки результатів сексуальної стимуляції людини в лабораторних умовах. Учені представили результати проведених досліджень у відкритих для наукової спільноти звітах. Ними було створено Центр репродуктивної біології, а з часом засновано Інститут Мастерса та Джонсона у Сент-Луїсі (штат Міссурі).

З періоду від 1954 по 1965 р. В. Мастерс і В. Джонсон досліджували нормативні показники в сексології. За 11 років із дотриманням повної конфіденційності проведено спостереження 694 пацієнтів (312 чоловіків віком від 21 до 89 років і 382 жінок — від 15 до 78 років) із моніторингом 10 тис. повних статевих циклів та фіксацією всіх фізіологічних параметрів: від положення тіла у просторі до ступеня кровонаповнення окремих анатомічних утворень, їх функціональних реакцій. Для вимірювання фізіологічних характеристик сексуального статусу вчені використовували електроенцефалографію, електрокардіографію, кольорову кінематографію та перелік біохімічних досліджень і створили методологію діагностичного протоколу в сексології.

У монографії «Статеві реакції людини» (1966) була дана об'єктивна оцінка статистичних варіантів і фізіологічних особливостей статевої функції людини. Учені вперше, оцінюючи жіночу сексуальність, зупинились на механізмах сексуального збудження, формуванні lubricації, особливостях оргастичної реакції і довели наявність мультиоргастичних жінок.

Продовження на стор. 28.

С.О. Возіанов¹, член-кор. НАМН України, д. мед. н., професор, директор ДУ «Інститут урології НАМН України», **О.В. Ромашенко**¹, д. мед. н., професор, головний науковий співробітник відділу відновної урології та новітніх технологій; **В.М. Григоренко**¹, д. мед. н., професор, керівник відділу відновної урології та новітніх технологій; **С.М. Мельников**¹, д. мед. н., професор, головний науковий співробітник відділу відновної урології та новітніх технологій; **В.В. Білоголовська**¹, к. мед. н., завідувач відділення ультразвукової діагностики; **О.В. Бабич**¹, **Л.Ф. Яковенко**², к. б. н.

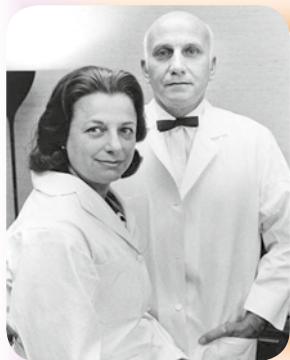
¹ ДУ «Інститут урології НАМН України», ² Інститут молекулярної біології і генетики НАН України

Нарис історії розвитку жіночої сексології

Продовження. Початок на стор. 25.

У монографії «Статева неадекватність людини» (1970) В. Мастерс і В. Джонсон представили спектр сексуальних розладів як у чоловіка, так і в жінки, запропонували терапевтичні підходи щодо відновлення сексуального здоров'я за таких станів з ефективністю близько 80%. Так було започатковано сексотерапію [25].

Як стверджували ці автори, для розуміння усіх складностей сексуальної функції людини необхідно знати та оцінювати в динаміці спостереження, анатомію і фізіологію репродуктивної системи чоловіка та жінки у поєднанні з їх особливостями психології, соціології, вікових характеристик.



Вільям Мастерс
(1915-2001),
Вірджинія
Джонсон
(1925-2013)

Американський письменник Томас Майер присвятив цим вченим свою книгу «Майстри сексу. Життя та епоха Вільяма Мастерса та Вірджинії Джонсон — пари, яка навчила Америку любові», яку було взято за основу створення художнього серіалу.

Попри те що на актуальність жіночої сексології зв'язали ще Гіппократ, Авіценна, Рене де Грааф (1647) багато століть тому, завдяки результатам досліджень учених у XX ст. можна вважати, що жіноча сексологія вступила у черговий ренесанс, а в різних країнах світу почали активно вивчати стан сексуального здоров'я жінок у нерозривному зв'язку з особливостями їх гінекологічного статусу.

Професор Г.С. Васильченко (1921-2006) при розладі сексуального здоров'я чоловіка або жінки спочатку проводив соціально-психологічне вивчення саме подружніх пар і у своїх працях акцентував увагу на доцільності врахування стану сексуального здоров'я жінки, яке досить часто залишається поза увагою [26].

Як стверджував С.С. Лібіх, окрім спеціальних психологічних і соціально-психологічних методів дослідження кожного з партнерів саме статеве життя (у т.ч. статевий акт) слід трактувати як надзвичайно диференційований природний соціально-психологічний експеримент. Виявлення структури, змісту, особливостей статевого життя дозволяють отримати повну інформацію про міжособистісні стосунки подружжя. Надто важливо враховувати сприйняття партнерами одним одного, особливості лідерства та залежності, сприйняття ситуацій — труднощів і невдач, відношення до протилежної статі та власне до себе з урахуванням самооцінки та самоствердження [27].

Модель стосунків формується починаючи з підліткового періоду (12-18 років) розвитку особистості у відповідності до особливостей біологічного дозрівання та нейроендокринної пубертатної перебудови. Особливості юнацької психології, зокрема у плані становлення та вирішення можливих сексуальних проблем, описав І.С. Кон [28].

У розвиток жіночої сексології надзвичайно вагомий внесок зробили В.І. Здравомислов та А.М. Свядощ, які займалися вивченням питань як фізіології, так і порушень сексуальної функції.

На думку В.І. Здравомислова, розуміння норми в сексології — один із основних напрямків досліджень



Ігор Семенович
Кон (1928-2011)

зі сталою динамікою. Він запропонував формулу сексуальної потенції жінки, у відповідності до якої «Х» у знаменнику вказує на кількісну інтенсивність статевого життя (загальне число статевих актів на місяць), а «Y» у чисельнику — число статевих актів, які завершилися оргазмом. Таким чином, у цій формулі оцінювалась якісна особливість сексуальності жінки. Автором було виділено варіанти:

1) якщо $Y=0$, навіть при найвищій частоті статевих актів жінка страждає на статеву холодність;

2) якщо $Y>0$, але $Y<X$ (найбільш часто присутній варіант), має надто великий діапазон від майже повної статевої холодності до майже повної статевої потенції;

3) $Y=X$ — ідеальний варіант, коли жінка отримує оргазм при кожному статевому акті;

4) $Y>X$ — коли жінка здібна до статевих актів, який супроводжується кількома оргазмами (мультиоргастичність). Таких жінок В.І. Здравомислов назвав суперпотентними.

В.І. Здравомислов вивчав ерогенні зони (ділянки шкірного покриву або слизових оболонок, подразнення яких викликає статеве збудження), до яких також відносяться органи зору, слуху, нюху, дотику, смаку. Ним розроблено схему розташування ерогенних зон першого та другого порядку у жінок [29].



Абрам Мойсеєвич
Свядощ
(1914-2011)

На думку А.М. Свядоща, одночасне подразнення декількох ерогенних зон може зумовити як сумачію їхньої дії, так і гальмування однією зоною інших. Автор спостерігав явища ектопії (виключення зони, повну відсутність результату при її подразненні) та гетеротопії (міграція ерогенної зони та виникнення її там, де раніше вона не спостерігалась).

Провідним науковцем у галузі акушерства та гінекології, професором В.І. Бодяжиною проведено цикл наукових досліджень щодо зміни активності філісових точок у ділянках носа у відповідності до фаз менструального циклу. Вперше (1893) W. Fliss відмітив, що на перегородці та нижніх носових раковинах знаходяться спеціальні «статеві точки», які при кожній менструації набрякають, а у деяких жінок навіть кровоточать. В.І. Бодяжина у своїх дослідженнях підтвердила наявність рефлекторного зв'язку слизової носа зі статеву сферою жінки. Вона акцентувала на тому, що

для більшості жінок нюх є вираженою ерогенною зоною, що може бути підтверджено словами І.П. Павлова: «Я вважаю, що, можливо, основним збудником статевих рефлексів є спеціальний запаховий подразник».

Слід зазначити, що ще у трактатах Гіппократа відзначалось, що кожний чоловік і кожна жінка мають свій індивідуальний та неповторний запах. З часом було встановлено, що запах на чоловіків діє сильніше, ніж на жінок. Запах тіла жінки під час менструації може посилюватись. На деяких чоловіків він діє вкрай збудливо, що може пояснювати їхній потяг до cunnilingus.

Проводились також дослідження щодо вивчення ступеня впливу інших подразників на прояв сексуальності чоловіків і жінок, проте в галузі жіночої сексології вони мали епізодичний характер.

До певного часу жіноча сексологія сприймалась як terra incognita. Розвиток жіночої сексології та сексопатології пов'язаний з розробками іноземних вчених (В. Гаммонд, Н. Ішлонский, В. Калвертон, В. Линдсей, Х. Роледер та ін.) і радянських вчених (І.Г. Гельман, С.Я. Голосовкер, З.А. Гуревич, Ф.И. Гроссер, В.Г. Дик, В.І. Здравомислов, А.Е. Мандельштам, М.С. Маргуліс, С.А. Селицкий, Н.В. Слетов, Л.Я. Яковзон, Г.С. Васильченко, А.М. Свядощ, Е.В. Рожановська, І.Л. Ботнева, Н.В. Иванов, П.Б. Посвянский, І.С. Кон).

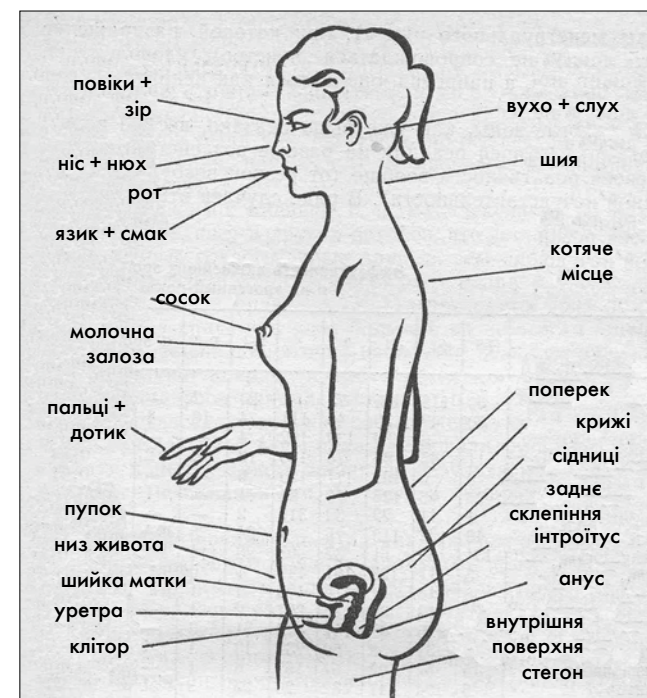
З 1968 р. почали організовувати сексологічні конгреси, перший з яких проходив 5-7 червня 1968 р. у Празі. В його роботі взяли участь представники майже 90 країн світу. Фактично це був I Міжнародний з'їзд сексологів, ініціатором та організатором якого став директор Празького сексологічного інституту, заснованого 1921 р., професор Й. Хініє. Але проблеми жіночого сексуального здоров'я залишались мало висвітленими і розглядались епізодично.

Незважаючи на те що сексологія активно почала розвиватися з цього часу, термін «сексуальна медицина» був загально визнаним лише 1970 р. Ключовою подією стало проведення міжнародної конференції в Нью-Йорку в жовтні того ж року, а саме I Міжнародної конференції по ревазуляризації кавернозного тіла. На підставі цього зібрання було створено Міжнародне товариство з дослідження імпотенції, в якому активно співпрацювали психіатри, психологи, гінекологи, лікарі загальної практики. З часом це товариство було перейменовано на Міжнародне товариство сексуальної медицини.

У 1972 р. німецький вчений Volkmar Sigusch видав книгу «Ergebnisse zur Sexualmedizin» («Результати сексуальної медицини»), саме в якій вперше представив сексологію як академічну спеціальність і виділив перспективу розвитку сексуальної медицини [30].

У квітні 1972 р. було створено німецький журнал Sexualmedizin, а через рік — журнал British Journal of the Sexual Medicine.

У 1970-х роках на території колишнього СРСР у великих містах були відкриті кабінети сексопатології, а наприкінці 1980-х було визнано спеціальність «медична сексологія». Цей період розвитку сексології пов'язаний з іменем професора Г.С. Васильченка.



Карта ерогенних зон жінки (за В.І. Здравомисловим)

Учений вивчав роль конституції людини у формуванні сексуальних розладів та розробив наукову концепцію щодо шкали векторного визначення статевої конституції чоловіків. Розроблений ним клінічний метод структурного аналізу статевих розладів визначив роль сексопатології як клінічної дисципліни, яка має свою систему понять та лікувально-діагностичні прийоми. Розробка цього методу була викликана доцільністю системного підходу у визначенні клініки статевих розладів, залежних від поєднаного впливу функціонування ендокринної, нервової, статевої систем у єдиному контексті.

Структурний аналіз статевих розладів являє собою сукупність прийомів, що дають можливість оцінити симптоми порушень основних сексуальних проявів та перевести їх на рівень синдромів, а потім сформулювати уявлення про структуру статевого розладу в цілому, з визначенням основних причин, передумов їх виникнення, первинно вражених та вторинно задіяних систем, а також ускладнень.



*Георгій
Степанович
Васильченко
(1921-2006)*

Г.С. Васильченко — засновник радянської та сучасної школи сексопатологів — є автором ряду монографій із сексопатології, які, незважаючи на супровід дискусійних роздумів, розширили можливості вирішення проблем, пов'язаних із порушенням сексуального здоров'я пари [31]. Ним було видано перші методичні рекомендації Міністерства охорони здоров'я стосовно обстеження пацієнтів, а кероване вченим відділення сексопатології Московського НДІ психіатрії набуло функції Всесоюзного науково-методичного центру з підготовкою фахівців у даній галузі медицини.

Під керівництвом Георгія Степановича стажувалися завідувач кафедри сексології Харківської медичної академії післядипломної освіти професор В.В. Кришталь, керівник відділу сексології та андрології ДУ «Інститут урології НАМН України», професор І.І. Горпинченко.



*Іван Федорович
Юнда (1919-1994)*

В Україні розвиток та становлення сексопатології пов'язані з іменем професора І.Ф. Юнди. У 1967 р. він підготував докторську дисертацію та монографію «Злоякісні пухлини яєчок». З 1965 р. очолював лабораторію ендокринології, а потім відділення сексопатології Київського інституту урології. Під його керівництвом вперше було створено мережу обласних сексологічних кабінетів, організовано клініку сексопатології при Київському НДІ урології та нефрології, створено республіканський центр сексопатології, організовано наукову спільку сексологів України (1988).

Монографії І.Ф. Юнди «Статеве життя і здоров'я людини», «Хвороби статевих органів чоловіків», «Простатити», «Безпліддя у шлюбі», «Соціально-психологічні та медико-біологічні основи сімейного життя» стали важливим фактором у становленні сексології як науки [32].

У 2019 р. наукова спільнота відзначала 100-річчя від дня народження І.Ф. Юнди — фундатора сексопатології не лише в Україні, а й на всьому пострадянському просторі.

Новий етап розвитку жіночої сексології відзначено на межі тисячоліть. Так, саме 1999 р. ВООЗ було вперше введено нозологічну одиницю — жіночі сексуальні дисфункції (FSD) та одночасно проведено масштабні дослідження з вивчення стану сексуального здоров'я жінок у різних країнах світу та на різних континентах за підтримки державних установ [33]. Значні дослідження в цей період було проведено ученими: А. Giralди (Данія); І. Goldstein, L. Marson, H. Trais, S. Althof, R. Baumeister, L. Brotto, D. Eschenbach, S. Leiblum, G. Redmond, W. Utia, U. Wesselmann, J. Wyatt, L. Wyatt, J. Bancroft (США); А. Kadioglu (Туреччина); R. Nappi, A. Salonia, A. Graziottin (Італія); G. Pfau, R. Basson, I. Binik (Канада); Van Lunsen, E. Laan, W.C. Shultz, J. van Lankveld (Нідерланди); Y. Vardi (Ізраїль); R. Levin (Велика Британія); M. Chevreton-Measson (Франція); А. Fugl-Meyer (Швеція); Y.C. Kim (Корея).

І незважаючи на великий прогрес у сучасному світі щодо розвитку науки сексології, у т.ч. жіночої сексології, залишаються актуальними слова Магнуса Хіршфельда, зазначені в його останніх публікаціях: «Те, що сьогодні постає перед вашими очима і перед вашими душами, відноситься до виключно важливої та непрості теми. Вона є болючою, оскільки по відношенню до неї серед людей існує велика кількість упереджень і хибних уявлень. Важливість цієї теми полягає в тому, що ми повинні не лише звільнити гомосексуалістів від незаслуженого презирства, але й маємо таким чином вплинути на громадську думку, щоб зникло юридичне свавілля, яке за своїм варварством можна порівняти з прагненням спалення на вогнищах відьом, безбожників і еретиків. Людська любов повинна здобути перемогу над людською жорстокістю та невіглаством».

У 2001 р. за ініціатииви президента НАМН України академіка О.Ф. Возіанова у відділі сексопатології та андрології (керівник — професор І.І. Горпинченко), професори О.В. Ромашенко та С.М. Мельников розпочали дослідження з жіночої сексології на принципах міждисциплінарного підходу та з урахуванням започаткованих традицій оцінки сексуального здоров'я пари.

У 2008 р. було підготовлено навчально-методичний посібник «Жіноча сексологія в буденній практиці лікаря акушера-гінеколога», затверджений вченою радою ДУ «Інститут урології НАМН України» та виданий в Україні, Росії та Білорусі [34].

О.В. Ромашенко та С.М. Мельниковим із 2008 по 2014 р. було проведено школи з жіночої сексології в Україні, Росії, Білорусі, Узбекистані, Казахстані, Азербайджані, Молдові.

У 2010 р. О.В. Ромашенко та Марлена Буш (Франція) видали книгу для дівчат-підлітків та юнаків, їхніх батьків і вчителів зі статевої просвіти «Питання, що потребують відповіді», яка була позитивно оцінена медичною та педагогічною спільнотою як в Україні, так і в Росії [35].

У 2011 р. О.В. Ромашенко підготувала для широкого загалу книгу «Прості радощі елегантного віку», у якій висвітлено неоднозначні питання щодо сексуального здоров'я жінок у період перименопаузи [36].

У 2016 р. групою авторів (Б.М. Ворник, О.В. Ромашенко, М.І. Коган) було видано керівництво для лікарів «Жіноча сексологія та сексопатологія» [37].

З 2017 р. у відділенні відновної урології та новітніх технологій ДУ «Інститут урології НАМН України» під керівництвом професора В.М. Григоренка разом із О.В. Ромашенко та С.М. Мельниковим розроблено науково-дослідну програму стосовно вивчення сексуального здоров'я жінок різних вікових груп.

За підтримки директора ДУ «Інститут урології НАМН України», член-кореспондента НАМН України професора С.О. Возіанова у відділенні відновної урології та новітніх технологій проводяться дослідження щодо вивчення анатомічних і функціональних характеристик парауретральних залоз як складової жіночої

передміхурової залози. Результати проведених досліджень із жіночої сексології були представлені у 23 доповідях (2004-2019) та отримали позитивну оцінку на європейських і міжнародних конгресах із сексуальної медицини.

На 18-му конгресі Європейської асоціації сексуальної медицини (2016), що проходив у Мадриді, отримано Гран-прі за клінічний випадок, представлений О.В. Ромашенко, С.М. Мельниковим та В.В. Білоголовською.

З 2016 р. під патронатом професора С.О. Возіанова на базі кафедри урології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика О.В. Ромашенко та С.М. Мельниковим започатковано та проводяться курси тематичного вдосконалення «Жіноча сексологія».

В умовах сьогодення жіноча сексологія як у світі, так і в Україні продовжує активно розвиватися за участі сексологів, андрологів, урологів, гінекологів, психологів, ендокринологів з урахуванням сформованих науково-практичних традицій акушерсько-гінекологічної, сексологічної та урологічної шкіл.

Література

1. Sigusch V. Geschichte der Sexualwissenschaft. Frankfurt: Campus Verlag; 2008.
2. Schultheiss D., Glinas S. Highlights from the History of Sexual Medicine. Journal of Sexual Medicine. 2010; 7:2013-2043.
3. Sigusch V. The birth of sexual medicine: Paolo Mantegazza as pioneer of sexual medicine in the 19th century. Journal of Sexual Medicine. 2008; 5:217-222.
4. Rosario V.A. Science and Sexual identity: An essay review. Journal of the History of Medicine and Allied Sciences. 2002; 57:79-85.
5. Bloch I. Das Sexualleben unserer Zeit. Berlin: Louis Mareus; 1907.
6. Hartmann U. Sigmund Freud and his impact on our understanding of male sexual dysfunction. Journal of Sexual Medicine. 2009; 6:2332-2339.
7. Hirschfeld M. Über Sexualwissenschaft. Zeitschr Sexualwiss; 1908; 1:1-19.
8. Kind A. Bemerkungen zur Nomenklatur der Sexualwissenschaft. Zeitschr Sexualwiss; 1908; 1:34-39.
9. Schultheiss D., Musitelli S., Stief C.G., Jonas U. Classical writings on erectile dysfunction. Berlin: ABW Wissenschafts-verlag; 2005.
10. Jonson J. Havelock Ellis and his «Studies in the psychology of sex». The British Journal of Psychiatry. 1979; 134:522-527.
11. Гентер Г.Г. Акушерский семинарий: в 3 т. Л.-М.: Госиздат; 1931-1933.
12. Ван дер Вельде Т.Г. Тайники брака и техника красоты: в связи с проблемой годности к браку. — Рига: Общедоступная библиотека, 1927. 201 с.
13. Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E., Gebhard P.H. Sexual Behavior in the Human Female. Indiana University Press, 1998. 896 p.
14. De Graaf R. De mulierum organis generationi inservientibus. Tractatus novus demonstrans tam homines et animalia caetera omnia, quae viviparaduntur, haud minus quam viviparaduntur, haud minus quam vivipara ab ovo originem ducere. Leyden; 1672.
15. Skene A.J.C. The anatomy and pathology of two important glands of the female urethra. American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children. 1880; 13: 265-270.
16. Virchow R. Cellular Pathology. 1857. P. 516-522.
17. Huffman J.W. The detailed anatomy of the paraurethral ducts in the adult human female. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1948; 55: 86-101.
18. Grafenberg E. The role of the urethra in female orgasm. International Journal of Sexology. 1950; 3: 145-148.
19. Addiego F., Belzer E.G., Commoli J. et al. Female ejaculation: a case study. Journal of Sex Research. 1981; 17: 13-21.
20. Perry J., Whipple B. Pelvic muscle strength of female ejaculators: evidence in support of a new theory of orgasm. Journal of Sex Research. 1981; 17: 22-39.
21. Stifter K.F., Stackl W. Ultraschalluntersuchung zur Topographie des G-punktes. Vienna, 2002 (film excerpt from C.O.M.E.).
22. Hines T.M. The G-spot: a modern gynecologic myth. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2001; 185 (2): 359-362.
23. Zaviacic M., Zaviacic T., Ablin R., Breza J., Holoman J. Ultrastructure of the normal adult human female prostate gland (Skene's gland). Anatomy and Embryology. 2000; 201: 51-61.
24. Rubio-Casillas A., Rodriguez-Quintero C.M. The female prostate: the end of the controversy. International Society for Sexual Medicine. Newsbulletin 2009; 30: 7.
25. Masters W.H., Johnson V.E. The sexual response cycle of the human female. III. The clitoris: anatomic and clinical consideration. West Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology. 1962 Sep-Oct; 70:248-57.
26. Васильченко Г.С. Частная сексопатология: Руководство для врачей, в 2-х томах. Медицина, 1983.
27. Либих С.С., Петров В.П., Екимов И.В. Руководство по сексологии. СПб.: Питер, 2001.
28. Кон И.С. Ребенок и общество. Academia, 2003.
29. Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексология. Алма-Ата «Казахстан», 1985. 269 с.
30. Sigusch V. Ergebnisse zur Sexualmedizin. Köln; Wissenschafts-Verlag; 1972.
31. Свядощ А.М. Женская сексопатология. Медицина, 1988.
32. Юнда И.Ф., Юнда Л.И. Социально-психологические и медико-биологические основы семейной жизни: Учебное пособие. Выща школа, 1990.
33. Reisman Y., Porst H., Lowenstein L., Tripodi F., Kirana P.S. The ESSM manual of sexual medicine. Amsterdam: Medix, 2015.
34. Горпинченко И.И., Ромашенко О.В., Мельников С.Н., Білоголовська В.В. Женская сексология в повседневной практике врача акушера-гинеколога. Методическое пособие. Минск. ДокторДизайн. 2009. 71 с.
35. Ворник Б.М., Ромашенко О.В., Коган М.И. Женская сексология и сексопатология. Руководство для врачей. Киев. ИЦ «Семья». 2016. 366 с.
36. Буш М., Ромашенко О.В. Вопросы, которые стоит задавать. Москва. 2010.
37. Ромашенко О.В. Простые радости элегантного возраста: вопросы, которые стоит задавать. Киев, ООО «Люди в белом»; 2013. — 78 с.

М.В. Поворознюк, к. мед. н., Український державний інститут репродуктології
Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Трубно-перитонеальне неплоддя: а чи здорові чоловіки?*

Досліджено стан репродуктивного здоров'я у 640 чоловіків із неплоддям у шлюбі, які звернулися за медичною допомогою до Українського державного інституту репродуктології НМАПО ім. П.Л. Шупика. Причиною безпліддя подружжів вважалася двобічна відсутність або непрохідність маткових труб у жінок. Ці пари було направлено для лікування неплоддя методом простого запліднення *in vitro* в рамках державної програми, що передбачала репродуктивну здатність чоловіків. Встановлено, що в парах із безпліддям, причиною якого вважається трубно-перитонеальна патологія у жінок, є частими порушення фертильності у чоловіків. Щонайменше вони мають місце у 33,6% осіб. Основною причиною зниження генеративного потенціалу у цих пацієнтів є інфекційно-запальна патологія уrogenітальної системи, що діагностується більш ніж у половині випадків. Частим є безсимптомне інфікування статевих органів. Запропоновано вдосконалення організації початкової медичної допомоги парам із безпліддям, що передбачає надання медичної допомоги акушерами-гінекологами та обов'язково сексопатологами-андрологами або урологами у великих, добре обладнаних акушерсько-гінекологічних установах. **Ключові слова:** трубно-перитонеальне безпліддя, репродуктивне здоров'я чоловіків, інфекційно-запальні захворювання сечостатевої системи.



М.В. Поворознюк

Безпліддя у шлюбі — значуща медико-біологічна, особистісна, соціальна і демографічна проблема для багатьох країн світу [6, 10-15].

Неплідний шлюб, що значно поширений у світі, є дуже важливою проблемою і для нашої країни. Це пов'язано зі складною демографічною ситуацією, що з року в рік погіршується, та глибокою соціально-економічною кризою [3, 4].

Репродукція — функція парна і визначається генеративною здатністю обох партнерів. І хоча подекуди і зараз жінку традиційно вважають основною «винуватицею» безпліддя у шлюбі, на думку сучасних фахівців, у розвитку цієї патології порушення фертильності у чоловіків і жінок відіграють приблизно однакову роль [1, 5, 7-9]. Водночас, згідно з даними державних статистичних звітів, в Україні розповсюдженість чоловічої складової у безплідному шлюбі у 4-5 разів нижча за жіночу. Дані про неплоддя у чоловіків в окремих регіонах країни є дуже неоднорідними та суперечливими. І якщо причини неплоддя у жінок і шляхи їх усунення у статистичних звітах МОЗ України висвітлено достатньо детально, то дані щодо причин безпліддя у чоловіків і шляхів їх подолання фактично відсутні [2, 4].

Визначення частоти та основних причин порушення чоловічої дітородної функції в парах із неплоддям, розробка медичних заходів, спрямованих на покращення репродуктивного здоров'я подружжя є актуальними для зменшення кількості безплідних шлюбів у країні.

Метою дослідження було вивчення стану репродуктивного здоров'я чоловіків із безпліддям у шлюбі, зумовленим трубно-перитонеальною патологією у жінок.

Матеріали і методи дослідження

Стан репродуктивного здоров'я було вивчено у 640 чоловіків із неплоддям у шлюбі, які звернулися за медичною допомогою до Українського державного інституту репродуктології (УДІР) НМАПО ім. П.Л. Шупика. Причиною безпліддя подружжів вважалася двобічна непрохідність або відсутність обох маткових труб у жінок. Ці пари було направлено до УДІР для лікування неплоддя методом простого запліднення *in vitro* (IVF) у рамках державної програми. Однією з умов участі у програмі була відсутність порушень репродуктивної функції у чоловіків, що мало бути підтверджено певним обстеженням, зокрема наявністю нормальних показників спермограми, виконаної в останні 3 міс.

Обстежені чоловіки здебільшого вважали себе здатними до батьківства. Особливо наполягали на цьому ті з них, у яких раніше, у теперішньому або попередніх шлюбах, були діти або їхні дружини (партнерки) вагітніли. Втім, частина чоловіків цієї групи була обстежена неповністю або надто давно. Як скоро з'ясувалося, нерідко дослідження еякуляту в них проводилося некваліфіковано, неправильно оцінювалися його результати. Це спонукало до визначення стану їх репродуктивного здоров'я додатково.

Вік обстежених становив від 21 до 56 років, середній вік — $34,1 \pm 0,24$ року. Здебільшого (86,5%) пацієнти були 26-40-річного віку. Переважна більшість осіб мала середню спеціальну, вищу або незакінчену вищу освіту; 70,3% чоловіків перебували у першому шлюбі, 29,7% — у повторному. Тривалість безпліддя у теперішньому шлюбі становила до 17 років. У 64,3% обстежених неплоддя спостерігалось протягом 4 років і більше, тобто було таким тривалим, коли зачаття без медичної допомоги стає малоімовірним. Це було наслідком як пізніх звернень подружжів за медичною допомогою, так і відсутністю ефекту від лікування, яке частина з них отримувала.

Для визначення стану чоловічого репродуктивного здоров'я здійснювалися:

- детальний збір анамнезу в подружніх (партнерських) пар й окремо у чоловіків;
- загальний огляд та фізикальне обстеження статевих органів чоловіків;
- мікроскопічне дослідження еякуляту;
- мікроскопія уретрального зіскрібку та секрету простати, бактеріологічний посів сперми та спеціальні дослідження для виявлення внутрішньоклітинних збудників — хламідії, уреаплазми, мікоплазми (полімеразна ланцюгова реакція, культуральне дослідження, імуноферментний аналіз);
- УЗД простати та органів калитки з доплерометрією її судин;
- гормональні дослідження для визначення в сироватці крові вмісту тестостерону — вільного і загального, фолікулостимулюючого і лютеїнізуючого гормонів, пролактину та естрадіолу (імуноферментний аналіз, імунохімічне дослідження з електролюмінесцентною детекцією).

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що у чоловіків із безпліддям у шлюбі, причиною якого вважалася лише трубно-перитонеальна патологія у жінок, нормальні показники спермограми мали місце лише у 66,4% випадків. У 33,6% осіб було визначено явища патоспермії, тобто очевидні генеративні розлади. Порушення фертильності в них проявлялися різними змінами кількісних і якісних показників еякуляту та їх поєднанням. Найбільш часто (у 64,2% випадків) відмічалася астенозооспермія, як ізольована (30,7%), так і в поєднанні з іншими порушеннями сперми — олігозооспермією, тератозооспермією тощо (33,5%). Дуже часто (46,1% обстежених) спостерігалися запальні зміни еякуляту, що проявлялися збільшенням кількості лейкоцитів, підвищеною кількістю бактерій, а також аглютинацією сперматозоїдів, підвищеною в'язкістю сперми, малою кількістю лецитинових зерен, наявністю слизу. У 15,8% чоловіків запальні зміни сперми були ізольованими, у 30,3% — поєднувалися з іншими видами патоспермії. У більшості пацієнтів із кількісними або якісними порушеннями спермограми було відмічено граничні (53,0%) і субфертильні (37,5%) зміни

еякуляту. Здебільшого за допомогою лікування такі порушення можна усунути, в результаті чого чоловіча дітородна функція відновлюється. Виражені порушення мали місце у 9,5% пацієнтів, що робило їх майже нездатними до запліднення. Випадків аспермії та азооспермії, за яких запліднення неможливе, виявлено не було. Не виключено, що такі значні порушення фертильності зустрічаються у чоловіків у парах із трубно-перитонеальним безпліддям у жінок. Однак ці подружжя не направляють на лікування неплоддя з використанням методу простого IVF.

Зіставлення в обстежених показників спермограм із наявністю в них тих чи інших уражень статевих органів, іншої патології, шкідливих звичок, повсякденної поведінки, що сформувала стиль життя, дозволило встановити найбільш значущі причини порушення репродуктивного здоров'я у чоловіків із неплоддям у шлюбі (рисунк).



Рис. Частки окремих захворювань як причини порушень фертильності в обстежених чоловіків

Визначено, що здебільшого до порушень фертильності у чоловіків із безпліддям у шлюбі, причиною якого вважалася тільки трубно-перитонеальна патологія у жінок, призводили запальні, переважно інфекційно-зумовлені, захворювання сечостатевої системи. Частка цих захворювань серед інших причин порушень генеративної функції в пацієнтів сягала 51,2%. Найбільш частою патологією був хронічний простатит (40,5%). Також мали місце хронічний простатитовезикуліт, поєднання хронічного простатиту із хронічним епідидимітом, тільки хронічний епідидиміт.

У 7,9% осіб причиною порушень дітородної здатності було поєднання запальних і незапальних уражень статевих органів. В основному спостерігалися хронічний простатит разом із варикоцеле.

* Медичні аспекти здоров'я жінки, 2020, № 1.

У цілому, інфекційно-запальні захворювання як окремо, так і в поєднанні з незапальними у якості причини репродуктивних розладів мали місце у 59,1% обстежених, тобто більш ніж у половини.

Як відомо, найбільш доведеним механізмом розвитку непліддя в парі, що пов'язане з урогенітальними інфекціями у чоловіка, вважають передачу їх партнерці з подальшим виникненням у неї запального процесу органів малого таза і розвитком непрохідності маткових труб. Тому чоловіки з інфекційно-запальними захворюваннями статевих органів не тільки самі мають порушення фертильності, а й призводять до розвитку таких у дружин. Інфекційні ураження сечостатевої системи у чоловіків становлять також ризик для здоров'я і життя майбутньої дитини. У разі запліднення інфікованою спермою можливі інфікування ембріона, внутрішньоутробна інфекція та вади розвитку у плода, мимовільні викидні.

Одним із обов'язкових досліджень у чоловіків із пар, яких направляли на лікування безпліддя у шлюбі в рамках державної програми, згідно із протоколом, було бактеріологічне дослідження еякуляту. У результаті його проведення патогенну мікрофлору (*Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* гр. А) у будь-якому титрі та умовно-патогенних мікроорганізмів (*Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Enterobacter aerogenes*, *Acinetobacter*, *Streptococcus viridans*, *Proteus vulgaris*, *Proteus mirabilis*) у титрі $\geq 10^3$ було виявлено у 28,4% обстежених. У 67,0% випадків було встановлено наявність одного мікробного агента, у 33,0% — двох-трьох. Частоту, з якою було виділено ті чи інші мікроорганізми, представлено в таблиці.

На особливу увагу заслуговує той факт, що бактеріоспермія визначалася не тільки у пацієнтів з інфекційно-запальними захворюваннями статевих органів. Як показали наші дослідження, вона мала місце і у 17,0% осіб із патоспермією, зумовленою як незапальними ураженнями органів репродуктивної системи, так й іншими факторами, у т.ч. порушеннями фертильності неясного генезу. Більше того, бактеріоспермія спостерігалася у 12,0% чоловіків із нормальними показниками спермограми.

У переважній більшості пацієнтів без запальних уражень сечостатевої системи виділялися *E. faecalis*, *S. epidermidis*, *S. haemolyticus*, *E. coli* у титрах 10^3 – 10^5 .

В обстежених чоловіків нерідко зустрічалися і внутрішньоклітинні патогени, які теж не завжди мають клінічні прояви й не виявляються за допомогою бактеріологічного дослідження. Проте, згідно із протоколом програми, пошук внутрішньоклітинної інфекції не був обов'язковим дослідженням у чоловіків і не проводився в усіх обстежених.

На наш погляд, безсимптомну бактеріоспермію, що свідчить про наявність інфекції в органах урогенітальної системи, слід розглядати як потенційно небезпечну. У чоловіка знаходять те чи інше незапальне захворювання статевих органів, із ним пов'язують порушення репродуктивної функції та проводять певне лікування, тоді як інфекційний агент не усувається й може передаватися жінці. Те ж саме відбувається і тоді, коли у пацієнта уражень сечостатевої системи не виявлено, показники спермограми у нього нормальні і його вважають здоровим. Інфекція органів урогенітальної системи за умов зниження імунітету

(переохолодження, перенесення гострого респіраторного вірусного або іншого інфекційного захворювання, часті або тяжкі стреси, депресивний стан тощо) може призвести до розвитку у чоловіка запального ураження репродуктивних органів. Вірогідно, що спроби запліднення інфікованою спермою будуть менш вдалими, враховуючи можливий безпосередній негативний вплив інфекції на стан сперматозоїдів. До того ж у випадках настання запліднення інфікованою спермою є велика небезпека інфікування ембріона та плода.

Серед причин порушення фертильності в обстежених чоловіків також визначалися варикоцеле (у 15,8% випадків), поєднання варикоцеле зі сперматоцеле (3,3%), тільки сперматоцеле або водянка оболонки яєчка (1,4%). У 5,1% чоловіків до зниження генеративної здатності призводили куріння, зловживання алкоголем, хронічна перевтома, депривація сну, часті стреси на фоні емоційного перенапруження, поєднання окремих із цих факторів.

Таким чином, проведене дослідження показало, що в парах із непліддям, причиною якого вважається трубно-перитонеальна патологія у жінок, часто (щонайменше у третині випадків) має місце порушення дитородної здатності й у чоловіків. Більш ніж у половини з них до порушення фертильності призводять інфекційно-запальні ураження сечостатевої системи, нерідко спостерігається безсимптомне інфікування статевих органів. Проте, вважаючи себе здоровими, чоловіки не лікуються. Нелікована урогенітальна інфекція в них може призводити до виникнення та/або підтримання інфекційно-запальної патології органів малого таза у жінок, не дозволяє ефективно її усувати, що в кінцевому підсумку виливається в розвиток трубно-перитонеального безпліддя. Так само й неусунена інфекція у жінок викликає та підтримує інфекційно-запальні захворювання у чоловіків і веде до порушень у них фертильності.

Отримані дані підтверджують існуюче положення про те, що при безплідді у шлюбі, незалежно від очевидної причини його виникнення, ретельного обстеження потребують обидва партнери — і чоловік, і жінка. Передусім у них слід провадити ретельний пошук інфекційно-запальної патології статевих органів, а також їх безсимптомного інфікування як бактеріальними, так і внутрішньоклітинними збудниками, механізм передачі яких пов'язаний зі статевим шляхом.

З огляду на те що для лікування непліддя методом IVF у межах програми чоловіки мали бути здоровими, визначення у 33,6% із них порушень фертильності вказує не тільки на низький рівень їх обстеження, а й на низьку якість надання медичної допомоги парам із непліддям у цілому.

Нами висунуто пропозиції щодо удосконалення організації початкової медичної допомоги подружжям із безпліддям.

Зважаючи на те що в країні в переважній більшості випадків ініціаторами звернень за медичною допомогою у зв'язку з непліддям у шлюбі є жінки, які з цього приводу консультуються акушерами-гінекологами, а також беручи до уваги розвиненість в Україні акушерсько-гінекологічної служби (на відміну від андрологічної), запропоновано створення початкової ланки надання медичної допомоги парам із безпліддям при великих, добре обладнаних акушерсько-гінекологічних

установах. У цих медичних закладах має здійснюватися консультативна, діагностична і частково лікувальна робота, спрямована на подолання непліддя. У них мають працювати як акушери-гінекологи, так і обов'язково сексопатологи-андрологи або урологи, добре обізнані у питаннях безпліддя. У штаті закладу повинен бути спеціаліст (лікар-лаборант або біолог) із проведення дослідження еякуляту, а також лікар функціональної діагностики, який володіє навичками УЗД статевих органів чоловіка, у т.ч. доплерометрії судин калитки.

Діагностичні стратегії та оцінка прогнозу ефективності лікування безпліддя мають бути спрямовані на конкретну подружню пару. Тому надання медичної допомоги із приводу непліддя в таких установах має розпочинатися з консультування подружжя, тобто одночасно чоловіка і жінки. При цьому необхідно враховувати не тільки стан здоров'я кожного з партнерів, а й психоемоційні міжособистісні відносини, що склалися в сім'ї, рівень усвідомлення майбутніми батьками необхідності поєднання зусиль для подолання непліддя. Сумісне консультування пари допоможе виробити план дій, зрозумілий для кожного з подружжя. Усвідомлення власної відповідальності щодо виконання призначень лікаря значно підвищить їх ефективність, а необхідність взаємної підтримки і турботи одне про одного сприятиме зростанню довіри й гармонічності відносин у сім'ї, об'єднанню родини.

Організація закладів для надання початкової медичної допомоги парам із безпліддям в обласних або окремих районних центрах великих областей не потребуватиме значних витрат, але водночас, на нашу думку, дозволить більш ефективно долати проблему безпліддя у шлюбі в країні.

Висновки

Визначено, що в парах із непліддям, причиною якого вважається трубно-перитонеальна патологія у жінок, частими є порушення фертильності у чоловіків. Щонайменше вони мають місце у 33,6% випадків.

Встановлено, що основною причиною зниження репродуктивного потенціалу у чоловіків із безпліддям у шлюбі, зумовленим двобічною відсутністю або непрохідністю маткових труб у жінок, є інфекційно-запальна патологія урогенітальної системи, що діагностується більш ніж у половини з них.

Запропоновано удосконалення організації початкової медичної допомоги парам із безплідним шлюбом, що передбачає надання медичної допомоги акушерами-гінекологами та обов'язково сексопатологами-андрологами або урологами у великих, добре обладнаних акушерсько-гінекологічних установах.

Література

1. Божедомов В.А. Андрологические аспекты организации помощи бездетным парам // Вестник урологии. — 2015. — № 1. — С. 24-34.
2. Горпинченко И.И. и др. Мужское бесплодие: этиология, патогенез, классификация, диагностика и методы лечения. — Днепр: ООО «Акцент ПП», 2016. — 344 с.
3. Копков В.С., Цанько І.І. Допоміжні репродуктивні технології у вирішенні демографічних проблем. Правові аспекти // Медичні аспекти здоров'я жінки. — 2013. — № 4 (68). — С. 55-57.
4. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 р. / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». — Київ: МБЦ «Медінформ», 2018. — 458 с.
5. Barratt C.L.R. et al. The diagnosis of male infertility: an analysis of the evidence to support the development of global WHO guidance-challenges and future research opportunities. Hum Reprod Update. 2017; 23(6): 660-680. doi: 10.1093/humupd/dmx021.
6. Choy J.T., Eisenberg M.L. Male infertility as a window to health. Fertil Steril. 2018; 110 (5): 810-814. doi: 10.1016/j.fertnstert.
7. Dolan A. et al. «It's like taking a bit of masculinity away from you»: towards a theoretical understanding of men's experiences of infertility. Sociol Health Illn. 2017. doi: 10.1111/1467-9566.12548.
8. Hamada A. et al. Varicocele and Male Infertility. Current Concepts, Controversies and Consensus. Springer International Publishing, 2016. 107 p.
9. Jungwirth A. (Chair) et al. Guidelines on Male Infertility. European Association of Urology, 2015. 42 p.
10. Koochaksaraei F.Y. et al. Mental Health and Its Socio-Demographic Predictors in Male Partner of Iranian Infertile Couples. Issues Ment Health Nurs. 2016. Vol. 37 (8). P. 563-568.
11. Polis C.B. et al. Estimating infertility prevalence in low-to-middle-income countries: an application of a current duration approach to Demographic and Health Survey data. Hum Reprod. 2017. Vol. 32 (5). P. 1064-1074.
12. Schick M. et al. Exploring involuntary childlessness in men — a qualitative study assessing quality of life, role aspects and control beliefs in men's perception of the fertility treatment process. Hum Fertil (Camb). 2016. Vol. 19 (1). P. 32-42.
13. Sohrabvand F. et al. Frequency and epidemiologic aspects of male infertility. Acta Med Iran. 2015. Vol. 53 (4). P. 231-235.
14. Starc A. et al. Infertility and sexual dysfunctions: a systematic literature review. Acta Clin Croat. 2019; 58(3): 508-515. doi: 10.20471/acc.
15. Yusuf L. Depression, anxiety and stress among female patients of infertility: A case control study. Pak J Med Sci. 2016. Vol. 32 (6). P. 1340-1343.

Таблиця. Види мікроорганізмів та частота, з якою їх було виділено в посівах еякуляту в обстежених чоловіків	
Вид мікроорганізму	Частота виділення, %
<i>E. faecalis</i>	35,7
<i>S. haemolyticus</i>	29,7
<i>S. epidermidis</i>	14,3
<i>E. coli</i>	13,2
<i>S. saprophyticus</i>	10,4
<i>S. aureus</i>	4,4
<i>Enterobacter aerogenes</i>	3,3
<i>Str. pyogenes</i> sp. A	2,7
<i>Acinetobacter</i>	2,2
<i>Str. viridans</i>	2,2
<i>P. vulgaris</i>	2,2
<i>P. mirabilis</i>	1,1

АНТИБАКТЕРІАЛЬНІ ЗАСОБИ ДЛЯ СИСТЕМНОГО ЗАСТОСУВАННЯ

ЗАЦЕФ

Цефтазидим



ЗАЦЕФ:

- високий бактерицидний потенціал щодо *P. aeruginosa*;
- висока ефективність при інфекціях сечовивідних шляхів;
- безпечне використання у хворих з порушенням функції печінки, низька гепатотоксичність.

ЦЕБОПІМ:

- найбільш широкий спектр антимікробної активності, що включає Гр(+) коки і Гр(-) бактерії (*Enterobacteriaceae*, *P.aeruginosa*);
- активність до багатьох штамів Гр(-) бактерій, стійких до цефалоспоринов III покоління;
- лікування важких інфекцій, викликаних полірезистентною мікрофлорою.

ЦЕБОПІМ

Цефепім



МЕРОБОЦИД

Меропенем



МЕРОБОЦИД:

- високий рівень стійкості до β -лактамаз;
- підвищена активність щодо Гр(-) бактерій, включаючи *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter spp.*;
- легке проникнення в різні тканини та рідини;
- хороший профіль безпеки, відсутність негативних реакцій з боку ЦНС.

КОРОТКА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ ЗАЦЕФ Р.п. МОЗ України № UA/8417/01/01 від 20.02.2018. Склад: 1 флакон містить 1 г цефтазидиму. Лікарська форма. Порошок для розчину для ін'єкцій. Фармакотерапевтична група. Цефалоспоринові III покоління. Код АТХ J01D D02. Показання. Лікування інфекцій у дорослих та дітей, включаючи новонароджених: пневмонія, менінгіт, отит, інфекції сечовивідних шляхів, шкіри та м'яких тканин, черевної порожнини, кісток і суглобів; перитоніт, бактеріємія. Профілактика: інфекційних ускладнень при операціях на передміхуровій залозі. Спосіб застосування та дози. Добова доза для дорослих становить від 1 г до 6 г за 2-3 введення шляхом в/в або в/м ін'єкції. Побічні реакції: кандидоз, еозинофілія, запаморочення, тромбоцитопенія, анафілаксія, псевдомембранозний коліт. КОРОТКА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ ЦЕБОПІМ Р.п. МОЗ України № UA/10490/01/02 від 09.04.2020. Склад: 1 флакон містить 1 г цефепіму. Лікарська форма. Порошок для розчину для ін'єкцій. Фармакотерапевтична група. Цефалоспоринові IV покоління. Код АТХ J01D E01. Показання. Дорослі. Інфекції, спричинені чутливою до препарату мікрофлорою: дихальних шляхів, у тому числі пневмонія, бронхіт; шкіри та підшкірної клітковини; інтраабдомінальні інфекції, у тому числі перитоніт та інфекції жовчовивідних шляхів; інфекції сечовивідних шляхів, у т.ч. пієлонефрит, гінекологічні інфекції; септицемія. Спосіб застосування та дози. Зазвичай дорослим слід вводити по 1 г в/в, в/м через кожні 12 годин. Побічні реакції: анафілаксія, запаморочення, кандидоз, тахікардія, ниркова недостатність, анемія, порушення функції печінки. КОРОТКА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ МЕРОБОЦИД Р.п. МОЗ України UA/14640/01/02 від 13.05.2020. Склад: 1 флакон містить 1000 мг меропенему. Лікарська форма. Порошок для розчину для ін'єкцій. Фармакотерапевтична група. Карбапенеми. Код АТХ J01D H02. Показання. Лікування інфекцій у дорослих і дітей віком від 3 місяців, таких як: пневмонія, у тому числі негоспітальна та госпітальна пневмонії; бронхолегеневі інфекції при муковісцидозі; ускладнені інфекції сечовивідних шляхів; ускладнені інтраабдомінальні інфекції, інфекції під час пологів і післяпологові інфекції, ускладнені інфекції шкіри і м'яких тканин, гострий бактеріальний менінгіт. Спосіб застосування та дози. Дорослим та дітям з масою тіла понад 50 кг 500 мг-2 г кожні 8 годин у вигляді в/в інфузії або до 1 г у вигляді в/в болюсної ін'єкції. Побічні реакції: еозинофілія, тромбоцитопенія, анафілактичні реакції, головний біль, діарея, псевдомембранозний коліт, підвищення рівня білірубіну та трансаміназ, креатиніну, оральний та вагінальний кандидоз. Повна інформація про лікарський засіб в інструкції для медичного застосування. Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для лікарів та медичних установ, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

БХФЗ  bcrr
www.bcrr.com.ua

Виробник: ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ»
вул. Миру, 17, м.Київ, Україна, 03134
Тел.: (044) 205-41-23, (044) 497-71-40