



Акушерство

Гінекологія

Репродуктологія

№ 3 (59) 2024
12 750 примірників*
Передплатний індекс 89326



9 786177 233458



Все буде
Україна!

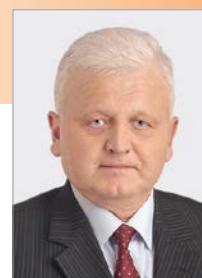


Доктор медичних наук, професор

Дмитро Говсєв

Трансформація третього
рівня надання перинатальної
допомоги: ключові тези
та рішення

Читайте на сторінці **4**



Кандидат медичних наук, доцент

Віктор Горовий

Історичні аспекти та еволюція
лікування пролапсу тазових
органів у жінок

Читайте на сторінці **12**



Рекомендації USPSTF

Скринінг гіпертензивних
розладів вагітності

Читайте на сторінці **20**



Звіт всеукраїнського
дослідження



Гендерна нерівність
в українській хірургії

Читайте на сторінці **10**

НІМЕСУЛІД[®]
німесулід

**ДЛЯ ЛІКУВАННЯ
ПЕРВИННОЇ
ДИСМЕНОРЕЇ²**

**НІМЕСУЛІД №1
В УКРАЇНІ**
ЗА ПРИЗНАЧЕННЯМИ ЛІКАРІВ¹

**Апельсиновий
смак**

Німесил
20 таблеток кишечно-розчинні

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Фармакотерапевтична група: неселективні нестероїдні протизапальні засоби. Код АТХ M01A X17. **Склад:** 1 однодозовий пакет по 2 гранули містить німесулід 100 мг. **Показання.** Лікування гострого болю. Лікування первинної дисменореї. Рішення про призначення німесуліду повинно прийматися на основі оцінки усіх ризиків для конкретного пацієнта. **Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії. Спосіб застосування та дози.** Дорослим та дітям старше 12 років призначають 100 мг німесуліду (1 однодозовий пакет) 2 рази на добу після їди. Максимальна тривалість курсу лікування Німесилом – 15 днів. З метою зниження частоти виникнення побічних реакцій потрібно застосовувати мінімальну ефективну дозу протягом найкоротшого часу. Рекомендується застосовувати після прийому їжі. **Протипоказання.** Відомо підвищена чутливість до німесуліду, до будь-якого іншого НПЗЗ або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу та ін. Тяжке порушення функції нирок, порушення функції печінки та ін. **Побічні дії.** Запаморочення, лабільність артеріального тиску, диспепсія, гіпотермія та ін. Виробник. Лабораторієс Менаріні С.А./Laboratories Menarini S.A. **Місцезнаходження.** Альфонс XII, 587, Бадальона, Барселона, 08918 Іспанія. **Перед застосуванням, будь ласка, уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування, повним переліком побічних реакцій, протипоказань, особливостей застосування лікарського засобу Німесил[®].** За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу Німесил[®], затверджена наказом МОЗ України № 539 від 23.03.2023, РП. №ЦА/9855/01/01. **За додатковою інформацією про препарат звертайтеся за адресою:** Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88. UA-NIM-02-2024-V1-Print. Дата затвердження 12.02.2024.

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**



GEDEON RICHTER



Низькодозова комбінація
гемового і негемового заліза

Для жінок репродуктивного віку
При підготовці до вагітності,
під час виношування дитини
та після пологів

Листок-вкладка до дієтичної добавки RIXTER ФерроБіо

Склад на одну порцію (1 таблетка): гемоглобін (Bovine Haemoglobin) – 519 мг; заліза сульфат (II) (Ferrous sulfate) – 81 мг. **Інші компоненти:** кальцію гідрофосфат, целюлоза мікрокристалічна, магнію стеарат, кремнію діоксид, полівінілпіліпіролідон; **склад оболонки:** титану діоксид (E 171), гідроксипропілметилцелюлоза, заліза оксид червоний (E 172), заліза оксид чорний (E 172); OPADRY II white 85G58923 (спирт полівініловий, титану діоксид (E 171), тальк, поліетиленгліколь, лецитин, індиготин (E 132)); OPADRY II 45U25141 red brownish (гідроксипропілметилцелюлоза, полідекстроза, заліза оксид червоний (E 172), тальк, мігліюл (Miglyol®) 810). **Рекомендації щодо вживання:** приймати як додаткове джерело заліза. Дієтична добавка RIXTER ФерроБіо розроблена спеціально для використання в ситуаціях, коли звичайне харчування не дозволяє отримати достатню кількість заліза, яке необхідне для повноцінного функціонування організму людини. Саме за допомогою заліза, що входить до складу гемоглобіну, відбувається транспортування кисню та утилізація вуглекислого газу. В організмі людини залізо відіграє важливу роль в процесах метаболізму і вироблення енергії. Достатня кількість заліза необхідна для підтримки міцного здоров'я та гарного самопочуття. Організм людини не здатний самостійно виробляти залізо тому потребує регулярного постачання його з продуктами харчування. У деяких випадках організм не отримує достатньої кількості заліза зі звичайним харчуванням, що призводить до дефіциту цього мікроелемента з проявом таких симптомів як: втома, синдром неспокійних ніг, брак енергії, випадіння волосся, ламкість нігтів, головний біль, задишка, блідість, порушення імунної функції, зменшення фізичної та інтелектуальної працездатності у тому числі на роботі та в школі, знервованість, депресія, безсоння, прискорене серцебиття, відчуття холоду в руках/ногах, запаморочення та можливо недорозвинена пізнавальна діяльність (недорозвиненість різних функцій, у тому уповільненість, вузькість сприймання; неточність мовлення; порушення пам'яті та довільної уваги). Дієтичну добавку RIXTER ФерроБіо використовують у ситуаціях, коли існує підвищена потреба у залізі. RIXTER ФерроБіо особливо підходить вагітним жінкам, в стадії планування вагітності; жінкам у перменопаузі, при менструаціях або в інших випадках втрати крові; особам похилого віку, дітям у період активного росту, спортсменам, а також в ситуаціях, коли існують певні обмеження в харчуванні, наприклад, при втраті ваги або поганому апетиті в осіб, які отримують протипухлинне лікування. Перед споживанням рекомендована консультація лікаря. **Спосіб застосування та рекомендована добова доза:** дорослим і дітям старше 12 років по 1–2 таблетки 1 раз на день, запиваючи склянкою води, незалежно від прийому їжі. **Добова максимальна доза** 2 таблетки. **Мінімальний рекомендований курс** споживання — три місяці. **Можливість іншого дозування** слід узгодити з лікарем. **Застереження:** не перевищувати рекомендовану кількість. У разі випадкового передозування слід негайно припинити застосування дієтичної добавки і звернутися по медичну допомогу. Продукт не є замінником для різноманітного та збалансованого харчування. Використовуйте тільки як доповнення до повноцінного раціону харчування. При вагітності та у період годування груддю потрібна консультація з лікарем. Вживання заліза може призвести до фарбування калу в темний або зелений відтінок, що є нормальним явищем і не повинно викликати занепокоєння. У разі розвитку будь-яких небажаних ефектів зверніться до свого лікаря чи фармацевта. RIXTER ФерроБіо можна приймати одночасно з лікарськими засобами. Щоб отримати докладні поради щодо застосування RIXTER ФерроБіо з лікарськими засобами, радимо звернутися до свого лікаря чи фармацевта. **Протипоказання:** індивідуальна чутливість до компонентів продукту, діти віком до 12 років. Анемія не пов'язана з дефіцитом заліза, надлишок заліза чи порушення засвоєння заліза. З обережністю людям які страждають на системний мастоцитоз, зі слабкою здатністю зв'язувати залізо і/або дефіцитом фолієвої кислоти. **Харчова цінність (поживна) (порція, 1 таблетка):** білки – 519,0 мг (мг); жири – 2,5 мг (мг); вуглеводи – 0,0 мг (мг). **Харчова цінність (поживна) г (г)/100 г (г):** білки – 57,67 г (г); жири – 0,28 мг (мг); вуглеводи – 0,0 мг (мг). **Енергетична цінність (калорійність) (порція, 1 таблетка):** 2,1 kcal (ккал) (8,8 kJ (кДж)). **Енергетична цінність (калорійність) (100 г (г)):** 234 kcal (ккал) (978 kJ (кДж)). Форма випуску. Таблетки. Не є лікарським засобом. **Упаковка:** по 20 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній коробці. Дата виробництва або кінцева дата споживання «Прид. до»: див. на упаковці. **Умови зберігання:** зберігати при температурі 15–25 °С в прохолодному сухому місці. Зберігати в недоступному для дітей місці. **Строк придатності:** 36 місяців від дати виготовлення. **Номер серії:** див. на упаковці. **Знак для товарів та послуг (за наявності), штрих-код:** вказані на упаковці. **Виробник:** ГлобФер Інті, Шатенрозен ба Пдроздін 2, 2550 Контич, Бельгія. **Імпортер:** ВАТ «Гедеон Ріхтер», Угорщина. Не є лікарським засобом. Реклама дієтичної добавки.

Представництво «Ріхтер Гедеон Нрт» в Україні: 01054, м. Київ, вул. Олександра Кониського, 17-Б.
Тел.: (044) 389-39-50 (-51), факс: (044) 389-39-52. E-mail: ukraine@richter.kiev.ua | www.richter.com.ua

RIXTER
ФерроБіо

Залізодефіцитна анемія після пологів: гемове залізо як оптимальний вибір

Дефіцит заліза є найпоширенішою й загально визнаною причиною анемії, і на сьогодні більшість досліджень за участю пацієнтів із цією патологією були зосереджені на профілактиці та лікуванні залізодефіциту. Проте анемія має складну етіологію, включаючи інші харчові дефіцити, інфекційні та спадкові захворювання, запальні процеси, гінекологічні й акушерські порушення, які потребують мультидисциплінарного підходу до менеджменту, що базується на сучасних протоколах ведення анемії залежно від причини залізодефіциту.

Ключові слова: анемія, залізодефіцит, вагітність, гемоглобін, феритин, добавки заліза, гемове залізо, Ріхтер ФерроБіо.

Анемія – це патологічний стан організму, який характеризується зниженням концентрації гемоглобіну в крові нижче порогового значення. Виникнення анемії може бути наслідком різноманітних факторів, таких як недостатність заліза в раціоні, прийом деяких медикаментів, наявність хронічних захворювань, спадкова гемоглобінопатія, крововтрата. Згідно із сучасними настановами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2021), анемія діагностується при концентрації гемоглобіну <120 г/л у невагітних і жінок, які годують грудьми, та <110 г/л – у вагітних. Із клінічної точки зору зниження концентрації гемоглобіну нижче порогового значення у зазначеній категорії пацієнток може бути спричинено високою потребою в залізі під час вагітності, порушенням харчування, гормональними розладами та значною втратою крові під час і після пологів.

Вагітні жінки з анемією мають підвищений ризик передчасних пологів, післяпологової депресії, а також негативних наслідків для плода, зокрема народження дитини з низькою вагою. У вагітних із залізодефіцитом також більша ймовірність розвитку анемії в післяпологовому періоді, що може мати тривалий характер і впливати на перебіг наступної вагітності.

Кровотеча під час і після пологів може спричинити анемію або погіршувати існуючий стан, якщо під час вагітності була зафіксована схильність до анемії (Markova V., Norgaard A. et al., 2022). Післяпологова кровотеча є найпоширенішим небезпечним ускладненням пологів, що призводить до 27% материнської смертності та розвитку тривалої постнатальної анемії. Серед породіль, що проживають у країнах із низьким і середнім рівнем доходу, від 50 до 80% страждають на анемію (Milman N., 2011).

Як післяпологова кровотеча, так і подальша залізодефіцитна анемія матері можуть спричинити недостатнє надходження грудного молока, що також пов'язано з меншою тривалістю грудного вигодовування. Як наслідок, це може негативно впливати на здоров'я не тільки жінки, а й дитини (Victora C.G., 2016). Післяпологова кровотеча, яку часто визначають як втрату ≥500 мл крові протягом 24 годин після пологів, є причиною приблизно 70 тис. материнських смертей у всьому світі щороку. Результати систематичного огляду й метааналізу M.O. Omotayo et al. (2021) продемонстрували, що тяжка анемія підвищує ризик післяпологової кровотечі.

Згідно з рекомендаціями Американського товариства гематологів (American Society of Hematology, ASH), із позиції кровотворення організм жінки зазнає суттєвих змін під час вагітності. Кількість крові зростає приблизно на 20-30%, що збільшує норму надходження заліза та вітамінів, необхідних для вироблення гемоглобіну як одного з найважливіших компонентів еритроцитів, що доставляють кисень до кожної клітини плода. Багатьом жінкам не вистачає заліза у достатній кількості, необхідній для нормального розвитку вагітності, особливо у II і III триместрах. Спочатку виникає відносний залізодефіцит, коли депо заліза може компенсувати втрати організму, а згодом розвивається істинний залізодефіцит, який має суттєві негативні наслідки для здоров'я матері та дитини.

Гематологи виділяють такі категорії жінок, які входять до групи високого ризику розвитку залізодефіциту:

- наявність в анамнезі двох вагітностей поспіль;
- багатоплідна вагітність;
- тяжкий токсикоз;
- дефіцит аліментарного заліза;
- рясні менструальні виділення до вагітності.

У зазначених пацієнток слід особливо детально проводити скринінг та профілактику залізодефіциту. Крім факторів ризику та показників клініко-лабораторних обстежень, такі симптоми,

як виникнення відчуття втоми або слабкості, прогресуюча блідість шкірних покривів, часте прискорене серцебиття, що не пов'язано з фізичним чи психоемоційним навантаженням, задишка та проблеми з концентрацією уваги, мають спонукати клініциста провести обстеження з метою діагностування анемії вагітних. Зазвичай здійснюють декілька обстежень, щоб визначити показники еритроцитів, гемоглобіну та заліза в крові, оскільки один параметр є недостатньо інформативним.

Залежно від концентрації гемоглобіну у крові анемія у вагітних поділяється на три ступені тяжкості: легкий (110-91 г/л), середній (90-81 г/л) і тяжкий (<80 г/л). Легка анемія є поширеним явищем під час вагітності через збільшення об'єму крові. Однак більш тяжка форма може підвищувати ризик розвитку анемії в дитини. Як відомо, нервові клітини дитини, як під час антенатального розвитку, так і після народження, надзвичайно чутливі до гіпоксемії, тому анемія у дітей є вкрай небезпечним станом. Крім того, якщо у жінки спостерігається значна анемія протягом перших двох триместрів, вона піддається ризику не лише передчасних пологів, а й народження дитини з низькою вагою. Цей факт подовжує терміни перебування в лікувальних закладах, відповідно, підвищуючи ризик інфекційних ускладнень як у матері, так і в новонародженого.

Анемія додатково обтяжує жінку, оскільки ризик втрати крові під час пологів напряму корелює зі станом імунної системи й ускладнює боротьбу з інфекціями. Поширеність анемії серед жінок у післяпологовому періоді наразі невідома, і, ймовірно, цей стан недостатньо діагностується. Це загрожує здоров'ю жінок і дітей як безпосередньо в післяпологовому періоді, так і в довгостроковій перспективі, включаючи наступні вагітності, створюючи безперервний цикл високого ризику залізодефіциту, який переходить на декілька поколінь. На всіх етапах – від запліднення, під час вагітності, при народженні, у 6 і 12 місяців після пологів – необхідно проводити оцінку концентрації феритину та рівня гемоглобіну як маркерів залізодефіциту для діагностування анемії.

Наслідки анемії включають зниження працездатності у дорослих, а також поганий когнітивний і моторний розвиток у дітей. Тяжка анемія під час вагітності підвищує ризик смерті матері та немовляти. Таким чином, як анемія вагітних, так і післяпологова анемія, пов'язана з кровотечею, є істинними залізодефіцитними станами і потребують вчасного поповнення депо заліза. Розпочинати лікувальні заходи слід якомога раніше: в ідеалі залізодефіцитний стан необхідно ліквідувати в прекоцепційному періоді. Вживання продуктів із високим вмістом заліза може допомогти забезпечити необхідну його кількість для належного функціонування організму матері та дитини. Однак варто переконатися, що вагітна отримує щонайменше 27 мг заліза щодня. Ця кількість є вагомою і не завжди адекватно забезпечується продуктами харчування.

Основна рекомендація ВООЗ щодо профілактики та лікування анемії у вагітних і жінок у післяпологовому періоді полягає в пероральному прийомі добавок заліза під час вагітності: оптимальною є доза 30-60 мг заліза на добу. Це широко застосовувана рекомендація, яка підтверджується великим Кокранівським оглядом випробувань добавок заліза під час вагітності. Після пологів ВООЗ рекомендує прийом препаратів заліза протягом перших 6-12 тижнів у випадку, коли анемія є помірною (середній ступінь тяжкості), і більш тривало, якщо нормалізація рівня гемоглобіну вимагає продовження терапії (Garcia-Casal M.N., 2015).

Ефективність лікувальних заходів перевіряється через 2-3 тижні від їх початку за допомогою лабораторних методів визначення рівня гемоглобіну, гематокриту, кількості еритроцитів та інших додаткових показників. Терапія вважається успішною, якщо через 3-4 тижні рівень гемоглобіну нормалізується. Лікування вважають неефективним, якщо:

- рівень гемоглобіну зростає на <6% (2% за тиждень);
- гематокрит підвищується на <1,5% (0,5% за тиждень);
- кількість еритроцитів збільшується на <3% (1% за тиждень).

Багато клініцистів стикаються із ситуацією, коли препарати заліза в однакових дозах по-різному впливають на рівень гемоглобіну та сироваткового заліза. Причиною неефективного лікування в більшості випадків є неправильно підібрана форма препарату заліза, яка не підходить вагітній або погано нею переноситься. Як відомо, залізо може перебувати у двох формах: гемовій і негемовій. При цьому гемове залізо абсорбується у 4,5 раза краще, ніж негемове, добре переноситься вагітними й не викликає побічних ефектів із боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ), що особливо актуально під час вагітності, яка досить часто супроводжується нудотою, печією та блюванням. Негемове залізо зустрічається в продуктах рослинного походження, його біодоступність є значно нижчою. Детальна характеристика препаратів заліза наведена в таблиці.

Таблиця. Переваги гемового заліза порівняно з негемовим	
Негемове залізо	Гемове залізо
Fe ³⁺ має бути відновлене до Fe ²⁺	Fe ²⁺ абсорбується всередині порфіринового кільця
На абсорбцію впливає їжа і pH шлункового соку	На абсорбцію не впливає їжа і pH шлункового соку
Слабка абсорбція (1-10%)	Хороша абсорбція (15-45%)
Абсорбується тільки у дванадцятипалій кишці	Абсорбується по всьому тонкому кишечнику
Побічні ефекти з боку ШКТ (нудота, біль, закрепи)	Мінімум побічних ефектів (завдяки високій абсорбції заліза)
Прийом їжі (молочні продукти, бобові, чай, кави) значно знижують засвоєння заліза	Прийом їжі не впливає на засвоєння гемового заліза

Усім пацієнтам із встановленим залізодефіцитом необхідно приймати препарат, який забезпечить швидке поповнення запасів заліза з мінімальним ризиком розвитку побічних ефектів. Ці якості властиві таблетованому препарату гемового заліза Ріхтер ФерроБіо (виробництво Gedeon Richter). Лікарський засіб, який містить гемове і негемове залізо, розроблений спеціально для випадків, коли раціон харчування не забезпечує достатню для функціонування організму кількість заліза. Результати останніх досліджень продемонстрували високу ефективність терапії анемічних станів препаратом Ріхтер ФерроБіо щодо підвищення рівня гемоглобіну і феритину (рисунок).

Одна таблетка Ріхтер ФерроБіо містить 18 мг елементарного заліза, а саме в комбінації 16,2 мг сульфату заліза та 1,8 мг гемоглобінового порошку. Такий склад забезпечує високу біодоступність препарату: порошкоподібний гемоглобін поліпшує засвоюваність заліза на 40%. Завдяки таким беззаперечним перевагам гемового заліза, як висока біодоступність і добра переносимість, Ріхтер ФерроБіо особливо показаний вагітним, а також жінкам, які планують вагітність і лімітовані у часі або мають схильність до анемії, рясні менструації, особливий раціон харчування, який виключає надходження гемового заліза.

Зручне дозування препарату Ріхтер ФерроБіо дозволяє в короткий термін нормалізувати кровотворення та підвищити рівень гемоглобіну: дорослим і дітям старше 12 років необхідно приймати по 1-2 таблетки 1 раз на добу, незалежно від прийому їжі. Рекомендований мінімальний курс терапії – 3 місяці.

Отже, поширеність анемії у жінок під час вагітності та в післяпологовому періоді вказує на необхідність покращення діагностики й лікування залізодефіциту вже на етапі антенатального розвитку плода. Зважаючи на вплив залізодефіцитної анемії на стан вагітних і новонароджених, включаючи ризик розвитку післяпологової анемії та анемії плода, вчасна корекція вмісту сироваткового заліза та поповнення його депо є неодмінною складовою стратегії лікування. Вибір таблетованої форми, що містить комбінацію гемового та негемового заліза, представлені препаратом Ріхтер ФерроБіо, дозволяє ефективно й безпечно усувати симптоми та наслідки залізодефіцитної анемії.

Підготувала Катерина Пашинська

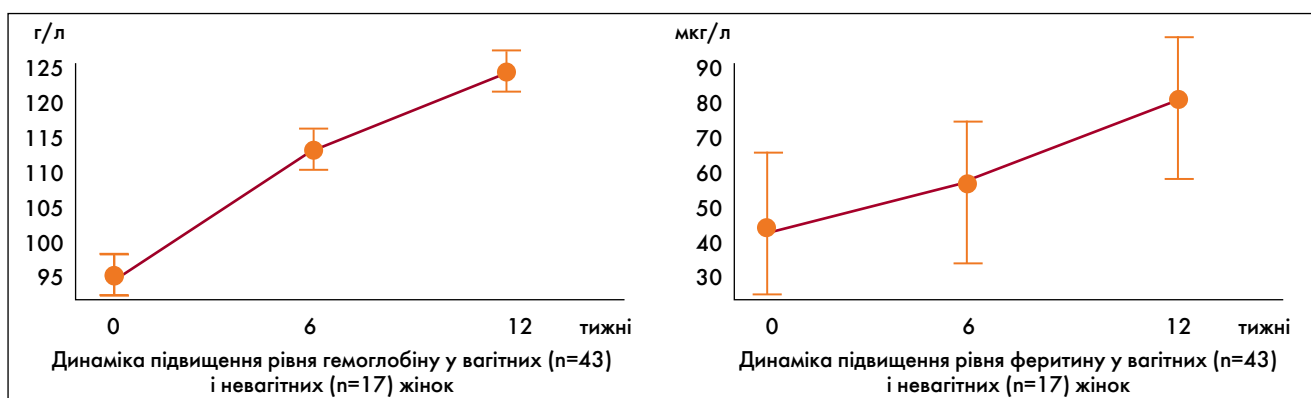


Рис. Клінічна ефективність Ріхтер ФерроБіо (адаптовано Danko J. et al., 2018)

Трансформація третього рівня надання перинатальної допомоги: ключові тези та рішення

За матеріалами дискусійного клубу

У рамках майстер-класу «Шляхи зниження перинатальних втрат на ранніх та пізніх термінах вагітності. Ендокринологія в акушерстві і гінекології» відбувся дискусійний клуб, присвячений трансформації третинної перинатальної допомоги в Україні. Провідні експерти галузі обговорили актуальні проблеми, виклики та перспективи розвитку спеціалізованої допомоги новонародженим із вродженою патологією, поділилися досвідом організації роботи перинатальних центрів та окреслили подальші кроки з оптимізації перинатальної служби.

Ключові слова: вагітність, вроджені вади розвитку, хромосомні аномалії, вроджена діафрагмальна грижа, пренатальна діагностика, скринінг, перинатальна допомога, фетальна хірургія.

Актуальність проблеми

Проблема вроджених вад розвитку (ВВР) є однією з найактуальніших у сучасній перинатології та педіатрії. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі щорічно народжується близько 7,9 млн дітей із серйозними вродженими аномаліями, 3,3 млн дітей до 5 років помирають від їх наслідків, а 3,2 млн стають інвалідами. В Україні частота ВВР становить 23,05 на 1000 живонароджених, посідаючи друге місце в структурі причин дитячої смертності та інвалідності.

У цьому контексті надзвичайної ваги набуває рання пренатальна діагностика як інструмент своєчасного виявлення ВВР та запобігання їх несприятливим наслідкам. Завдяки впровадженню сучасних програм пренатального скринінгу в I триместрі вагітності, використанню високотехнологічних методів візуалізації (експертна ультразвукова діагностика [УЗД], фетальна магнітно-резонансна томографія [МРТ]), інвазивної діагностики та молекулярно-генетичних досліджень стало можливим діагностувати до 80-90% клінічно значущих аномалій плода. Це, у свою чергу, дозволяє індивідуалізувати акушерську тактику, планувати місце та метод розродження, обсяг неонатальної допомоги, своєчасність хірургічної корекції.

Разом із тим реалії пренатальної діагностики в Україні ще далекі від бажаних. Недостатнє матеріально-технічне забезпечення, кадрові проблеми, відсутність єдиних стандартів і протоколів обстеження призводять до гіподіагностики та пізнього виявлення ВВР. Надзвичайної актуальності ця проблема набула в умовах воєнного стану, коли значна кількість вагітних вимушено змінили місце проживання та спостереження, були порушені маршрути скерування та ведення вагітностей високого ризику. Тож питання трансформації та оптимізації системи перинатальної допомоги, особливо її третинної ланки, потребують невідкладного вирішення.

Саме цій проблемі був присвячений дискусійний клуб «Трансформація третього рівня надання перинатальної допомоги: вимоги, виклики, можливості, досвід роботи», що відбувся в рамках майстер-класу «Шляхи зниження перинатальних втрат на ранніх та пізніх термінах вагітності. Ендокринологія в акушерстві і гінекології».



Відкриваючи дискусійний клуб, до слухачів майстер-класу звернувся директор КНП «Перинатальний центр міста Києва», завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор Дмитро Олександрович Говсєєв, зазначивши, що питання трансформації перинатальної допомоги набуло особливої актуальності

в умовах сьогодення.

Сучасна система охорони здоров'я України переживає період трансформації та адаптації до нових викликів, зумовлених демографічними зрушеннями, пандемією COVID-19 та військовою агресією РФ. Особливо гостро ці процеси відчуються в сфері перинатальної медицини, де на перший план виходять питання якості та доступності високоспеціалізованої допомоги вагітним, роділлям і новонародженим.

Одним із ключових елементів реформування галузі є розбудова мережі перинатальних центрів третього рівня з концентрацією кадрових і матеріально-технічних ресурсів для надання мультидисциплінарної допомоги при найскладнішій перинатальній патології. Нормативно-правовою базою передбачено чіткі вимоги до оснащення та функціонування таких закладів, зокрема наявність відділень неонатальної інтенсивної терапії, дитячої хірургії, медико-генетичного консультування тощо. Зокрема, вимоги пакету НСЗУ «Ведення вагітності в амбулаторних умовах» передбачають направлення до перинатального консилиуму, сформованого в межах пологового будинку або в іншому закладі, за участю

лікаря-генетика, профільних дитячих спеціалістів при виявленні у плода ознак аномалій, вродженої або спадкової патології для уточнення перинатального прогнозу, показань і умов для відповідних втручань.

Досвід КНП «Перинатальний центр м. Києва» демонструє можливості практичної реалізації цієї моделі в українських реаліях. Створений на базі потужного пологового будинку, центр об'єднує всі необхідні компоненти для забезпечення безперервності та наступності перинатальної допомоги.

Разом із тим функціонування перинатальних центрів третього рівня в сучасних українських реаліях стикається з низкою проблем і викликів. Зменшення загальної кількості пологів у великих містах на тлі міграційних процесів ставить питання оптимізації ліжкового фонду та кадрового забезпечення. Недостатнє фінансування галузі обмежує можливості оновлення матеріально-технічної бази та впровадження інноваційних технологій. Потребують подальшого вдосконалення механізми маршрутизації пацієнтів і комунікації між різними рівнями перинатальної допомоги. Вирішення цих проблем лежить у площині комплексного підходу, який включає нормативно-правове врегулювання, адекватне фінансування, безперервну професійну освіту фахівців, розвиток телемедичних технологій тощо. Важливим напрямком є також поглиблення міжнародної співпраці та вивчення кращих світових практик організації перинатальної допомоги.

Комплексний підхід у пренатальній діагностиці ВВР

Пренатальна діагностика відіграє ключову роль у виявленні ВВР плода та плануванні медичної допомоги до і після народження дитини. Комплексний підхід, що включає скринінгові й діагностичні методи, міждисциплінарну взаємодію та оптимальну організацію медичної допомоги, дозволяє суттєво покращити результати лікування в новонароджених із ВВР.

Комплексний підхід до пренатальної діагностики включає ряд компонентів:

- пренатальний скринінг I триместру (спеціалізована комп'ютерна програма);
- біохімічний скринінг II триместру, а саме α -фетопротеїн (при зміні показників пренатального скринінгу I триместру);
- експертне УЗД;
- інвазивна діагностика;
- цитогенетичний аналіз;
- консультування генетика;
- пренатальний міждисциплінарний консилиум.

Пренатальний скринінг I триместру є надзвичайно важливим діагностичним інструментом для оцінки ризику хромосомних аномалій у плода. Дослідження проводиться у терміні від 11+0 до 13+6 тижнів гестації й включає комплекс ультразвукових та біохімічних маркерів. УЗД є ключовим компонентом скринінгу II триместру. За допомогою УЗД оцінюються такі параметри, як товщина комірцевого простору, анатомія кісток носа плода, доплерометрія венозної протоки та трикуспідального клапана. Ці маркери дозволяють виявити плоди з підвищеним ризиком хромосомних аномалій, зокрема трисомії 21 (синдром Дауна). Біохімічний компонент скринінгу I триместру включає визначення рівнів асоційованого з вагітністю протеїну А плазми (PAPP-A) та вільної субодиниці β -хоріонічного гонадотропіну людини (β -ХГЛ) у крові матері. Додатково може визначатися рівень плацентарного фактора росту (PIGF), який підвищує ефективність скринінгу.



Для розрахунку індивідуального ризику хромосомних аномалій використовуються спеціальні комп'ютерні програми, які враховують результати УЗД і біохімічних аналізів, а також демографічні та клінічні фактори, такі як вік матері, маса тіла, артеріальний тиск, кількість попередніх вагітностей, прийом медикаментів тощо.

Успішність пренатального скринінгу I триместру значною мірою залежить від рівня підготовки медичного персоналу. Дослідження можуть проводитися лише фахівцями, які мають відповідний сертифікат Фонду медицини плода (Fetal Medicine Foundation, FMF). Дотримання стандартів FMF забезпечує високу якість УЗД та інтерпретації результатів біохімічних аналізів. При правильному проведенні пренатального скринінгу I триместру вдається виявити до 95% випадків трисомії 21 та інших хромосомних аномалій. Це дозволяє своєчасно проінформувати батьків про можливі ризики та обрати оптимальну тактику ведення вагітності й пологів.

Біохімічний скринінг II триместру, зокрема визначення рівня α -фетопротеїну, показаний при зміні показників у скринінгу I триместру. Інвазивна пренатальна діагностика (амніоцентез, біопсія ворсин хоріона) із цитогенетичним аналізом плода дозволяє верифікувати хромосомну патологію. В Україні поки доступне дослідження обмеженого числа хромосом (13, 18, 21, X, Y). Експертне УЗД та консультування суміжними спеціалістами (генетик, дитячий хірург та ін.) є важливими складовими комплексного підходу.

Консилиум за участю акушерів-гінекологів, спеціалістів із пренатальної діагностики, генетиків, дитячих хірургів та інших фахівців проводиться у випадках:

- виявлення або підозри на ВВР у плода, зокрема таких, що потребуватимуть хірургічного лікування;
- необхідності внутрішньоутробного втручання;
- визначення плану ведення вагітності та розродження.

На консилиумі визначаються терміни та умови госпіталізації, вид і час післяпологового хірургічного втручання.

Важливо зазначити, що оптимальною моделлю є ведення вагітних із пренатально виявленими ВВР у спеціалізованих перинатальних центрах із відповідними кадровими та технологічними ресурсами. Це дозволяє забезпечити повний цикл високоспеціалізованої допомоги – від пренатальної діагностики до хірургічної корекції та виходжування новонароджених. Приклад успішного впровадження такої моделі демонструє КНП «Перинатальний центр м. Києва», що має можливості для проведення всіх етапів пренатальної діагностики, міждисциплінарного консультування та лікування новонароджених із ВВР. Щотижневі пренатальні консилиуми, наявність власного транспорту для перевезення новонароджених, цілодобова готовність операційної бригади дозволяють суттєво скоротити час до надання хірургічної допомоги.

Таким чином, комплексний підхід у пренатальній діагностиці ВВР із застосуванням сучасних скринінгових і діагностичних методів, міждисциплінарною взаємодією фахівців та оптимальною організацією перинатальної допомоги дозволяє покращити результати лікування новонароджених. Впровадження такої моделі на базі спеціалізованих перинатальних центрів є пріоритетним напрямком розвитку медичної допомоги в Україні.



Доповідь «Клінічні випадки, які підлягають корекції» представив асистент кафедри акушерства, гінекології та медицини плода Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, лікар акушер-гінеколог, генетик, спеціаліст з ультразвукової пренатальної діагностики, кандидат медичних наук Юрій Миколайович Мельник, у який висвітлив важливість міждисциплінарного підходу у веденні

вагітностей із ВВР плода.

Експертна пренатальна діагностика є динамічною сферою медицини, що постійно розвивається та оновлюється. Знання,

актуальні ще півроку тому, можуть швидко застарівати, тому важливо бути обізнаним щодо найновіших досягнень. Це особливо стосується діагностики та ведення вагітності у II триместрі, під час якого існують певні виклики й обмеження. Одним із важливих аспектів є стандартизація досліджень та сертифікація лікарів відповідно до міжнародних рекомендацій, зокрема за програмою FMF. Це дозволяє працювати в єдиному правовому полі та забезпечувати якісну діагностику.

Окрім виявлення ВВР та проведення скринінгових програм важливо також мати чіткі протоколи щодо ведення вагітності при інших різноманітних патологіях. Проте в Україні існують певні обмеження щодо термінів прийняття рішень про переривання вагітності за медичними показаннями. Єдиний наказ, який чітко регламентував ці показання, був прийнятий ще 2012 року й стосувався вроджених вад серця.

При виявленні ВВР плода, за яких немає показань до переривання вагітності, важливо проводити каріотипування для виключення додаткових аномалій. Це дозволяє надати більш точний прогноз та визначити тактику ведення вагітності. Проте навіть при формуванні чітких протоколів щодо тактики ведення окремих вад прогноз для кожної жінки може бути індивідуальним. Наприклад, при лівобічній діафрагмальній грижі з герніацією органів черевної порожнини у грудну клітку доцільно проводити балонну оклюзію трахеї плода (рис. 1). Ця процедура знаходиться лише на початковому етапі впровадження в Україні, але може значно покращити виживання новонароджених із даною патологією.



Рис. 1. УЗД-картина лівобічної діафрагмальної грижі з герніацією органів черевної порожнини у грудну клітку

Інший приклад – атрезія стравоходу з трахеостравохідною норницею, яка є надзвичайно рідкісною патологією і важко діагностується навіть постнатально (рис. 2). Рання пренатальна діагностика таких вад дозволяє визначити тактику ведення вагітності та спланувати постнатальну допомогу.



Рис. 2. УЗД-картина атрезії стравоходу з трахеостравохідною норницею

Використання сучасних методів діагностики, таких як 3D-реконструкція, дозволяє покращити візуалізацію та розуміння анатомії плода не лише для фахівців із пренатальної діагностики, а й для лікарів інших спеціальностей. Це особливо важливо при плануванні тактики ведення вагітності та постнатальної допомоги при виявленні ВВР. Міждисциплінарний підхід є ключовим у веденні таких випадків. Окрім лікаря-генетика необхідно залучати профільних фахівців відповідно до виявленої патології – дитячих хірургів, щелепно-лицевих хірургів, кардіо- і нейрохірургів тощо. Це дозволяє надати більш точні рекомендації щодо ведення вагітності та спланувати постнатальну допомогу.

Прикладом може слугувати випадок ізольованого омфалоцеле, діагностованого в терміні 16-17 тижнів вагітності (рис. 3). Незважаючи на нормальний каріотип плода при подальшому спостереженні було виявлено, що це не класичне омфалоцеле, а ізольована пупкова грижа. Така патологія може бути поєднана з генетичними синдромами, зокрема синдромом Беквіта – Відемана. Пролонгування вагітності та народження здорової дитини з підтвердженою пупковою грижею підкреслює важливість ретельної диференціальної діагностики та динамічного спостереження.



Рис. 3. УЗД-картина ізольованого омфалоцеле, діагностованого у терміні 16-17 тижнів вагітності

Атрезія тонкої кишки, яка часто маніфестує в більш пізні терміни вагітності (27-28 тижнів), може бути єдиною ознакою хромосомних аномалій, таких як трисомія 21. Незважаючи на обмежені можливості втручання після 28 тижнів, каріотипування та консультування профільними фахівцями дозволяють визначити прогноз і спланувати постнатальну допомогу.

Важливо напрацювати чіткий маршрут ведення таких випадків ще на пренатальному етапі. Це включає інформування лікарів, які будуть надавати допомогу після народження, про особливості випадку, термін і спосіб розродження, план оперативного втручання. Чим раніше буде проведено операцію, тим кращий прогноз для новонародженого.

Важливим аспектом ведення випадків ВВР є питання юридичного захисту лікарів. Якщо після консультування та надання повної інформації про потенційні ризики та прогноз жінка приймає рішення на користь пролонгування вагітності, необхідно задокументувати це в письмовій формі. Пацієнтка має поставити підпис, підтверджуючи, що вона отримала вичерпну інформацію й не матиме претензій до лікарів у майбутньому. Такий підхід дозволяє, з одного боку, поважати право жінки на прийняття рішення, а з іншого – забезпечити лікарів від потенційних юридичних проблем.

Отже, трансформація перинатальної допомоги третього рівня вимагає не лише впровадження сучасних методів діагностики та лікування, а й готовності до прийняття складних рішень в умовах невизначеності. Міждисциплінарна співпраця, динамічне спостереження, своєчасне оперативне втручання та індивідуальний підхід до кожного випадку є запорукою успішного ведення вагітності та покращення віддалених результатів лікування дітей із ВВР.



Професор кафедри дитячої хірургії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, доктор медичних наук Євген Олегович Руденко у своїй доповіді акцентував увагу на сучасних можливостях хірургічної корекції ВВР у новонароджених.

Вроджена діафрагмальна грижа (ВДГ) є досить поширеною патологією, яка зустрічається з частотою 1 на 3300 живонароджених. Попри значні досягнення в неонатальній хірургії та інтенсивній терапії летальність при ВДГ залишається високою і коливається в межах 20-35% залежно від перинатального центру. Супутні вади розвитку зустрічаються при ВДГ у 40% випадків, що значно ускладнює прогноз.

На сьогодні не існує єдиних стандартів хірургічного лікування ВДГ, тому проводяться регулярні дослідження та випускаються рекомендації з приводу ведення пацієнтів із цією патологією. Економічний аспект лікування ВДГ є важливим як для держави, так і для сімей пацієнтів. Вартість лікування, особливо із застосуванням екстракорпоральної мембранної оксигенації (ЕКМО), є дуже високою. Діти із ВДГ мають підвищену захворюваність після корекції вади, потребують повторних обстежень і лікування, що призводить до додаткових економічних витрат і може впливати на якість життя сімей.

Пренатальна діагностика відіграє ключову роль у виявленні ВДГ та оцінці прогнозу. УЗД дозволяє визначити такі прогностичні маркери, як легенево-краніальний індекс (LHR), співвідношення наявного та очікуваного об'ємів легень (O/E-TLV) (O/E) та кількісний показник легень (Quantity Lung Index, QLI). МРТ плода доповнює УЗД, дозволяючи точніше оцінити ступінь гіпоплазії легень і розміри дефекту діафрагми. Після народження дитини з ВДГ проводиться рутинна рентгенодіагностика, яка включає оглядову рентгенографію грудної клітки та контрастування шлунка для визначення його положення.

Клінічний випадок

Пацієнт, хлопчик, народився від першої вагітності, перших пологів у терміні 39 тижнів гестації з масою тіла 2640 г. При народженні стан дитини був тяжким, оцінка за шкалою Апгар – 5-6 балів. Відразу після народження в дитини виникла дихальна недостатність, у зв'язку з чим вона була заінтубована у пологовій залі та переведена на штучну вентиляцію легень (ШВЛ).

Пренатально у плода була діагностована лівобічна ВДГ, гіпоплазія лівої легені, тяжка дихальна недостатність III ступеня та серцева недостатність (II функціональний клас за NYHA). За результатами пренатальної діагностики (УЗД, МРТ) визначалися такі прогностичні маркери:

- LHR – 1,4;
- співвідношення наявного та очікуваного легенево-краніальних індексів (O/E-LHR) – 36%;

- QLI – 0,65;
- загальний об'єм легень за даними МРТ – 42 см³ (межа високого ризику застосування ЕКМО: <20 см³);
- співвідношення O/E-TLV (загальний об'єм легень, що спостерігається до очікуваного) – 52% (<25% – поганий прогноз);

• герніація органів у грудну порожнину: шлунок, селезінка, петлі тонкої та товстої кишок, хвіст підшлункової залози, верхній полюс лівої нирки;

• умовні розміри задньолатерального дефекту діафрагми – 31×30 мм.

Ці дані свідчили про помірний ризик тяжкої гіпоплазії легень у плода.

Після народження діагноз ВДГ був підтверджений рентгенологічно. На оглядовій рентгенограмі органи черевної порожнини візуалізувались у лівому гемітораксі, середостіння зміщене вправо. При контрастуванні шлунка підтверджено його герніацію у грудну порожнину. Також у дитини розвинулося рідкісне ускладнення – лівобічний пневмоторакс та пневмоперитонеум.

У наведеному клінічному випадку, ймовірно, пневмоторакс виник внаслідок баротравми гіпоплазованої легені під час ШВЛ, а пневмоперитонеум – через наявність зв'язку між плевральною та черевною порожнинами на фоні дефекту діафрагми.

Передопераційна стабілізація стану пацієнта з ВДГ є ключовою для успішного хірургічного лікування. Метою стабілізації є досягнення критеріїв готовності до оперативного втручання, таких як предуктальна сатурація 95%, постдуктальна сатурація 85% при фракції кисню у вдихуваній суміші <50%. Терміни оперативного втручання можуть варіюватися від 3 до 10 діб після народження залежно від досягнення цих критеріїв. Хірургічне лікування ВДГ може виконуватись як лапаротомним, так і торакотомним доступом.

Після стабілізації стану дитини проводилася передопераційна підготовка з метою досягнення критеріїв готовності до хірургічного втручання:

- предуктальна сатурація >95%;
- постдуктальна сатурація >85%;
- фракція кисню у вдихуваній суміші (FiO₂) <50%.

На 3-тю добу життя дитині було виконано хірургічне втручання – торакотомію зліва. При ревізії в лівому гемітораксі виявлено петлі кишечника, шлунок, селезінку, що підтвердило дані пренатальної МРТ. Органи занурені у червну порожнину. Дефект діафрагми розміром 3,5×3,0 см.

Перебіг післяопераційний періоду був без ускладнень. Дитина перебувала на ШВЛ протягом 17 діб, у тому числі 4 доби – на високочастотній ШВЛ. Інотропна підтримка проводилася протягом 5 діб. Плевральний дренаж видалено на 8-му післяопераційну добу. Ентеральне харчування розпочато з 6-ї доби після операції.

На 33-тю добу життя пацієнт був виписаний додому у задовільному стані.

У даному клінічному випадку проведено пластику дефекту діафрагми латкою із політетрафторетилену (PTFE) із використанням принципу «торакалізації» черевної порожнини. Суть цього принципу, розробленого на кафедрі дитячої хірургії НМУ ім. О.О. Богомольця, полягає в наступному:

• Внаслідок гіпоплазії лівої легені та хронічної внутрішньоутробної компресії органами черевної порожнини об'єм лівого гемітораксу є надмірним порівняно з об'ємом легені.

• Зашивання дефекту діафрагми лише власними тканинами призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску, зменшення об'єму черевної порожнини та збільшення об'єму «порожнього» гемітораксу, що підвищує ризик баротравми легені.

• Використання латки із PTFE більшого розміру, ніж дефект діафрагми, та його фіксація на 1-2 міжребер'я вище від анатомічного краю діафрагми дозволяє штучно збільшити об'єм черевної порожнини за рахунок гемітораксу й зменшити ризик розвитку абдомінального компартмент-синдрому.

Даний клінічний випадок демонструє ефективність комплексного підходу до лікування новонароджених із ВДГ, що включає пренатальну діагностику, передопераційну стабілізацію, хірургічну корекцію з використанням принципу «торакалізації» та післяопераційну інтенсивну терапію. Дотримання такого підходу дозволило досягти доброго результату лікування дитини із ВВР, що традиційно асоціювалося з високою летальністю.

З М І С Т

АКУШЕРСТВО

Сучасні підходи до лікування рецидивуючих вагінальних інфекцій у вагітних: фокус на збереження мікробіому

Науково-практична конференція «Клінічні керівництва для акушера-гінеколога»
Д.Г. Коньков
Рецидив вагінальної інфекції, причини, діагностика та терапія, а також сучасні підходи до менеджменту цієї патології у вагітних. 7

Печія у вагітних: питання та відповіді

Семинар «Печія у вагітних: міфи, реальність та ТОП-10 способів зменшити печію»
Ю.В. Давидова, А.Ю. Лиманська 18-19

Скринінг гіпертензивних розладів вагітності: рекомендації USPSTF

Гіпертензивні розлади вагітності є однією з основних причин материнської захворюваності та смертності у США. Цільова група профілактичних служб США (USPSTF) представила рекомендації щодо скринінгу гіпертензивних розладів під час вагітності. 20

Пероральна регідратація в акушерстві, гінекології та внутрішній медицині

Онлайн-вебінар «Пероральна регідратація як медичний супровід у клініці акушерства, гінекології та внутрішньої медицини»
Ю.В. Давидова, А.Ю. Лиманська
Сучасні стратегії ведення вагітних із дегідратацією. 24-25

ГІНЕКОЛОГІЯ

Естетична гінекологія: баланс краси та здоров'я жінки

Фахова тематична школа «Мистецтво залишатися молодою. Генітоуринарні акценти»
Н.В. Косей
Можливості та цілі естетичної гінекології, зокрема сучасні стратегії менеджменту урогенітального старіння. 9

Хронічний ендометрит: проблеми верифікації діагнозу

Українська фахова школа гінекології та репродуктивної ендокринології (USGRE)
Н.В. Косей
Сучасні підходи до діагностики та лікування хронічного ендометриту. 11

Вторинна олігоменорея у спектрі ановуляторних розладів: діагностичні та терапевтичні виклики

Українська фахова школа гінекологічної та репродуктивної ендокринології (USGRE)
О.В. Булашенко, Н.Ю. Педаченко
Сучасні підходи до менеджменту ановуляторних розладів, зокрема вторинної олігоменореї, з урахуванням міжнародних рекомендацій і власного клінічного досвіду. 21

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Залізодефіцитна анемія після пологів: гемове залізо як оптимальний вибір

Огляд мультидисциплінарного підходу до менеджменту ведення анемії залежно від причини залізодефіциту. 3

Трансформація третього рівня надання перинатальної допомоги: ключові тези та рішення

Дискусійний клуб у рамках майстер-класу «Шляхи зниження перинатальних втрат на ранніх та пізніх термінах вагітності. Ендокринологія в акушерстві і гінекології»
Д.О. Говсєєв, Ю.М. Мельник, Є.О. Руденко
Актуальні виклики та перспективи розвитку спеціалізованої допомоги новонародженим із вродженою патологією, досвід організації роботи перинатальних центрів та подальші кроки з оптимізації перинатальної служби. 4-5

Історичні аспекти та еволюція лікування пролапсу тазових органів у жінок

В.І. Горювий, Г.В. Чайка, Л.Ю. Трифонюк
У статті представлено еволюцію підходів до лікування пролапсу тазових органів у жінок від античних часів до наших днів, історичні постаті акушерів-гінекологів та їхній внесок у вивчення цієї проблеми. 12-15

Інфекції сечовивідних шляхів: новини EAU 2024 року

Науково-практична конференція «Здоров'я жінки від А до Я»
С.В. Кушніренко
Сучасні підходи щодо ведення пацієнтів з інфекціями сечової системи і новини конгресу Європейської асоціації урологів 2024 року. 17

Інфекції сечовивідних шляхів: сучасні підходи до профілактики та лікування

О.В. Шуляк
Клінічно доведена ефективність, високий профіль безпеки та відсутність формування мікробної резистентності при застосуванні пробіотичних штамів *Lactobacillus*, D-манози та екстракту журавлини для профілактики ІСШ. 22-23

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Гендерна нерівність в українській хірургії

Звіт всеукраїнського дослідження
Команда проекту «SurgFem: Хірургині для хірургинь» від Global Medical Knowledge Alliance (GMKA) презентувала дані дослідження гендерної рівності в українській хірургії. 10

Гінекологічна деонтологія

М.В. Майоров, С.І. Жученко
Спілкування із хворим – це ціла наука і справжнє мистецтво. Завдання лікаря полягає у прагненні зняти або значно зменшити негативні емоції хворого, виявити такт при з'ясуванні подробиць хвороби, встановленні діагнозу, проведенні діагностичних і лікувальних заходів. Особливо велике значення ці аспекти мають в акушерстві та гінекології. 26

Всесвітній день гемофілії: підвищення обізнаності та покращення доступу до медичної допомоги

Щорічно 17 квітня відзначається Всесвітній день гемофілії (World Hemophilia Day, WHD), метою якого є підвищення обізнаності про гемофілію, хворобу фон Віллебранда та інші спадкові порушення згортання крові. 27

Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»

Редакційна колегія

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

Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович
Видавець: ТОВ «Медичні аспекти здоров'я людини»

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

Свідоцтво КВ № 17674-6524Р від 04.04.2011 р.
Передплатний індекс: 89326

Генеральний директор **Сергій Черкасов**
Шеф-редактор **Анна Хиць**
Редакційний відділ **a.khyts@health-ua.com**
Відділ реклами **+38 (095) 940 47 55**
Фінансовий відділ **fin@health-ua.com**
Відділ передплати та розповсюдження **+38 (050) 410 72 62**
podpiska@health-ua.com

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.

Адреса для листів:
вул. Світлицького, 35, м. Київ, 04123
E-mail: zu@health-ua.com
Газету віддруковано в ТОВ "Принт-ІНК"
03162 Київ, вул. Зодчих, 50-А, офіс 1
Підписано до друку: липень 2024 р.
Замовлення № 0264. Наклад 12 750 прим.

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

Сучасні підходи до лікування рецидивуючих вагінальних інфекцій у вагітних: фокус на збереження мікробіому



Д.Г. Коньков

У рамках науково-практичної конференції «Клінічні керівництва для акушера-гінеколога» професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, доктор медичних наук Дмитро Геннадійович Коньков представив доповідь «Рецидив вагінальної інфекції: причини, діагностика та терапія», у якій висвітлив сучасні підходи до менеджменту цієї патології у вагітних. **Ключові слова:** вагітність, рецидивуючі вагінальні інфекції, мікробіом, бактеріальний вагіноз, біоплівки, антисептики, деквалінію хлорид, лактобактерії.

Мікробіота відіграє ключову роль у підтримці репродуктивного здоров'я жінки, набуваючи особливого значення під час гестації. Вагінальний мікробіом безпосередньо забезпечує формування імунно-толерантного стану, характерного для вагітності. Зміни у складі мікробної флори, її протизапальний статус, а також гормональні флуктуації, асоційовані з вагітністю, суттєво впливають на мікробний пейзаж репродуктивного тракту. У період гестації спостерігається зниження синтезу молочнокислих бактерій, модифікація конкурентних взаємодій за субстрати, редукція стимуляції захисних механізмів та зменшення продукції антибактеріальних субстанцій. Ці фізіологічні механізми сприяють успішному заплідненню, імплантації й подальшому розвитку ембріона та плоду. Однак пролонгований перебіг зазначених процесів потенційно може призводити до розвитку патологічних змін, що потребує ретельного моніторингу та своєчасної корекції. Дані нещодавнього дослідження, проведеного на базі Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, щодо оцінки стану мікробіому в жінок, які використовують вагінальні пеларії з мікронізованим прогестероном та серкляжний пеларій для профілактики передчасних пологів,

продемонстрували зміни мікробіоти у вигляді дисбактеріозу під час вагітності (Коньков Д.Г., 2020). Причому дисбактеріоз відзначався як при використанні пеларію, так і при застосуванні мікронізованого прогестерону, що є звичайною реакцією на чужорідне тіло.

Особливості мікробіому вагітних та його вплив на перебіг гестації

Традиційно матка розглядалася як стерильний орган, вільний від мікробної колонізації. Проте сучасні дослідження з використанням методів секвенування нового покоління поставили під сумнів гіпотезу «стерильної матки» як у невагітному стані, так і під час гестації. Учені виявили унікальний мікробний склад матки, який демонструє кореляцію з вагінальним мікробіомом (Горбунова О.В., 2023). Примітно, що мікробіом ендометрія та плаценти мають значні відмінності. Перший демонструє схожість із вагінальним мікробіомом, тоді як другий виявляє більшу подібність до мікробіому ротової порожнини. Це спостереження вказує на потенційний гематогенний шлях колонізації плаценти та плоду. Мікробіому ротової порожнини, шкіри, сечовивідних шляхів і кишечника розглядаються як потенційні джерела колонізуючих мікроорганізмів. На особливу

увагу заслуговує мікробіота грудного молока як важливе джерело коменсальних бактерій у ранньому постнатальному періоді.

Альтеративні вагінальної мікрофлори асоціюються з підвищеним ризиком акушерських ускладнень. До них належать невиношування вагітності, розвиток постнатальної дисфункції, передчасні пологи та внутрішньоутробне інфікування, яке у найтяжчих випадках може призводити до антенатальної загибелі плода (Di Simone N., 2020). Ці дані підкреслюють критичну роль підтримання нормального мікробіому репродуктивного тракту для забезпечення сприятливих результатів вагітності.

M.D. Mesa et al. (2020) виявили значно вищу стабільність вагінальної мікробіоти на ранніх термінах вагітності та її зміну з ростом гестаційного віку. Етіологія цих відмінностей пов'язана з рівнем статевих гормонів. Естроген збільшує товщину слизового епітелію, підвищуючи відкладення глікогену. Це відкладення діє як хемоатрактант для мікробів, оскільки глікоген є основним субстратом, що використовується мікроорганізмами для розщеплення до глюкози та подальшої ферментації до молочної кислоти, знижуючи таким чином вагінальний pH (Mesa M.D., 2020).

Важливо зазначити, що у III триместрі вагітності спостерігається зменшення різноманіття мікробіому, переважно за рахунок лактобактерій. Збільшення кількості патогенних мікроорганізмів асоціюється з ускладненнями в неонатальному періоді. P. Łapiewski (2021) відзначає, що оцінка унікального імунно-метаболического ландшафту сприяє кращому розумінню патогенезу рецидивуючого бактеріального вагінозу (БВ) і цервікововагінальної інфекції під час вагітності, а також їх зв'язку з несприятливими наслідками для здоров'я матері та дитини.

Сучасна наукова парадигма розглядає БВ як полімікробне захворювання, що характеризується декількома клінічними стадіями та залученням широкого спектра мікроорганізмів (Wu B., 2021). У клінічній практиці дедалі більшого поширення набувають високоточні діагностичні методи, зокрема ПЛР-тести, які дозволяють проводити кількісне й якісне визначення мікроорганізмів, асоційованих із БВ.

Під час вагітності мікробіом матері зазнає суттєвих змін під впливом гормональних перебудов, факторів навколишнього середовища та генетичних детермінант. Ці зміни можуть впливати на формування мікробіому новонародженого. Прогресивне зростання рівнів естрадіолу, прогестерону та пролактину протягом вагітності має значний вплив на материнський мікробіом, хоча точні механізми цього зв'язку ще потребують подальшого вивчення.

Сучасні підходи до лікування рецидивуючих вагінальних інфекцій під час вагітності

Лікування цервікововагінальних інфекцій базується на принципі обов'язкового мікробіологічного дослідження для встановлення етіології процесу та оптимізації терапевтичної стратегії. Комплексний підхід до менеджменту рецидивуючих вагінальних інфекцій у вагітних враховує особливості гестаційного періоду і включає антимікробну терапію з урахуванням чутливості патогенів, а також заходи з нормалізації та підтримки оптимального рівня лактобактерій. Терапевтичний алгоритм при рецидивуючих інфекціях складається з двох етапів: перший передбачає застосування антисептиків, таких як хлоргексидин, мірамістин та деквалінію хлорид,

другий – фокусується на відновленні фізіологічного вагінального мікробіому (Sherrard J., 2019; Горбунова О.В., 2023).

Особливу увагу слід приділяти ерадикації основного вогнища БВ, локалізованого в біоплівці. Хоча нові агенти знаходяться на етапі клінічних досліджень, їхній профіль безпеки ще потребує ґрунтовного вивчення порівняно із традиційними антисептиками. Препарати на основі деквалінію хлориду демонструють високу ефективність щодо мікробних біоплівок та планктонних штамів. Вони є засобами емпіричної терапії, ефективною щодо широкого спектра потенційних збудників при мінімальном системному впливі на організм. Ключовою перевагою цих препаратів є відсутність негативного впливу на лактобацилярну мікрофлору.

Топічна терапія має переваги завдяки можливості безпосереднього впливу на вогнище БВ. Деквалінію хлорид, представлений на фармацевтичному ринку України під торговельною маркою Феміклін (виробництво АТ «Київський вітамінний завод»), є антисептичним засобом широкого спектра дії, що характеризується унікальним політропним фармакологічним ефектом. Препарат проявляє бактерицидну дію через посилення проникності та інгібування ферментативної активності патогенних мікроорганізмів, у результаті чого клінічне покращення та редукція симптоматики спостерігаються вже через 24-72 год після аплікації вагінальних форм.

Дослідження G. Lopes dos Santos Santiago et al. (2012) підтвердило ефективність деквалінію хлориду у супресії *Atopobium vaginae* – ключового збудника рецидивуючого БВ – у концентраціях, еквівалентних кліндамицину. Дані інших досліджень також продемонстрували широкий спектр антимікробної активності деквалінію хлориду. Препарат виявив ефективність не лише проти *Gardnerella vaginalis* та планктонних форм мікроорганізмів, а й продемонстрував значний вплив на комбіновані біоплівки, що формуються на слизовій оболонці піхви. Зокрема, деквалінію хлорид виявляв активність проти полімікробних асоціацій, включаючи *A. vaginae*, *G. vaginalis* та *Candida albicans* (Gaspar C., 2021).

Наразі проводиться багатоцентрове рандомізоване відкрите паралельне групове дослідження DEVA, яке має надати високоякісні докази ефективності деквалінію хлориду в лікуванні БВ (Haydock R., 2022). У випробуванні, яке проводиться у 15 клінічних центрах Великої Британії, особлива увага приділяється вивченню протирецидивного ефекту деквалінію хлориду, що може мати суттєве значення для оптимізації терапевтичних стратегій у пацієнтів із рецидивуючим БВ.

Таким чином, рецидивуючі вагінальні інфекції під час вагітності становлять серйозну проблему в акушерсько-гінекологічній практиці, потенційно загрожуючи здоров'ю матері та плоду. У контексті стратегій лікування рецидивуючого БВ у вагітних особливу увагу слід приділяти використанню топічних антисептиків, зокрема препаратів на основі деквалінію хлориду (Феміклін). Останні мають ряд переваг порівняно із системними антибіотиками, включаючи мінімальний ризик побічних ефектів та низьку ймовірність розвитку антибіотикорезистентності.

Список літератури знаходиться в редакції.

Підготувала Анна Сочнева

- Деквалінію хлорид включений до альтернативної схеми лікування бактеріального вагінозу – 6 днів по 10 мг (IUSTI 2018)¹
- Широкий спектр бактерицидної та фунгіцидної дії²
- Рівень доказовості ефекту терапії – A (I)³
- Можна порівняти за ефективністю з кліндамицином³
- Короткий курс лікування – всього 6 днів²
- Зручний режим дозування – 1 вагінальна таблетка на ніч²
- Дозволений на всіх термінах вагітності і при годуванні груддю²
- Якість від КВЗ – іспанська субстанція, стандарт GMP

1. 2018 European (EU) Medicines Agency (EMA) guideline on the management of vaginal discharge. 2. Clinical efficacy data from the clinical trials of Dequalinium Chloride. 3. Clinical efficacy data from the clinical trials of Dequalinium Chloride. 4. Clinical efficacy data from the clinical trials of Dequalinium Chloride. 5. Clinical efficacy data from the clinical trials of Dequalinium Chloride.

КІЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!

Львів, АТ «КІЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД»
Місцезнаходження виробництва та адреса місця провадження діяльності: 44073, Україна, м. Львів, вул. Кольчизька, 38. Web-сайт: www.vitamin.com.ua.
НПДМЗ України №17193/01/01 від 24.01.2019

Менопаузальна гормонотерапія має бути індивідуалізована

Клімонорм

МЕНОПАУЗАЛЬНА
ГОРМОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ
З ДОДАТКОВИМИ
ЛІКУВАЛЬНИМИ
ПЕРЕВАГАМИ

- Для замісної гормональної терапії у жінок, які страждають від симптомів естрогенодефіциту внаслідок менопаузи¹
- Для корекції симптомів менопаузи у пацієнок у яких переважає астено-депресивна симптоматика (зниження самооцінки, зниження когнітивних функцій, зниження лібідо, порушення сну, млявість, пригніченість настрою, зниження тургору шкіри)²
- Для пацієнок з генітоуринарним синдромом у поєднанні з вазомоторними симптомами та іншою загальною менопаузальною симптоматикою²



1. ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу Клімонорм. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 09.06.2021 № 1163. Реєстраційне посвідчення № UA/3008/01/01. ЗМІНИ ВНЕСЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 01.10.2021. № 2128. 2. Татарчук Т.Ф. Індивідуалізація підходів до ведення пацієнок у період менопаузального переходу. Резолюція експертної ради/Т.Ф. Татарчук [та ін.] (стр.8-11). Репродуктивна ендокринологія -2018 г., №3.

Коротка інформація щодо медичного застосування препарату КЛІМОНОРМ. **Склад:** діючі речовини: естрадіолу валерат, левоноргестрел; 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою жовтого кольору, містить 2 мг естрадіолу валерату; допоміжні речовини. 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою коричневого кольору, містить 2 мг естрадіолу валерату та 0,15 мг левоноргестрелу; допоміжні речовини. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Показання.** Клімонорм призначений для замісної гормональної терапії (ЗГТ) у жінок, які страждають від симптомів естрогенодефіциту внаслідок менопаузи. **Протипоказання.** Рак молочної залози нині чи в минулому або підозра на нього. Злоякісні пухлини, що є естрогенозалежними (наприклад, рак ендометрія), або підозра на них. Вагінальна кровотеча нез'ясованої етіології. Невилікувана гіперплазія ендометрія. Венозна тромбоемболія нині або в анамнезі (наприклад, тромбоз глибоких вен, тромбоемболія легеневої артерії). Наявні або нещодавно перенесені артеріальні тромбоемболічні порушення (наприклад, стенокардія, інфаркт міокарда). Високий ризик розвитку венозного або артеріального тромбозу. Пухлини печінки (доброякісні або злоякісні) нині або в минулому. Гострі захворювання печінки нині або в анамнезі – до нормалізації лабораторних показників функціонального стану печінки. Тяжкі захворювання печінки. Гіперчутливість до будь-якого з компонентів лікарського засобу. Порфірія. Тяжка гіпертригліцеридемія. **Застосування у період вагітності або годування груддю.** Клімонорм не слід призначати у період вагітності або годування груддю. Якщо вагітність настала під час лікування препаратом Клімонорм, лікування необхідно негайно припинити. **Спосіб застосування та дози.** Клімонорм – препарат для ЗГТ, який слід приймати циклічно. Протягом перших 9 днів щоденно приймати по 1 таблетці жовтого кольору, після того протягом 12 днів щоденно приймати по 1 таблетці коричневого кольору. Після того, як протягом 3 тижнів будуть прийняті всі таблетки, настає семиденна перерва без прийому таблеток. У цей період слід очікувати появи червоної менструальноподібної кровотечі. Після семиденної перерви розпочинати прийом таблеток з наступної упаковки незалежно від того, скінчилася або ще продовжується менструальноподібна кровотеча. Тривалість курсу лікування визначає лікар. **Діти.** Не застосовувати цій категорії пацієнтів. **Побічні реакції.** Головний біль/ мігрень. Нудота/блювання, здуття живота, абдомінальний біль, диспептичні симптоми. Артеріальна гіпертензія. Тахікардія/серцебиття, варикозне розширення вен, геморойдальні вузли, порушення з боку серцево-судинної системи. Неоплазія молочної залози (доброякісні захворювання молочних залоз), відчуття напруженості/біль у молочних залозах. Рак молочної залози: у жінок, які отримують комбіновану терапію із застосуванням естрогену та гестагену більше 5 років, ризик виникнення раку молочної залози був підвищений у 2 рази. У пацієнок, які отримують монотерапію із застосуванням естрогену, ступінь підвищення ризику є дещо нижчим, ніж у пацієнок, які приймають комбіновані препарати естрогену та гестагену. Ступінь ризику залежить від тривалості застосування. Категорія відпуску. За рецептом. Виробник, ДЕЛЬФАРМ ЛІЛЛЬ САС. Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності. Парк де Актівітес Раубаікс-Ест, 22 Rue de Тауфлерс ЦС 50070, ЛУС ЛЕЗ ЛАННОЙ, 59452, Франція. Реєстраційне посвідчення № UA/3008/01/01 затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України 09.06.2021. № 1163. Зміни внесено Наказом Міністерства охорони здоров'я України 01.10.2021 № 2128.

Інформація в цьому матеріалі призначена виключно для спеціалістів охорони здоров'я. Лікарські засоби мають протипоказання. Більш повна інформація міститься в інструкціях для медичного застосування.

ТОВ «ЗЕНТИВА УКРАЇНА», 02002, м. Київ, Броварський проспект, 5и, тел./факс: (044) 517 75 00.

ZENTIVA

Естетична гінекологія: баланс краси та здоров'я жінки

Урогенітальне старіння є однією з найбільш поширених проблем у жінок у пери- та постменопаузальному періоді, яка суттєво знижує якість їхнього життя. Сучасна гінекологічна практика має широкий спектр терапевтичних опцій для корекції урогенітальних розладів. У рамках фахової тематичної школи «Мистецтво залишатися молодою. Генітоуринарні акценти» завідувач відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», доктор медичних наук, професор Наталя Василівна Косей представила доповідь «Естетика заради естетики чи якість життя жінки? Особливі сенси естетичної гінекології», у якій висвітлила сучасні стратегії менеджменту урогенітального старіння.

Ключові слова: урогенітальне старіння, генітоуринарний менопаузальний синдром, естрогени, замісна гормональна терапія, промєстрин, тіоконазол, тинідазол, лідокаїн, Клімонорм, Колпотрофін, Гіномакс ХЛ.



Н.В. Косей

З історичної точки зору уявлення про красу жіночого тіла суттєво відрізнялися. Наприклад, в епоху Відродження вважалося, що у жінок верхня частина тіла є привабливішою, тому вони носили пишні декольте, а нижню частину приховували об'ємними спідницями. Із плином часу естетичні вподобання змінювалися. У XX ст. жінки почали більше відкривати ноги, демонструючи шиколотки, коліна, а згодом і стегна. Сьогодні збільшення тривалості життя поставило нові завдання щодо покращення його якості та продовження краси, у тому числі таких анатомічних ділянок, як промежина й піхва. Це спонукало до розвитку методів відновлення клітинних структур і тканин, зокрема пластичної хірургії, косметології та стратегій немедикаментозної й медикаментозної корекції. Натомість нормальна анатомія нижніх статевих шляхів — це не лише краса та естетика, а й фізіологічна функціональність: порушення анатомічних співвідношень і відсутність змикання статевих губ на вході у вагіну спричиняє рецидивуючі вагінальні інфекції та сексуальну дисфункцію, цистоцеле та ректоцеле — порушення процесів сечовиведення та дефекації, біль і дискомфорт у нижніх відділах живота та попереку.

Фізіологічні зміни, пов'язані з віком, такі як втрата тону, нетримання сечі та пролапс тазових органів, значно впливають на жіноче здоров'я й сексуальність. Ці процеси зумовлені віковим дефіцитом естрогенів внаслідок настання менопаузи, що спричиняє шемію та атрофію тканин, зменшення кількості лактобацилярної флори і захисних властивостей слизової піхви (Jindal A., 2023). Відповідно до сучасних даних, понад 17% жінок віком 18-50 років відчувають проблеми із сухістю піхви під час сексу, навіть до настання менопаузи; тільки 25% жінок самостійно звертаються до лікаря з питаннями щодо порушень, пов'язаних із генітоуринарним менопаузальним синдромом (ГУМС) (Portman D.J., 2014; Cagnacci A., 2019). Окрім природних вікових змін, існують й інші фактори, що впливають на здоров'я та естетику жіночих статевих органів — дерматологічні захворювання, інфекції, ендокринні розлади (ожиріння, метаболічний синдром), психологічні проблеми (вагінізм). Кожна жінка має свої індивідуальні анатомічні особливості та суб'єктивне сприйняття власного тіла.

Дефіцит естрогенів та андрогенів у період менопаузи: вплив на сексуальне здоров'я та якість життя

Менопауза є важливим етапом у житті кожної жінки, який супроводжується значними гормональними змінами. Дефіцит естрогенів й андрогенів, що виникає у цей період, може суттєво впливати на різні аспекти здоров'я та якості життя жінки, зокрема на сексуальну функцію (Sattel P.M., 2000). Об'єктивно дефіцит естрогенів проявляється змінами піхвової слизової оболонки: спочатку блідістю та стоншенням епітелію, а згодом її атрофією та підвищеною травматизацією через видимість підлеглих судин.

Окрім естрогенного дефіциту, з віком у жінок знижується й рівень андрогенів, зокрема тестостерону та дегідроепіандростерону (Guay A., 2004; Panzer C., 2009). Ці гормони відіграють важливу роль у підтриманні м'язового тону, настрою, емоційного стану та загальної енергії, необхідних для активного життя. Пік секреції тестостерону припадає на 20-30 років, а до 40-річного віку його рівень знижується вдвічі. Зниження рівня андрогенів у жінок може бути зумовлене віком, ovarioектомією, розладом гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової системи, прийомом глюкокортикоїдів, естрогенів або тиреоїдних гормонів. Додатковими чинниками є хронічні захворювання, розлади харчування, травми, опіки, злоякісні пухлини (North American Menopause Society, 2005).

Сучасні підходи до корекції урогенітального старіння

З огляду на негативний вплив дефіциту естрогенів й андрогенів на сексуальне здоров'я та якість життя жінки актуальним є питання менопаузальної гормональної терапії (МГТ), що є ефективним методом корекції цих порушень, який забезпечує зменшення дискомфорту в піхві та відновлення трофіки слизових оболонок. Одними з перших препаратів МГТ, які продемонстрували клінічну ефективність, були ін'єкційні форми естрогенів у поєднанні з тестостероном, проте дані досліджень виявили підвищений ризик

серцево-судинних ускладнень на фоні використання тестостерону, що призвело до обмеження його застосування у жінок. Наступним етапом упровадження МГТ стали препарати, які містять естроген у поєднанні з гестагеном. Одним із перших представників цієї групи був комбінований препарат естрадіолу валерату та левоноргестрелу **Клімонорм** (виробництво Zentiva, Чехія), який здобув популярність завдяки зручності таблетованої форми.

Левоноргестрел, який входить до складу **Клімонорму**, має слабку андрогенну активність, що надає жінкам енергії, покращує настрій і сексуальне бажання. Водночас препарат чинить потужний супресивний вплив на ендометрій, а також має протизапальні властивості, що забезпечує безпечність і додаткові переваги при ендометріозі або міомі матки.

Сучасні дані демонструють, що прийом **Клімонорму**, завдяки вмісту 2 мг естрадіолу валерату (перша фаза застосування препарату протягом 9 днів) і додаванню 0,15 мг левоноргестрелу (друга фаза — в наступні 12 днів), значно покращує стан слизових оболонок піхви. Це підтверджується зростанням індексу вагінального здоров'я, який базується на оцінці зволоженості, еластичності, рівня рН і кольоцитологічних показниках (Magoni J., 2004).

Також при веденні пацієнток з урогенітальними розладами доцільне застосування місцевої естрогенної терапії, що є ефективним і безпечним методом усунення урогенітальних симптомів, особливо в жінок із протипоказаннями до системної гормонотерапії. Одним із найбільш призначуваних препаратів є промєстрин (**Колпотрофін**, Zentiva), який не всмоктується у системний кровообіг і практично не має загальних ефектів. Це дозволяє призначати його навіть літнім пацієнткам із обтяженим соматичним анамнезом. Дані сучасних досліджень підтверджують ефективність застосування промєстрину при ГУМС. Результати нещодавнього дослідження P.R. Duarte et al. (2022) продемонстрували, що терапія промєстрином симптомів ГУМС асоціюється з купіруванням диспареунії, підвищенням частоти коїтусів та покращенням якості життя жінок у менопаузі за шкалою Сервантеса.

Сьогодні в арсеналі клініцистів наявні й інші стратегії вагінального омолодження, у тому числі немедикаментозні засоби (зволожувальні креми та лубриканти), ін'єкційні методи терапії (плазмотерапія, філери, ліпофілінг, ботулінотерапія), використання енергетичних пристроїв (лазерних, RF-термоліфтингових процедур омолодження) і хірургічна корекція анатомічних змін урогенітального тракту, яка представлена лабіо-, перінео- та вагінопластикою, слінговими та іншими методиками відновлення анатомії тазового дна (Jain D.R., 2016; Magon N., 2017; Soares-Júnior J.M., 2021; Vali S., 2023; Mohammad S., 2023).

Незважаючи на ефективну корекцію вікових змін, хірургічні методики завжди асоціюються з певними ризиками, зокрема будь-яке втручання на статевих органах, навіть малоінвазивне, може ускладнюватися приєднанням інфекції. Найпоширенішою причиною післяопераційних інфекційно-запальних ускладнень після малих хірургічних втручань на статевих органах стає умовно-патогенна та полімікробна флора. За даними досліджень, до 80% пацієнток мають безсимптомний вагінальний дисбіоз, який слід сунувати перед операцією (Потапов В.А., 2014). Оптимальним вибором у цієї категорії пацієнток є застосування комбінованого препарату, що містить тіоконазол, тинідазол та лідокаїн (**Гіномакс ХЛ**, Zentiva). Така комбінація забезпечує елімінацію основних збудників вагінальних інфекцій — грибів роду *Candida*, бактерій і найпростіших. Лідокаїн чинить місцеву анестезуючу, а також синергічну дію із протигрибковими агентами щодо грибів *Candida spp.* (Pina-Vaz C., 2000; Hollmann M.W., 2001). Курс лікування препаратом **Гіномакс ХЛ** складає 3 дні, що забезпечує високий комплаєнс. За потреби терапію можна продовжити для пришвидшення загоєння слизової. Основа препарату — вітепсол — сприяє зволоженню слизової та кращому контакту активних речовин із вагінальним епітелієм. Місцеве застосування препарату **Гіномакс ХЛ** не асоціюється з ризиком системних побічних ефектів або алергічних реакцій.

Клінічні випадки є джерелом інформації для медичних спеціалістів, оскільки вони демонструють реальні ситуації з практики та дозволяють проаналізувати ефективність різних методів діагностики й лікування. Це особливо актуально в контексті менеджменту урогенітальних розладів у жінок у клімактеричному періоді та менопаузі, де існує широкий спектр терапевтичних опцій — від консервативної терапії до хірургічних втручань.

Клінічний випадок 1

Пацієнтка, 45 років, звернулася зі скаргами на дискомфорт при фізичній активності та статевому акті, часті вагінальні виділення, епізоди нетримання сечі при кашлі. При огляді виявлено гіперемію та атрофічні зміни зовнішніх статевих органів. В анамнезі — 4 пологів, епізіотомія. Менструації нерегулярні, наявні припливи жару та пітливість уночі.

Лікування розпочали з призначення препаратів **Клімонорм** у циклічному режимі та **Колпотрофін** вагінально. Для відновлення біоценозу піхви застосовували пробіотик, а для зменшення сухості — зволожувальний гель. Через 2 місяці провели радіохвильовий ліфтинг із метою покращення тону та еластичності піхви. У подальшому виконали нитковий ліфтинг промежини та контурну пластику точки G філерами.

У результаті комплексного поетапного лікування досягнуто покращення зовнішнього вигляду та функціональності тканин без ускладнень. Пацієнтка відмітила значне зменшення дискомфорту, припинення нетримання сечі та покращення якості сексуального життя.

Клінічний випадок 2

Пацієнтка, 44 роки, звернулася зі скаргами на сухість і дискомфорт у ділянці вульви, диспареунію, збільшення малих статевих губ. Додатково відмічала зниження лібідо, нерегулярні менструації, припливи жару та порушення сну. При огляді — гіпоатрофічні зміни вульви та піхви, гіпертрофія малих статевих губ.

Призначено **Клімонорм** і **Колпотрофін** вагінально для відновлення трофіки тканин, після чого проведено лабіопластику з видаленням папілом.

Через 1 місяць виявлено хороше загоєння післяопераційних ран. Пацієнтка відмітила значне покращення зовнішнього вигляду та зменшення фізичного дискомфорту. Ще через 3 місяці, за бажанням жінки, проведено ін'єкції філерів у ділянку великих статевих губ із досягненням бажаного естетичного ефекту.

Таким чином, представлені клінічні випадки демонструють важливість комплексного підходу до корекції ГУМС. Рациональна комбінація системної МГТ і місцевого застосування естрогенів дозволяє усунути симптоми та підготувати тканини до хірургічної корекції. Водночас використання сучасних реконструктивно-пластичних методик (радіохвильовий і нитковий ліфтинг, філери, хірургічна корекція) забезпечує не лише функціональне відновлення, а й покращення естетичного вигляду зовнішніх статевих органів. Такий персоналізований підхід з урахуванням індивідуальних потреб й очікувань пацієнтки дозволяє досягти найкращих результатів та уникнути ускладнень.

Підготувала **Анна Сочнева**



Гендерна нерівність в українській хірургії

Звіт всеукраїнського дослідження



Команда проекту «SurgFem: Хірургині для хірургинь» від Global Medical Knowledge Alliance (GMKA) презентувала дані дослідження гендерної рівності в українській хірургії. За результатами анкетування, 80% лікарки чули, що хірургія не для них, тільки через їхню стать, а 55% опитаних зазнавали домагань із боку колег-чоловіків.



Андрій Безносенко, хірург-онколог, який спеціалізується на лікуванні колоректального раку, завідувач відділу торакоабдомінальної онкології клініки національного інституту раку (м. Київ):

— Раніше у «важку»

хірургію (торакальну й абдомінальну) брали лише чоловіків, це була їхня царина. Але, з мого досвіду керівництва в Інституті раку, жінки більш завзяті, намагаються довести свої здібності й професійність. Також зараз на медичних конференціях ми бачимо все більше доповідачок-хірургинь. Однак, наприклад, у президії Національної академії медичних наук України присутні винятково чоловіки, хоча науковців серед жінок у країні достатньо. Я знаю головних лікарів, які під час прийому на роботу лікарки спершу запитують їх, коли в декретну відпустку. Хірургія — це як закритий чоловічий клуб, із цим треба боротися. Дослідженнями, статтями, дискурсами потрібно публічно показувати всі недоліки гендерних упереджень.

Попри активний рух за гендерну рівність у різних галузях нашого життя, хірургині продовжують стикатися з дискримінацією за ознакою статі на всіх етапах кар'єри: під час навчання, в інтернатурі, на роботі. Щоб показати реальну ситуацію з гендерною нерівністю в хірургії, команда «SurgFem: Хірургині для хірургинь» провела всеукраїнське дослідження «Жінка в хірургії: проблеми не існують?».

«Жінки в хірургії стикаються з гендерною нерівністю, харасментом, дискримінацією, упередженнями. В університеті в операційну брали тільки хлопців, бо «дівчата не витримують». Після візитів до США та Європи зрозуміла, що й там існують гендерні проблеми. Тому ми разом із хірургинями GMKA вирішили, що час покласти цьому край. Потрібно боротися за жіночу ініціативність і самореалізацію, давати розуміння молодшому поколінню, що все можливо, якщо хочеш і працюєш. Ніщо й ніхто не може стати на заваді мрії», — зазначає Інеса Гуйванюк, виконавча директорка GMKA в Україні, співзасновниця проекту «SurgFem: Хірургині для хірургинь», онкохірургиня Київського обласного онкологічного диспансеру.



В анкетуванні взяли участь 340 хірургинь та інтернок різних хірургічних спеціалізацій із різних регіонів України (рис. 1).

За отриманими даними, більшість (65,8%) лікарки не мали належної підтримки у виборі хірургічного фаху під час навчання, а 35,0% хірургинь повідомили, що їхня стать негативно вплинула на якість підготовки під час інтернатури. До того ж гендерні стереотипи ускладнюють пошук роботи після завершення інтернатури (60,8%).

Виявилось, що 54% лікарки чули принизливі вислови або переживали зневажливе ставлення до своєї статі з боку колег-чоловіків, 55% — зазнавали сексуальної об'єктивації чи домагань (рис. 2).

Хірургині визначають основними перешкодами на своєму професійному шляху дискримінацію на роботі (48,5%), професійне вигорання (50,0%), відсутність підтримки від керівництва (41,5%).

Більшість опитаних лікарки стикалися з тим, що їх плутали з медсестрою інші медичні працівники (68%) або пацієнти (92%). Також 54,7% хірургинь повідомили, що пацієнти сумнівалися у їхніх професійних навичках тільки через стать (рис. 3).

В операційних хірургині здебільшого асистують (51,8%), а самостійно проводять операції лише 9,0% опитаних (рис. 4).

Хірургині поділилися власним баченням того, як можна позбутися гендерної нерівності.

«Потрібне усвідомлення чоловіками-хірургами того факту, що жінка-хірург може бути не гіршою за них, а в деяких моментах навіть кращою. Встановлення менторства над жінками-хірургами, особливо під час декретної відпустки та після виходу з неї».

«Швидке реагування на ситуації гендерної нерівності та створення анонімною служби для звернень громадян. Впровадження обов'язкової квоти участі жінок у роботі хірургічних відділень».

«Більше жінок на керівних посадах. Більше молоді в колективі».

«Зобов'язання працевлаштування хірургів та хірургинь у співвідношенні 50/50».

«Анонімний конкурс на посаду хірурга, який унеможливить вплив вікових і гендерних факторів».

Під час презентації дослідження 30 квітня експерти в галузі медицини обговорили практичні кроки розв'язання проблеми гендерної нерівності в хірургії.



Олександр Лінчевський, торакальний хірург, генеральний медичний директор клініки «Добробут», заступник міністра охорони здоров'я України у 2016-2019 роках (м. Київ):

— Треба визнати проблему в чоловічому сприйнятті гендерної

нерівності — ми, чоловіки, її недооцінюємо. Коли зустрічаємо жінок у хірургії — але насправді це винятки, — для себе підтверджуємо, що не все так погано. Але водночас жінки кажуть, що все дуже погано.

Чоловікам чомусь здається, що рівність у хірургії — жіноча справа, це жінки мають боротися за свої права. Проте ми маємо розуміти, що жіноцтво — це 50% усього потенціалу суспільства. Якщо є дискримінація половини, від неї програють усі. Гендерна нерівність — це не проблема жінок, це проблема всіх.

Дискримінація жінок і харасмент є повсюдними в хірургії. Та на відміну від інших злочинів, порушення прав і несправедливість сприймаються чоловіками цілком буденно й звично. Так, саме чоловіки на керівних посадах мають змогу справедливо реагувати на свідчення про харасмент і не допускати дискримінації жінок. Без цього удавана чоловічість на тлі щоденного толерування гендерної несправедливості є лише порожніми словами.



Тетяна Сліпченко, адвокатка, докторка філософії, викладачка Західноукраїнського національного університету, засновниця консалтингового бюро «Юридичний супровід Тетяни Сліпченко», CEO «Дентал депо» (м. Тернопіль):

— Завдяки цифровим технологіям і розвитку правової культури зробити публічним певний прояв неповаги або порушення прав жінки стало легше. Можна зафіксувати й мати доказ факту будь-якого виду харасменту. Ще років 20-30 тому ніхто не звільнив би керівника за сексистські жарти. Такий підхід буде й надалі прогресувати. Я бажаю всій лікарській спільноті, щоб статистика, яку ми бачимо сьогодні, докорінно змінилася.



Неля Мельничук, CEO GMKA, колоректальна хірургиня у Massachusetts General Brigham, Harvard Medical School, Dana Farber Cancer Center (м. Бостон, США):

— Проблема гендерної нерівності існує в усьому світі. Те, що ми

бачимо зараз в Україні, 10-15 років тому мало місце у США. Нам у GMKA пишуть коментарі, що проблеми не існують. У США ставлення до гендерної нерівності в хірургії почало змінюватися, коли хірургині почали про неї говорити. Зараз у США інтернатура дуже структурована, менше можливостей для гендерної дискримінації, хоч вона все одно існує. Стало престижніше брати жінок під менторство.

Моя кар'єра в Америці також розвивалася навколо гендерної дискримінації, але зараз я вже чогось досягла: стала професоркою в Гарварді, оперую самостійно, маю хороші результати. Це тому, що мене вчили хірурги й хірургині. Я б хотіла передавати свій досвід українським хірургиням. Можливо, змінити законодавство й порядок приймання лікарки на роботу ми зараз не можемо, але маємо змогу бути менторами для них.

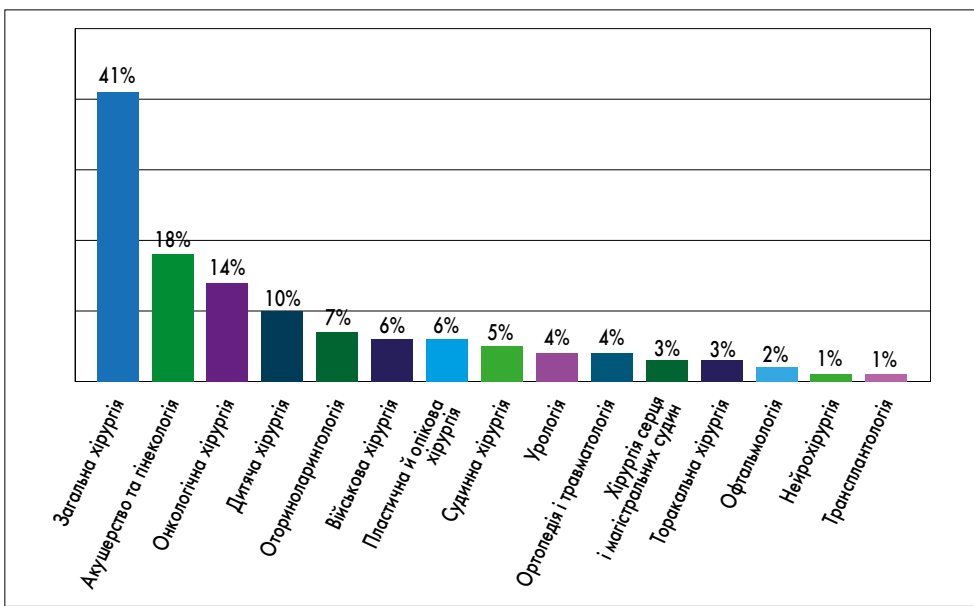


Рис. 1. Вибірка лікарки за хірургічними спеціалізаціями

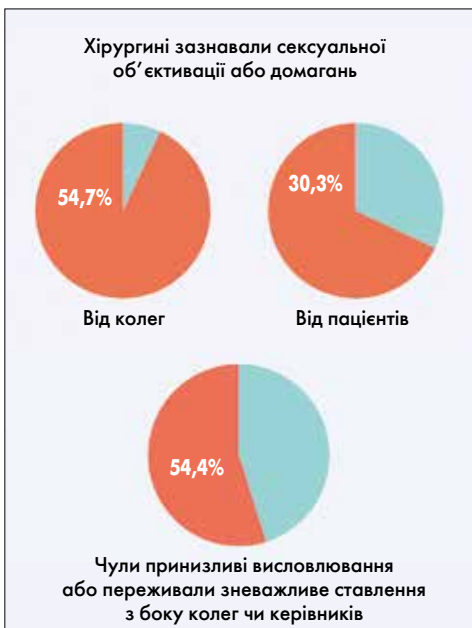


Рис. 2. Показник зневажливого ставлення до хірургинь



Рис. 3. Показник сприйняття хірургинь пацієнтами і медичними працівниками



Рис. 4. Зайнятість хірургинь на операціях

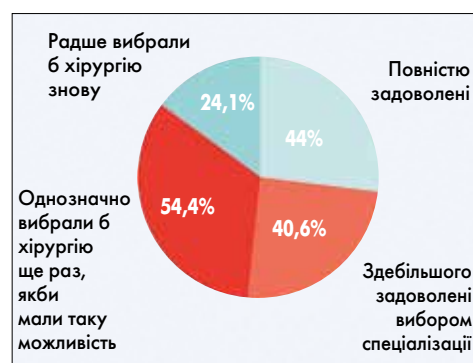


Рис. 5. Задоволеність професією серед хірургинь

Хронічний ендометрит: проблеми верифікації діагнозу

Хронічний запальний процес в ендометрії є вагомим фактором ризику виникнення безплідності та репродуктивних втрат. Встановлено високу частоту виявлення даної патології у пацієнок із ранніми репродуктивними втратами в анамнезі. Однак невизначеність етіології процесу в більшості клінічних випадків зумовлює складність діагностування, незважаючи на наявний широкий арсенал методів. Сучасні підходи до діагностики й лікування хронічного ендометриту в рамках Української фахової школи гінекології та репродуктивної ендокринології (USGRE), яка відбулася 22-23 березня в онлайн-режимі, висвітлює завідувач відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАНУ», доктор медичних наук, професор Наталія Василівна Косей у доповіді «Хронічний ендометрит: проблеми верифікації діагнозу».
Ключові слова: ендометрій, хронічний ендометрит, діагностика, стромальні плазматичні клітини ендометрія, німесулід, Німесил®.



Н.В. Косей

Хронічний ендометрит (ХЕ) є патологічним станом, що характеризується персистоючим запаленням низької інтенсивності в стромальному компоненті ендометрія. Захворювання часто має безсимптомний перебіг або проявляється неспецифічними симптомами, що ускладнює його своєчасне діагностування. Гістологічним маркером ХЕ є наявність плазматичних клітин у стромі ендометрія.

Справжня поширеність ХЕ залишається недооціненою в клінічній практиці через складнощі діагностики даного стану. За результатами клінічних досліджень, частота виявлення ХЕ варіюється в широких межах, від 0,2 до 46%, залежно від параметрів досліджуваної популяції та методики біопсії ендометрія. Зокрема, деякі дослідники відмічають високу частоту ХЕ (до 45%) серед безплідних жінок, особливо у групі осіб із повторними невдалими спробами імплантації в циклах допоміжних репродуктивних технологій (Singh N., 2022).

Сучасна точка зору на етіопатогенез ХЕ базується на поданні наступних факторів:

- порушення імунної системи;
- травматизація ендометрія;
- дія мікробного агента як тригера хронічного запалення.

Клінічні форми та прояви ендометриту

Сучасні класифікації розрізняють два основні види ендометриту – гострий і хронічний. Гострий ендометрит характеризується гострим запаленням ендометрія, при мікроскопічному дослідженні якого виявляють мікроабсцеси та інвазію нейтрофілів у поверхневий шар ендометрія. Найбільш поширеним варіантом гострого ендометриту є післяпологовий ендометрит.

ХЕ, натомість, має практично безсимптомний перебіг і зазвичай діагностується при обстеженні з приводу вторинної аменореї, аномальних маткових кровотеч або безпліддя. Основними симптомами ХЕ можуть бути нечіткий тазовий дискомфорт, циклічні маткові кровотечі, серозні виділення, невиношування вагітності, безпліддя та невдалі спроби екстракорпорального запліднення. При ультразвуковому дослідженні ХЕ властиві такі ознаки: різні за розміром і формою вогнища підвищеної ехогенності в зоні серединного М-ехо, наявність всередині цих вогнищ зон зі зниженою ехогенністю, розширення порожнини матки, вогнища кальцинозу та фіброзу у вигляді гіперехогенних ділянок діаметром 1-2 мм у базальному шарі ендометрія. Мікробіологічні профілі гострої та хронічної форм ендометриту суттєво відрізняються.

Гістроскопічними ознаками ХЕ, згідно з даними P. Pirtea et al. (2021), є нерівномірна товщина ендометрія, нерівномірний колір слизової, гіперемія або блідість слизової, набряк стромі, виражений або невиражений судинний малюнок, точкові крововиливи, «полуничний» вигляд і геморагічні плями, внутрішньоматкові синехії та вогнищевий фіброз ендометрія. Таким чином, ХЕ суттєво відрізняється від гострого як у клінічних, так і в мікробіологічних профілях. Вчасна діагностика та адекватне лікування ендометриту є вкрай важливими, оскільки дозволяють запобігти розвитку ускладнень, таких як безпліддя й невиношування вагітності.

Гістологічні, морфологічні, імунологічні зміни та порушення рецептивності ендометрія при хронічному ендометриті

Гістологічне дослідження у пацієнок із ХЕ виявляє характерні морфологічні зміни, що включають набряк поверхневого шару ендометрія, аномально підвищену щільність стромальних клітин, асинхронне дозрівання стромального та епітеліального компонентів, а також інфільтрацію ендометральної стромі плазматичними клітинами, які визначаються як стромальні плазматичні клітини ендометрія (endometrial stromal plasma cells, ESPC). Попри відсутність стандартизованих діагностичних критеріїв і загальноприйнятого визначення ХЕ, наявність множинних ESPC вважається найбільш чутливим і специфічним гістологічним маркером, що дозволяє верифікувати діагноз (Kitaya K., 2011; 2018).

Слід зауважити, що на стан маткового імунного статусу впливають численні зовнішні та внутрішні фактори. Так, тривала дія низьковірulentних мікроорганізмів може призводити до таких процесів, як активація патологічних змін імунної системи, постійне антигенне подразнення, індукція вторинного імунодефіциту, розвиток імуносупресії.

Залежно від виду ХЕ виділяють наступні зміни імунної системи:

- при гіпопластичному ХЕ переважають стресові реакції імунної системи, її гіпореактивність, пригнічення клітинно-опосередкованих реакцій (зниження рівня CD4+, індексу CD4+/CD8+, IgG, IgM та підвищення рівня IgA);
- при гіперпластичному ХЕ має місце аутоімунний тип реакції (зниження NK-клітин, індукторів апоптозу CD95+ та фагоцитарної активності, НАДФ-оксидазної активності нейтрофілів, IgM та циркулюючих імунних комплексів на фоні підвищення рівнів IgA і IgG);
- при змішаному ХЕ спостерігається підвищення продукції ембріотропних аутоантитіл, пасивне підвищення неспецифічної резистентності (лейкоцитарна формула зсувається вліво, зростають рівні антитіл CD3+, CD4+, IgM і циркулюючих імунних комплексів на фоні пригнічення CD95+, бактерицидної активності лейкоцитів, IgA, IgG).

Хронічне запалення ендометрія є не лише самостійною патологією, а й фактором ризику розвитку гіпер- та неопластичних процесів в ендометрії. Інфекційний агент, що спричиняє ХЕ, індукує формування аномального локального мікрооточення через зміни в секреті паракринних факторів, зокрема прозапальних цитокінів. F.M. Carvalho (2013) описує спектр патологічних змін у кровоносних судинах ендометрія при ХЕ, які відображають наростання ступеня судинної дисфункції, включаючи тромбоз дрібних судин, високу щільність судин із проліферацією та набряком ендотелію, асоційовану з гіаліновим стовщенням судинної стінки, оклюзією просвіту та сегментарною фібриноїдною дегенерацією.

Запальний процес в ендометрії може суттєво порушувати клітинні та біохімічні механізми, що відповідають за його оптимальну рецептивність і селективність. Саме ці механізми забезпечують своєчасне потрапляння життєздатної бластоцисти у сприйнятливий ендометрій протягом імплантаційного вікна.

Загальновизнано, що мікробні агенти є тригерами розвитку ХЕ. Однак роль інфекційного фактора в підтримці хронічного запального процесу в ендометрії залишається предметом наукових дискусій. Деякі експерти вважають, що персистенція мікробного агента є необхідною умовою для підтримки запалення, тоді як інші припускають, що після ініціації запального процесу мікробним тригером подальша персистенція патогена не є обов'язковою для хронізації запалення. Відповідно до даних останніх досліджень, ендометрій не є стерильним середовищем, а характеризується наявністю власної мікробіоти з відносно низькою біомасою порівняно з вагінальним біотопом. A. Sola-Leyva et al. (2021) виявили в ендометрії, крім бактерій, інші групи мікроорганізмів, такі як гриби (10%), віруси (5%) та археї (0,3%).

Сучасні стратегії діагностики та терапії

Сучасним золотим стандартом діагностики ХЕ є біопсія ендометрія з гістологічним аналізом, за результатами якого виявлення плазматичних клітин у стромі є основним діагностичним маркером. Плазматичні клітини – це тип білих кров'яних клітин, які походять від В-лімфоцитів. Вони здатні виділяти імуноглобуліни й є основними клітинами, які відповідають за гуморальний імунітет. Дослідження показують, що традиційне фарбування гематоксином й еозином не може бути достатньо точним для виділення плазматичних клітин ендометрія через їх морфологічну схожість із фібробластами. Імуногістологічне фарбування на CD138 супроводжувалося меншою варіабельністю у виявленні плазматичних клітин і стало еталоном діагностики ХЕ. На сьогодні запропоновані й інші імуногістохімічні маркери ХЕ, діагностична цінність яких досліджується.

Патогістологічні дослідження традиційно використовуються для діагностики ХЕ, але ідентифікація лише ESPC за допомогою звичайного методу фарбування тканин є складною та вимогливою для клінічних патогістологів. Введення імуногістологічного дослідження CD138 помітно покращило чутливість діагностики ХЕ.

Лікування ХЕ передусім передбачає застосування антибактеріальних препаратів. На сьогодні препаратами першої лінії є цефтріаксон у поєднанні з доксицикліном і метронідазолом; терапія другої лінії включає ципрофлоксацин або офлоксацин і метронідазол (Singh N., 2022). Слід зазначити, що не у всіх випадках антибактеріальні препарати забезпечують достатній протизапальний ефект. Підвищення рівнів запальних маркерів, інфільтрація стромі запальними клітинами вимагає проведення ефективної протизапальної терапії з метою мінімізації тих змін, що відбуваються в ендометрії протягом тривалого часу.

Переважає інгібування основного ферменту запалення, циклооксигенази 2, здійснює німесулід, що дозволяє запобігти шлунково-кишковим ускладненням. Здатність німесуліду впливати на різні медіатори та внутрішньоклітинні шляхи, пов'язані з виникненням болю при запальному процесі, забезпечує унікальний багатофакторний механізм дії цього нестероїдного протизапального препарату. Німесулід ефективно діє на наступні ланки запального процесу:

- агрегація та міграція нейтрофілів;
- утворення та вивільнення гістаміну;
- формування токсичних метаболітів кисню, регуляція активності синтази оксиду азоту (NOS);
- вплив на продукування фактора активації тромбоцитів;
- регуляція синтезу металопротеїнази;
- вплив на вивільнення цитокінів (інтерлейкін 6);
- перешкоджання синтезу та вивільнення речовини P;
- вплив на транслокацію епсилон-протеїнази С у ентеронних нейронах.

Комплексний механізм впливу на процес запалення та розвиток больового синдрому створює сприятливі передумови застосування німесуліду для лікування різних форм гострого болю й у якості симптоматичної терапії хронічного болю при запаленні. Зниження інтенсивності запального процесу при ХЕ за допомогою оригінального препарату німесуліду Німесил® (виробництво «Берлін Хемі Менаріні», Німеччина) може сприяти попередженню патологічних змін тканин за тривалої персистенції запалення, у тому числі розвитку фіброзу. Крім того, Німесил® чинить ефективну знеболювальну дію, оскільки біль може виникати як при ХЕ, так і при супутній дисменореї. Згідно досліджень, німесулід як основна діюча речовина препарату трансформує гладеньку мускулатуру з патологічного стану дисменорейної контрактури у стан еуменорейних фізіологічних скорочень. Важливо, що ХЕ супроводжується певними структурними та функціональними змінами судин. У свою чергу, Німесил® сприяє нормалізації типового судинного опору, а мультифакторна дія препарату забезпечує нормалізацію продукування простагландинів, що дозволяє перетворити функцію гладенької мускулатури матки з болісних безкисневих контрактур на безболісні скорочення. Стійкий знеболювальний ефект досягається через 30-60 хв після прийому препарату.

Таким чином, питання лікування ХЕ вимагають всебічного аналізу. Рутинне призначення антибактеріальної терапії, принципи підбору препаратів, а також ефективність інших засобів мають визначитися відповідно до протоколу та з урахуванням клінічної картини захворювання. Ефективна дія препарату Німесил® у складі комплексної терапії ХЕ дозволяє суттєво знизити рівень запалення та запобігти розвитку його ускладнень у тканинах ендометрія.

Підготувала Катерина Пашинська

В.І. Горвий, к. мед. н., доцент кафедри хірургії № 1 з курсом урології, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова; **Г.В. Чайка**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 1, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова; **Л.Ю. Трифонюк**, доктор філософії, доцент, Рівненська обласна клінічна лікарня

Історичні аспекти та еволюція лікування пролапсу тазових органів у жінок

«Той, хто не зможе нічому навчитися з подій тритисячолітньої історії, завжди блукатиме у пільмі невігластва»
Йоганн Вольфганг фон Гете

Згідно з рекомендаціями Міжнародної урогінекологічної асоціації (International Urogynecological Association, IUGA) та Міжнародного товариства з утримання сечі (International Continence Society, ICS) під пролапсом розуміють випадіння, зміщення донизу або вип'ячування органа чи його частини через природні отвори [17]. Під тазовими органами у жінок розуміють матку й/або різні відділи піхви із прилеглими органами, такими як сечовий міхур, пряма кишка та кишечник. У статті представлено еволюцію підходів до лікування пролапсу тазових органів у жінок від античних часів до наших днів, історичні постаті акушерів-гінекологів та їхній внесок у вивчення цієї проблеми. **Ключові слова:** пролапс тазових органів у жінок, пролапс матки, цистоцеле, песарій, гістеректомія, кольпорафія, кольпосакропексія, сакроспінальна кольпопексія.

Перші згадки про пролапс тазових органів (ПТО) у жінок містяться у стародавніх єгипетських і грецьких джерелах. Лікування ПТО описано в папірусі Еберса близько 1500 р. до н. е. [2, 8, 14, 15, 21, 27, 28, 33]. Німецький дослідник-єгиптолог Георг Моріц Еберс (1837-1898) із Берлінського університету купив папіруси під час подорожі Єгиптом 1873 р. і переклав їх 1875 р. У той час матку описували як «дику тварину», яка могла рухатись у тілі своєї господарки [2, 8]. Таке «тваринницьке» порівняння матки передбачало і подібне лікування пролапсу – використання меду та нафти для повернення органа на місце. У стародавній культурі хінді слово «mahati» описувало піхву великих розмірів, що, очевидно, було пов'язано з ушкодженням промежини під час пологів і виникненням ПТО [27].

Грецький лікар, «батько медицини» Гіппократ (460-377 рр. до н. е.) вважав, що матка «дичавіє», коли залишається без чоловічої сперми, що призводить до її випадіння [28]. Він рекомендував використовувати фрукти (гранат), які просочували вином, у якості песарію. Гіппократ також описав метод лікування пролапсу матки, коли жінку прив'язували до драбини та перевертали головою донизу на кілька хвилин (рис. 1). Учений також використовував спеціальні присмоктувальні чашки на шкіру нижньої частини живота та сідниць для повернення матки у звичне положення.

Давньоримський науковець і теоретик медицини Авл Корнелій Цельс (25 р. до н.е. – 50 р. н. е.) у роботі «De Medicina» описав використання вагінальних песаріїв. Термін «песарій» походить від старогрецького слова «pessos», що означає круглий камінь для ігор [10, 15, 20, 23]. Цельс використовував бронзові конусоподібні пристрої з отворами для проведення через

них тканинних смужок, які фіксували пристрій, а кінці зав'язували навколо тіла.

Соран Ефеський (98-138) – грецький лікар, який займався анатомією, хірургією та акушерством, у своїх роботах пропонував використовувати речовини з неприємним запахом, які змушували матку повернутись на своє місце. Якщо це не допомагало, то він накладав жінці особливу пов'язку для утримання органа, а також згинання й перехрещування ніг. Соран Ефеський виконував видалення матки при її пролапсі, а його праці слугували основою гінекологічних трактатів аж до XVII ст. [2, 15]. Деякі автори [8] вказують, що першу вагінальну гістеректомію виконав Темісон із Афін у 50 р. до н. е.

Павло Егінський (625-690) із Єгипта – перший чоловік-акушер, який описав три типи песаріїв: пом'якшувальні, в'язучі та анастоматичні (що розширюють шийку матки) [28]. Вони не були щільними, оскільки виготовлялися із вовни та смужок льону, які змочували відповідними розчинами, і слугували більше для вбирання вагінальних і менструальних виділень.

Аббас у 932 р. лікував ПТО ручним вправленням і введенням вовняних песаріїв, а також схвалював лікування схрещуванням ніг. Популярною в ті роки була також Т-подібна пов'язка для утримання від випадіння тазових органів [8]. Наприкінці XIII ст. грецький лікар Микола Мірепус описав 45 песаріїв для лікування ПТО з використанням різних інгредієнтів: млину, імбиру, сала, меду та ін. Італійський хірург Alessandro Benedetti вперше використав слово «procidencia» у 1497 р. для визначення ПТО [27].

На початку XVI ст. почалося зародження хірургічної реконструкції при ПТО. Перша задокументована вагінальна

гістеректомія з приводу ПТО була виконана італійським лікарем та анатомом Giacomo Berengario da Carpi (1470-1550) у 1507 р. [15, 28, 34]. Процедура він виконував шляхом щільного зав'язування мотузки навколо матки, що випала, і це призводило до некрозу та відпадання органа. У 1603 р. Roderigo de Castro рекомендував припалювати матку для її повернення у піхву. У 1600 р. каталог Schenck містив 26 способів вагінальної гістеректомії [26].

В епоху Відродження відбувається зростання кількості університетів, розвиток друкарства, а також медицини. Розвиток анатомії сприяв кращому розумінню особливостей жіночого організму. Andreas Vesalius (1514-1564) із Падуї першим описав жіночий статевий шлях та його судинну сітку, а також зв'язки матки у своїй роботі «De Humani Corporis Fabrica» у 1555 р. [8]. Леонардо да Вінчі (1452-1519) представив багато чудових ілюстрацій анатомії жіночих статевих органів. Анатом із Нідерландів F. Ruysch дав детальний опис повного випадіння матки. Гінеколог із Швейцарії J. Peuser у XVII ст. описав випадіння за межі статевої щілини не лише матки, а й сечового міхура (цистоцеле).

У 1730-х роках Halder заявив, що причиною ПТО є тривалі й затяжні пологи, через які голівка плода тривалий час знаходиться в тазу та розтягує його тканини. Французький лікар A. Levret був аналогічної думки [27].

Німецький анатом і хірург Johann Schultetus (1595-1645) зробив перші ілюстрації тазових операцій, у тому числі й при випадінні матки [8] (рис. 2).

Видатний французький хірург Ambroise Pare (1509-1590) також виконував видалення гангренозно зміненої матки, що випала [8]. Швейцарський хірург та



В.І. Горвий



Г.В. Чайка



Л.Ю. Трифонюк

офтальмолог Caspar Stromay у своїй книзі «Practica Copiosa» (1559) описав і зобразив огляд жінки із ПТО, процес вправлення та встановлення песаріїв.

Hendrik van Roonhuysen у 1663 р. опублікував перший підручник із гінекології, у якому описав етіологію та лікування ПТО [26]. Він використовував пробкові песарії з отворами в центрі для проходження виділень із піхви.

У XVII – на початку XVIII ст. відбувся прогрес у термінології ПТО. У словниках того періоду часу значилися терміни «пролапс матки та сечового міхура», «релаксація передньої стінки піхви» (цистоцеле), «релаксація задньої стінки піхви» (ректоцеле), «чисто тазова грижа» (ентероцеле).

У цей період основним методом лікування ПТО були песарії (рис. 3), оскільки ефірний наркоз був впроваджений у медичну практику лише у 1846 р. (W. Morton), а стерилізація інструментів, антисептика та асептика – у 1876 р. (J. Lister). Вагінальне дзеркало для обстеження стінок піхви впровадив у 1727 р. Rene-Jacques Croissant de Garengot (1688-1759) (рис. 4) і згодом першим описав ентоцеле у 1736 р. [28].

У 1737 р. шотландський лікар і анатом James Douglas (1675-1742) уперше описав очеревину та простір у тазу, який був названий його іменем. Його колега William Hunter (1718-1783) у 1774 р. написав працю «Anatomy of the Gravid Uterus» [9].

У 1813 р. німецький хірург, офтальмолог та анатом Conrad Johann Martin Langenbeck (1776-1851) уперше виконав успішну вагінальну гістеректомію без застосування анестезії [2, 15, 28]. Перші позитивні результати вагінальної гістеректомії в лікуванні пролапсу матки сприяли тому, що ця операція стала домінуючою в якості лікування ПТО аж до початку XXI ст.



Рис. 1. Ілюстрація з праці Гіппократа, що демонструє метод лікування ПТО у жінок [28]



Рис. 2. Книга Johann Schultetus (а) та ілюстрації з неї (б) [8]



Рис. 3. Песарії XIX ст. для лікування ПТО [28]



Рис. 4. Вагінальне тристулкове дзеркало XIX ст. для діагностики ПТО [28]

Першу успішну абдомінальну гістеректомію виконав американський хірург Walter Burnham у 1853 р. [8, 14, 34]. Вагінальну гістеректомію для лікування пролапсу матки вперше виконав S. Choprin у 1861 р. [27]. У 1860 р. американський хірург Hugh Lennox Hodge описав різні песарії для лікування пролапсу матки у своїй книзі «Diseases Peculiar to Women».

У цей же період з'явилися перші повідомлення про лікування опущення стінок піхви шляхом висічення ділянки пролабувальної слизової з наступним відновленням цілісності тканин. Відомий американський гінеколог J.M. Sims (уперше виконав успішну пластику міхурово-піхвової норичи дротом із срібла) у 1866 р. описав методику передньої кольпорафії, яка мало відрізняється від сучасної [10, 27]. Він виконував висічення надлишкової ділянки передньої стінки піхви з накладанням швів дротом із срібла.

Т.А. Emmet (1828-1919) модифікував операцію, яка відрізнялася формою висічення слизової піхви (рис. 5). У 1867 р. німецький хірург Gustav Simon уперше описав техніку виконання задньої кольпорафії шляхом плікації тканин задньої стінки піхви та m. levator ani [8, 10].

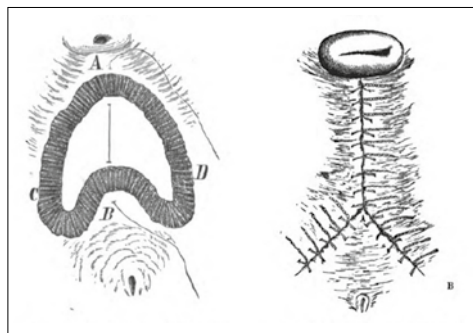


Рис. 5. Методика передньої кольпорафії за Т.А. Emmet (1867) [8, 10, 16]

Того ж 1867 р. L. Neugebauer із Німеччини виконав успішний кольпоклеїзис, хоча ідея операції належить французькому хірургу Metz [2]. Популяризував методику французький хірург Leon Clement LeFort (1829-1893), який у 1877 р. описав методику часткового кольпоклеїзису. У США операцію кольпоклеїзису

називають операцією за LeFort, у Європі – за Neugebauer – LeFort [2].

Німецький гінеколог Alwin Mackenrodt (1859-1925) у 1895 р. описав сполучну тканину та поперечні зв'язки шийки матки (зв'язки Mackenrodt) – кардинальні зв'язки, важливі при утриманні матки.

У 1888 р. Archibald Donald та William Fothergill впровадили «манчестерську операцію» для лікування утровоагінального пролапсу шляхом поєднання передньої кольпорафії, ампутації шийки матки та перинеорафії (рис. 6). Tomas J. Watkins у 1898 р. запропонував виконувати інтерпозицію матки у жінок із її пролапсом та цистоцеле.

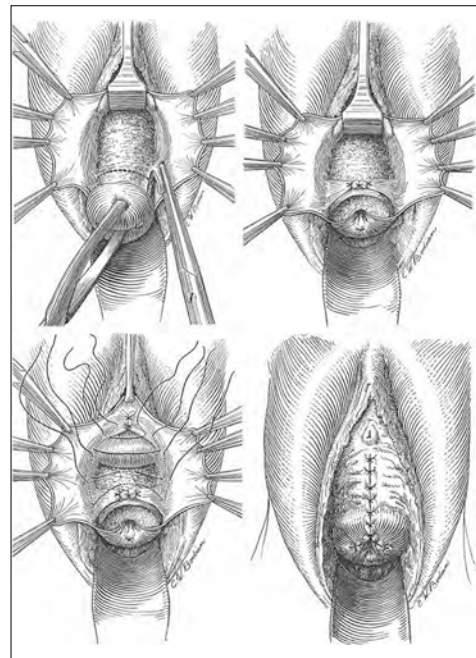


Рис. 6. «Манчестерська операція» для лікування утровоагінального пролапсу шляхом поєднання передньої кольпорафії та ампутації шийки матки [28]

На початку XX ст. відбулися відкриття в хірургії тазового дна та ПТО. У 1909 р. R. White описав апарат для підтримання сечового міхура. Він показав, що відрив тазової фасції (пізніше була описана лобково-шийкова фасція) від білої лінії таза (сухожилковою дугою тазової фасції) є причиною виникнення цистоцеле, і запропонував техніку паравагінальної реконструкції. У 1939 р. Curtis описав лобково-шийкову фасцію. Ідею R. White підхопив А.С. Richardson у 1976 р. Він описав дефекти лобково-шийкової фасції, які проявляються ПТО, а також рекомендував виконувати паравагінальну пластику при латеральному цистоцеле. При цьому передню стінку піхви в ділянці дефекту підшивають до сухожилкової дуги тазової фасції.

У 2020 р. Американське урогінекологічне товариство (AUGS) та IUGA оприлюднили сумісний звіт стосовно термінології й хірургічних операцій для лікування ПТО [19], у якому паравагінальна пластика була представлена за А.С. Richardson (рис. 7).

Американський гінеколог Н. Kelly, «батько урогінекології», у 1900 р. модифікував передню кольпорафію для лікування стресового нетримання сечі у жінок шляхом плікації субуретральних тканин [3, 5, 7]. Разом із W. Dummy 1913 р. вони опублікували результати операції у 20 жінок, у 16 (80%) із яких втручання виявилось ефективним. У 1937 р. W. Kennedy модифікував операцію Н. Kelly, і сьогодні передня кольпорафія представлена у звіті AUGS та IUGA за Kelly – Kennedy (рис. 8).

До середини XX ст. гінекологічна спільнота зрозуміла, що гістеректомія без апікальної фіксації піхви не веде до вирішення проблеми ПТО. Американський хірург Alexis Moschowitz (1865-1933) у 1912 р. запропонував доповнювати абдомінальну гістеректомію накладанням шовкових кисетних швів на дугласову кишеню

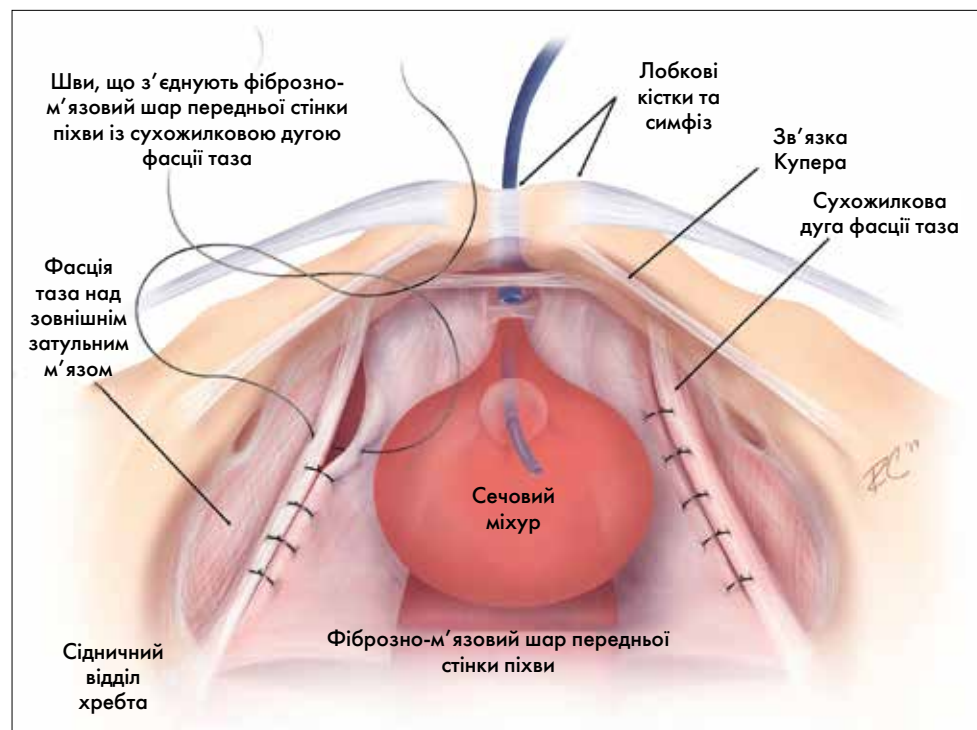


Рис. 7. Паравагінальна пластика при латеральному цистоцеле згідно зі звітом AUGS та IUGA [19]

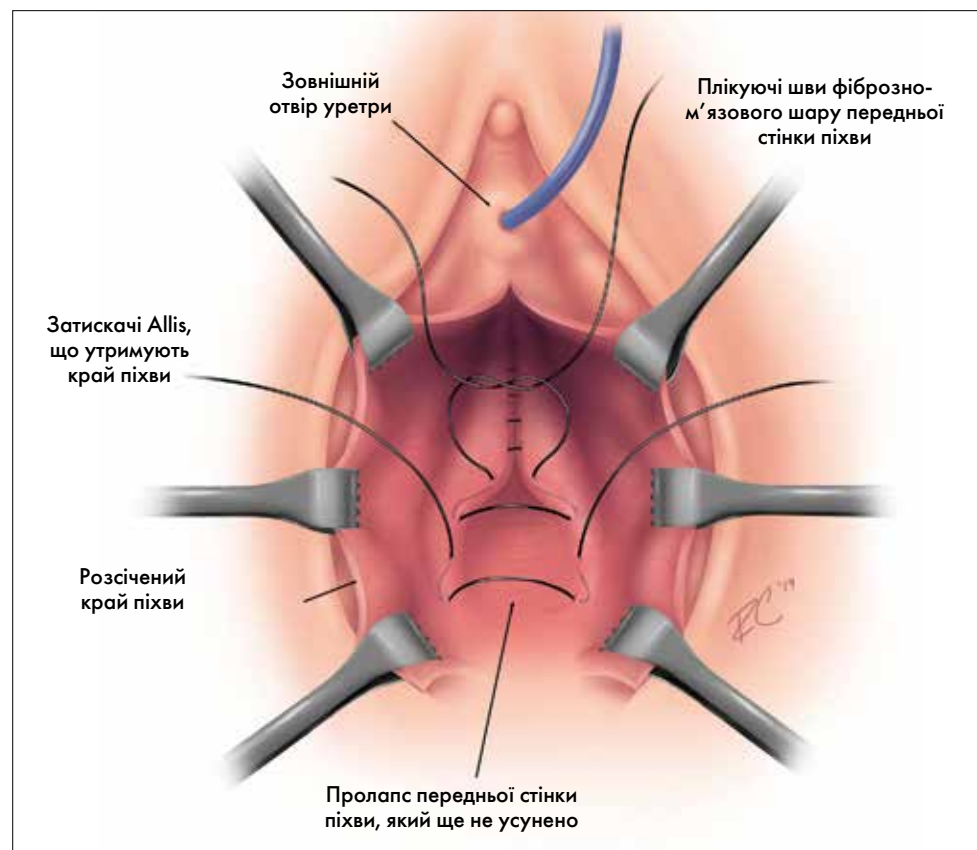


Рис. 8. Передня кольпорафія (пластика передньої стінки піхви) згідно зі звітом AUGS та IUGA (2020) [19]

для запобігання утворенню ентероцеле. Halban рекомендував накладати поздовжні шви на серозну оболонку сигмоподібної кишки, глибокий листок очеревини заднього дугласового простору та задню стінку піхви. Поперечна плікація крижово-маткових зв'язок і фіксація до них швів за Halban приводить до облітерації заднього дугласового простору із фіксацією склепіння піхви. У 1957 р. Milton Lowrence McCall (1911-1963) запропонував виконувати задню кульдопластику після гістеректомії або при постгістеректомічному пролапсі вагінальним доступом. Методика полягала в підшиванні крижово-маткових і кардинальних зв'язок до склепіння піхви. У звіті AUGS та IUGA операція представлена як uterosacral ligament suspension (рис. 9) [19].

У 1957 р. H.G. Arture та D. Savage представили опис абдомінальної сакрогістеропексії, а Huguier та Scaliny 1958 р. запропонували техніку сакрокольпопексії з використанням імплантату [27]. Класична сакрокольпопексія була виконана F.E. Lane у 1962 р. Сьогодні проводять також і сакрогістеропексію сітчастим імплантатом (рис. 10) [19, 24, 29].

Після того як німецькі хірурги Amreich та Richter запропонували фіксувати купол піхви до крижово-остьової зв'язки,

операція Amreich – Richter набула поширення в усьому світі. З метою зниження травматичності втручання були сконструйовані спеціальні прошивні пристрої (голки Miya, Cario та ін.). У 1964 р. W.H. Ferguson запропонував використовувати синтетичний матеріал Marlex для фіксації купола піхви. Сьогодні сакро-спінальну фіксацію використовують і при збереженні матці (сакро-спінальна гістеропексія).

B.L. Shull et al. у 1993 р. описали фіксацію склепіння піхви до крижово-куприкового м'яза [19].

Першу задню кольпорафію при пролапсі задньої стінки піхви виконав німецький хірург Gustav Simon у 1867 р. Задню кольпорафію шляхом відновлення прямокишково-піхвової фасції та плікації фіброзно-м'язового шару задньої стінки піхви поєднують із перинеолевавторопластиком для звуження вагінального отвору та подовження тіла промежини, щоб забезпечити дистальну підтримку піхви [2]. AUGS та IUGA представили ці операції окремо для забезпечення наочності (рис. 11, 12).

У 1970-х роках набувають поширення лапароскопія та ендоскопія в гінекології.

Продовження на стор. 14.

В.І. Горовий, к. мед. н., доцент кафедри хірургії № 1 з курсом урології, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова; Г.В. Чайка, д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 1, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова; Л.Ю. Трифонюк, доктор філософії, доцент, Рівненська обласна клінічна лікарня

Історичні аспекти та еволюція лікування пролапсу тазових органів у жінок

Продовження. Початок на стор. 12.

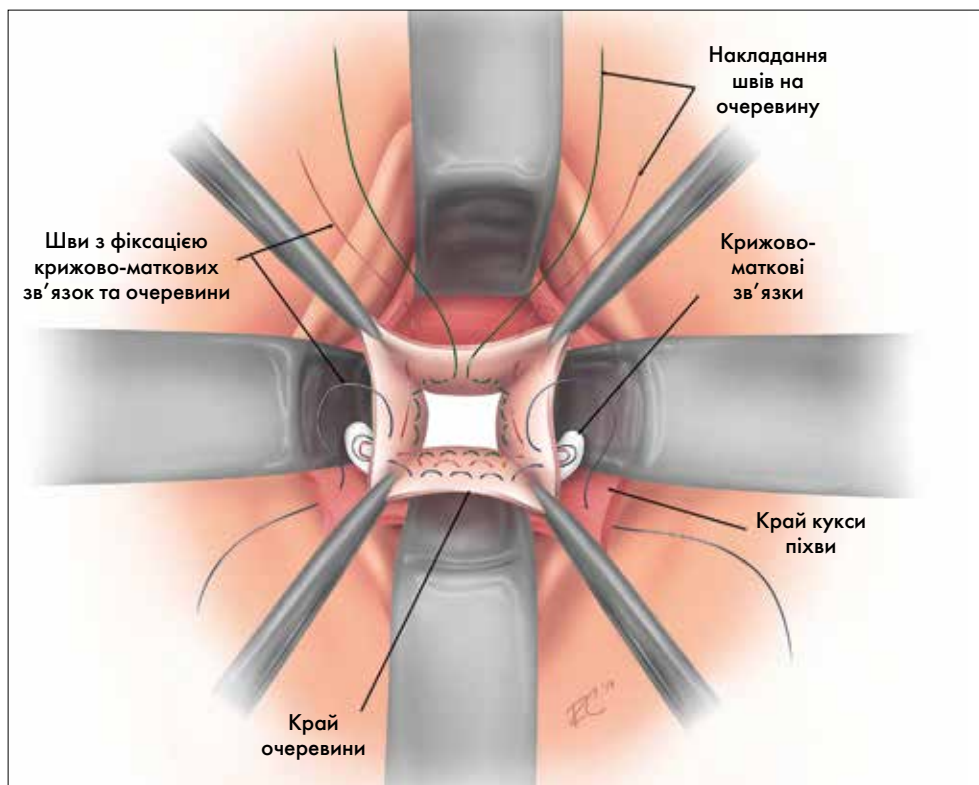


Рис. 9. Підвішування склепіння піхви до крижово-маткових зв'язок (uterosacral ligament suspension) вагінальним доступом згідно зі звітом AUGS та IUGA (2020) [19]

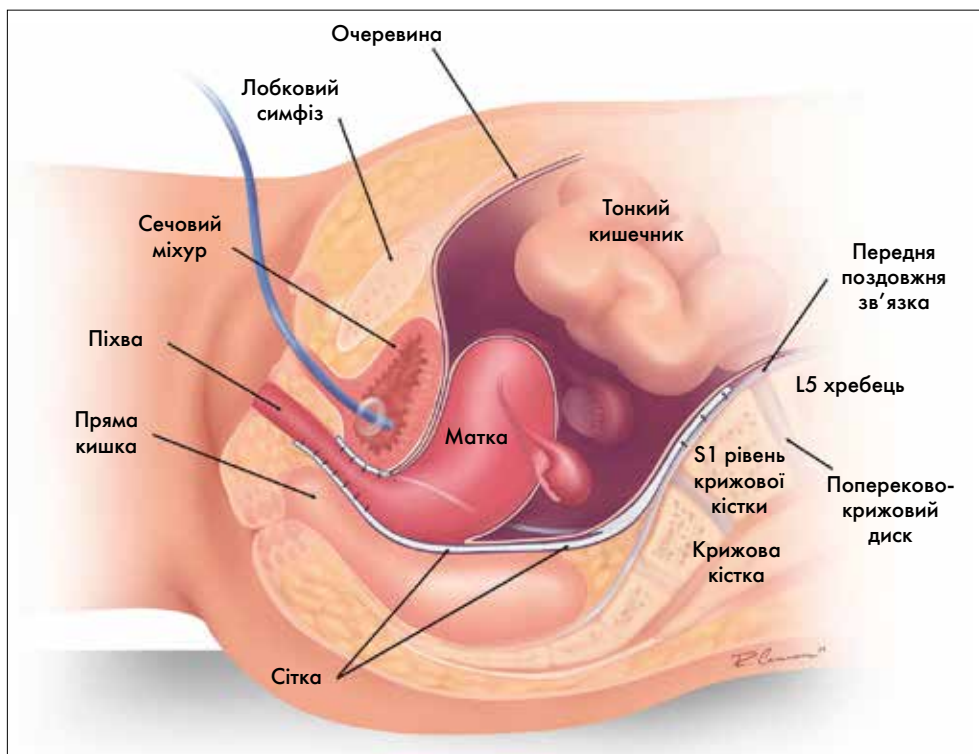


Рис. 10. Сакрогістеропексія згідно зі звітом AUGS та IUGA (2020) [19]

Гістеректомію, фіксацію купола піхви та паравагінальні дефекти починають усувати лапароскопічним доступом зі зменшенням післяопераційних ускладнень, летальності, а також кількості ліжко-днів порівняно з відкритими операціями.

У 1984 р. американський хірург І. Lichtenstein сформулював концепцію ненапругої герніопластики для лікування гриж живота із застосуванням сітчастих поліпропіленових імплантатів, яка стала стандартом лікування. ПТО почали розглядати як грижі піхви з активним впровадженням сітчастих ендопротезів. У 1990-х роках гінекологи Р. Petros з Австралії та U. Ulmsten зі Швеції запропонували теорію виникнення стресового нетримання сечі, яка базувалась на двох відкриттях: 1) порушення функції сечового міхура та прямої кишки виникають не через ушкодження цих органів, а через ушкодження зв'язок піхви; 2) для відновлення функцій цих органів необхідне встановлення штучних зв'язок. При цьому відкриті операції були замінені малоінвазивними. Для

відновлення лобково-уретральних зв'язок у жінок із стресовим нетриманням сечі вони запропонували у 1996 р. встановлювати під уретрою синтетичний поліпропіленовий слінг (операція TVT – tension-free vaginal tape, або «вільна від натягу піхвова стрічка») [31].

У 1996 р. Т. Julian представив результати застосування поліпропіленової сітки для хірургічного лікування тяжких і рецидивних форм цистоцеле [10]. Операція виконувалася піхвовим доступом, ендопротез вирізався із грижової сітки та фіксувався білатерально до сухожилкових дуг лобково-шийкової фасції. Автор протягом двох років спостереження не відмітив жодного рецидиву. Робота Т. Julian дала поштовх до великої кількості клінічних досліджень, у яких застосовували сітчасті імплантати для лікування цисто- та ректоцеле. Такі операції називали TVM-пластиками (transvaginal mesh – сітка, що імплантована піхвовим доступом).

У 1997 р. Р. Petros запропонував PIVS (posterior intravaginal sling) – задній

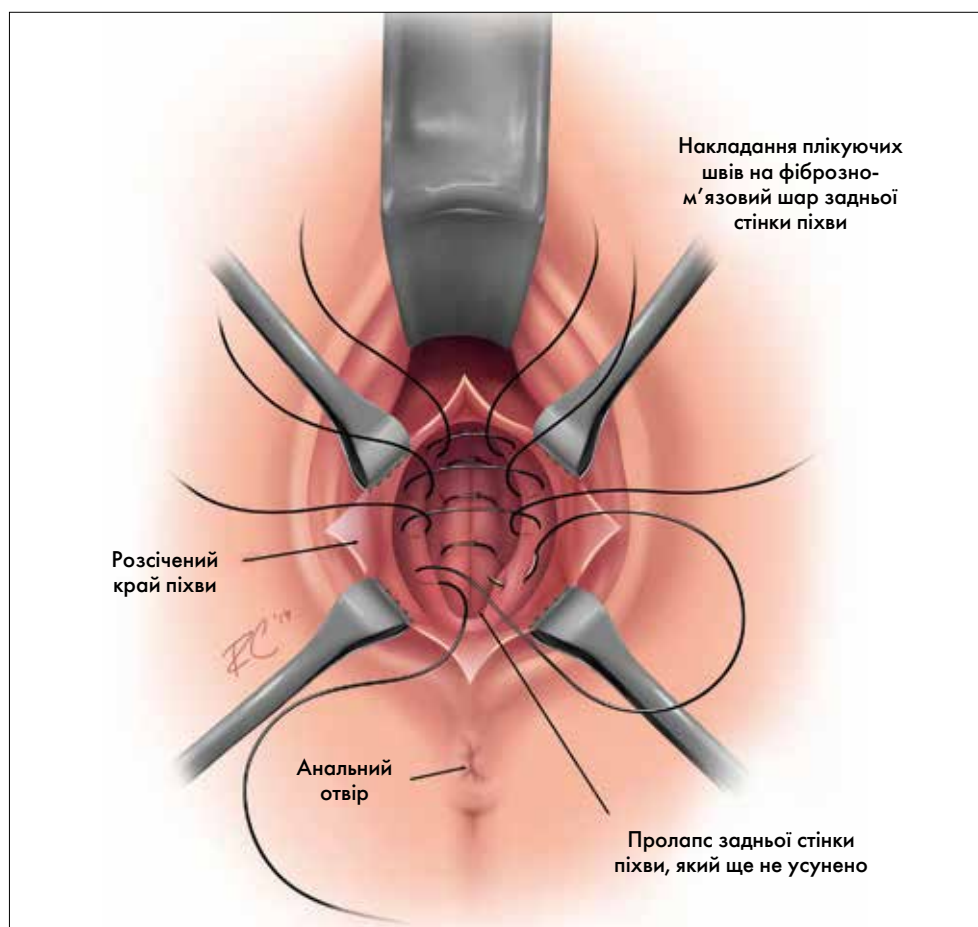


Рис. 11. Задня кольпорафія згідно зі звітом AUGS та IUGA [19]

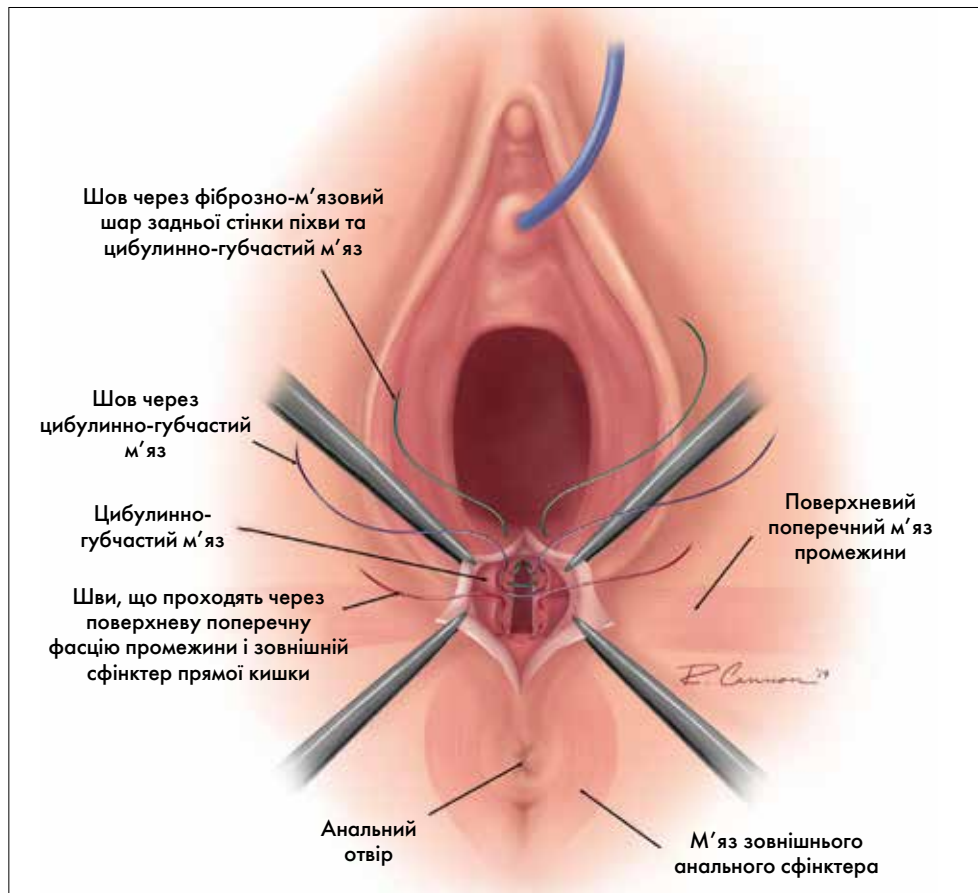


Рис. 12. Перинеолеваторопластика згідно зі звітом AUGS та IUGA [19]

інтравагінальний слінг для апікальної фіксації купола піхви. На той час було встановлено, що вагінальна фіксація піхви до крижово-остової зв'язки призводить до широкої дисекції та можливої кровотечі, а також до відхилення осі піхви та диспареунії. При PIVS виконують шадну дисекцію та фіксацію купола до центра синтетичної стрічки, яку проводять через сіднично-прямокишковий простір у напрямку крижово-остових зв'язок. При цьому зберігається вісь піхви, забезпечується надійна фіксація купола та знижується ризик ускладнень.

У 1992 р. американський гінеколог J.O. DeLancey запропонував трирівневе підтримання піхви оточуючими

структурами (зв'язками та фасціями), порушення яких проявляється ПТО. Його дослідження базувалися на секційному матеріалі й сприяли кращому розумінню етіології ПТО.

У 1996 р. ICS запропонувало міжнародну класифікацію ПТО (POP-Q – pelvic organ prolapsed quantification) для уніфікації стадіювання (рис. 13) [13]. Класифікація POP-Q у порівнянні з іншими класифікаціями ПТО представлена на рис. 14 [1, 3].

У 2005 р. конгрес ICS запропонував нові промислові сітчасті протези для встановлення в піхву за допомогою спеціальних троакарів. Піхвові сітки фіксували в ділянці сухожилкових дуг ендопельвікальної

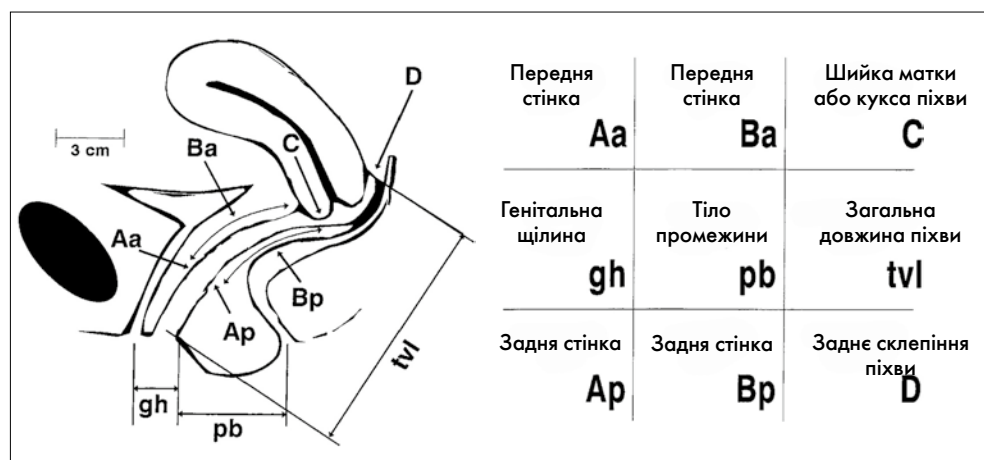


Рис. 13. Міжнародна класифікація ПТО POP-Q [13]

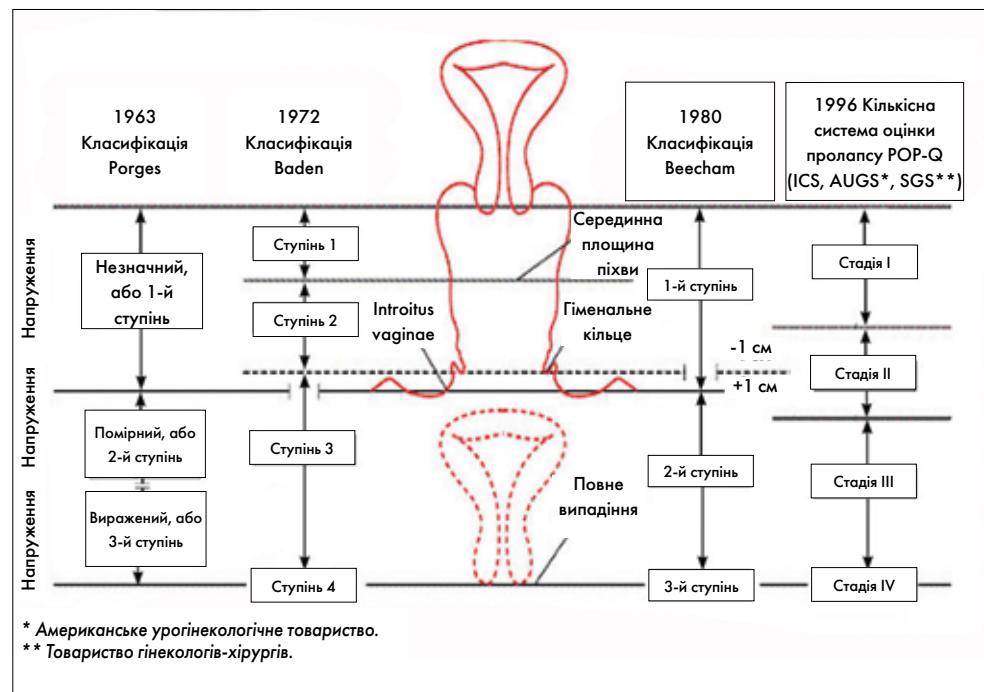


Рис. 14. Міжнародна класифікація POP-Q у порівнянні з іншими класифікаціями ПТО [1, 3]

фасції та крижово-остьових зв'язок. Французькими розробниками була запропонована система Prolift у трьох варіантах (передньому, задньому й тотальному), а також сітки Arogee та Perigee американського виробництва [2]. Набори включали не лише сітчастий ендопротез, а й інструменти для його встановлення (троакари). Фірми почали швидко впроваджувати різні нові протези, й у 2010 р. вже нараховувалось близько сотні імплантатів різних виробників.

Поширення піхвових імплантатів призвело до швидкого зростання кількості ускладнень. З'явився термін «імплантат-асоційовані ускладнення»: ерозія слизової оболонки піхви, хронічний болючий синдром, диспареунія, порушення сечовипускання та ін. У 2008 р., а потім у 2011 р. Управління із санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і медикаментів США (FDA) опублікувало звіт щодо використання піхвових імплантатів, де вказувало на збільшення кількості ускладнень, що призводило до повторних, часто травматичних, втручань для їх усунення [20, 27]. Це спричинило збільшення судових позовів до компаній і лікарів та зменшення на третину використання піхвових імплантатів. У 2016 р. FDA підвищило ризик небезпеки використання сітчастих протезів, що призвело до заборони використання нових моделей без попереднього багатоцентрового клінічного дослідження. Крім того, лікарі зобов'язані були проходити спеціальні навчання методами імплантації сіток, а також доводити до відома пацієнтів інформацію про можливість виникнення у них ускладнень при встановленні імплантату.

У 2017 р. за результатами дослідження PROSPECT (PROlapse Surgery: Pragmatic Evaluation and randomized Controlled Trials) повідомлялося, що використання інтравагінальних сіток не покращує результати лікування, але збільшує ризик ускладнень.

Відтоді від використання піхвових імплантатів для лікування ПТО відмовились Австралія, Канада, Нова Зеландія, Велика Британія та Франція, а з 2019 р. – США.

На сьогодні основною реконструктивною операцією ПТО з абдомінальним доступом залишається сакрокольпопексія. У 1988 р. американський хірург Harry Reich виконав першу лапароскопічну гістеректомію, у 1994 р. була проведена перша лапароскопічна сакрокольпопексія. У 2002 р. Diaz-Arrastia виконав першу лапароскопічну робот-асистовану гістеректомію, а у 2004 р. DiMarco – лапароскопічну робот-асистовану сакрокольпопексію [34]. На сьогодні остання стала золотим стандартом лікування апікального пролапсу.

У 2020 р. AUGS та IUGA представили алгоритм хірургічного лікування ПТО, а Міжнародна консультація з нетримання сечі (International Consultation on Incontinence, ICI) спочатку у 2017-му, а потім у 2021 р. [18, 25] запропонувала свій алгоритм (рис. 15).

В українській літературі ПТО висвітлено у працях «Оперативна гінекологія» (Запорожан В.М., 2006), «Оперативне лікування урогенітального пролапсу піхвовим доступом» (Запорожан В.М., Процепко О.О., 2010), «Оперативна гінекологія» (національне керівництво «Акушерство та гінекологія», т. 4, Запорожан В.М., 2014).

Література

1. Горючий В.І. Історичні аспекти вивчення проблеми нетримання сечі у жінок // Здоров'я України. – 2019. – №1 (115). – С. 29-35.
2. Женская тазовая медицина и реконструктивная хирургия / Под ред. Д.Д. Шкарупы, Н.Д. Кубина. – М.: МЕДпресс-информ, 2022. – 360 с.
3. Нетримання сечі у жінок: навчальний посібник / За ред. Горючого В.І., Яцини О.І. – Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2020. – 472 с.
4. Петрос П. Женское тазовое дно. Функции, дисфункции и их лечение в соответствии с интегральной теорией. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 396 с.

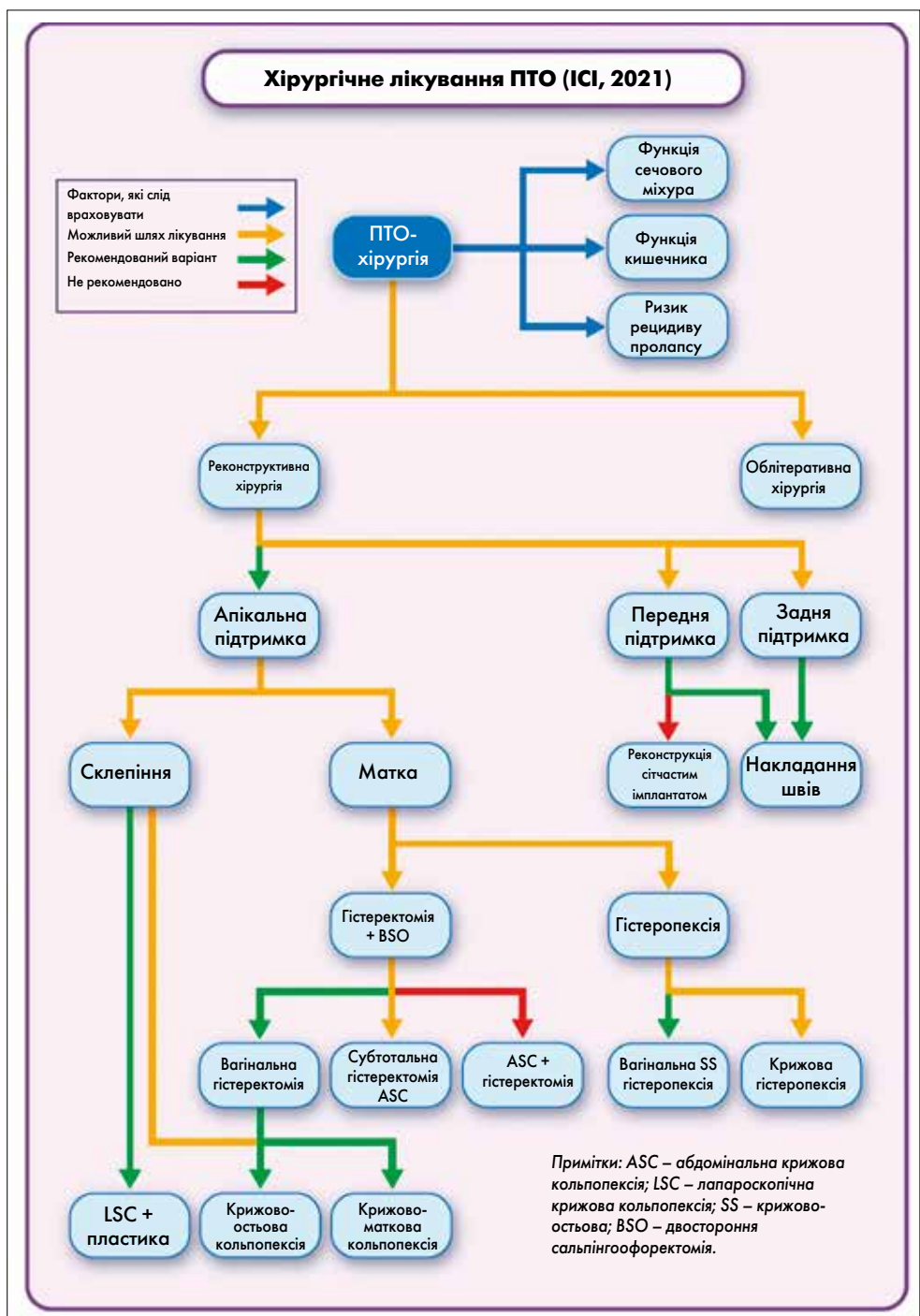


Рис. 15. Алгоритм хірургічного лікування ПТО, розроблений ІСІ (2021) [25]

5. Практична урогінекологія: курс лекцій / За ред. Горючого В.І. – Вінниця: Вінницька обласна друкарня, 2015. – 728 с.
6. Процепко О.О. Хірургічне лікування та інтраопераційна профілактика генітального пролапсу: Автореф. дис. ... док. мед. наук. – Одеса, 2007. – 37 с.
7. Херт Г. Оперативная урогінекологія: Пер. с англ. / Под ред. Н.А. Лопаткина, О.И. Аполихина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – С. 8-17.
8. Amir B., Bent A.E. Surgery for pelvic organ prolapse: an historical review // Continece / Badlani G.H. et al. – Ch. 22. – Springer, 2009. – P. 301-311.
9. Barbalat Y., Tunuguntla H.S.G.R. Surgery for organ prolapse: a historical perspective // Curr. Urol. Rep. – 2012. – Vol. 13. – P. 256-261.
10. Cooke T.J.N.D., Gousse A.E. A historical perspective on cystocele repair - from honey to pessaries to anterior colporrhaphy: lessons from the past // The Journal of Urology. – 2008. – Vol. 179. – P. 2126-2130.
11. Cvach K., Dwyer P. Surgical management of pelvic organ prolapse: abdominal and vaginal approaches // World J. Urol. 2011. doi: 10.1007/s00345-011-0776-y.
12. DeLancey J.O. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 1992. – Vol. 166. – P. 1717-1728.
13. Bump R.C., Mattiasson A., Brubaker L.P. et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1996. – Vol. 175. – P. 7-10.
14. Downing K.T. Uterine prolapse: from antiquity to today // Obstetrics and Gynecology International. – 2012. doi: 10.1155/2012/649459.
15. Female Genitourinary and Pelvic Floor Reconstruction / Martins F.E. et al. – Springer, 2023. – 1280 p.
16. Lensen E.J.M., Withagen M.I.J., Kluijvers K.B. et al. Surgical treatment of pelvic organ prolapse: a historical review with emphasis on the anterior compartment // Int. Urogynecol. J. 2013. doi: 10.1007/s00192-013-2074-2.
17. Haylen B.T., Dirk de Ridder, Freeman R.M. et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on terminology for female pelvic floor dysfunction // Neurourology and Urodynamics. – 2010. – Vol. 29. – P. 4-20.
18. Incontinence / Albrams P. et al. – 6th ed. – ICS – ICUD, 2017. – 2336 p.
19. Joint report on terminology for surgical procedures to treat pelvic organ prolapse // International Urogynecology Journal. – 2020. – Vol. 31. – P. 429-463.
20. Management of pelvic organ prolapse. Current controversies // Marzi V.L., Serati M. – Springer, 2018. – 178 p.
21. Mattimore J., Brook S., Cheatham P. et al. The history of pelvic organ prolapse from antiquity to present day // The Journal of Urology. – 2015. – Vol. 193. – P. 6590-6591.
22. Petros P. The female pelvic floor. Function, dysfunction and management to the integral theory. – 2nd ed. – Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2007. – 260 p.
23. Shah S.M., Sultan A.H., Thakar R. The history and evolution of pessaries for pelvic organ prolapse // Int. Urogynecol. – 2006. – Vol. 17. – P. 170-175.
24. Surgical management of pelvic organ prolapse // Karram M., Maher S.F. – Elsevier Saunders: Philadelphia, 2013. – 186 p.
25. Tayrac R., Antosh D.D., Baessler K. et al. Summary: 2021 International Consultation on Incontinence evidence – based surgical pathway for pelvic organ prolapse // J. Clin. Med. 2022 / doi.org/10.3390/jcm11206106.
26. Te Linde's operative gynecology / Rock J.A., Jones H.W. – 10th ed. – Philadelphia: Walters Klumer, Lippincott Williams & Wilkins, 2008. – 1470 p.
27. Textbook of female urology and urogynecology // Cardozo L., Staskin D. – 5th ed. – Informa Healthcare. – 2023. – P. 47-54.
28. Tizanno A.P., Muffly T.M. Historical milestones in female pelvic surgery, gynecology and female urology // Walters M.D., Karram M.M. Urogynecology and reconstructive pelvic surgery. – 4th ed. – Philadelphia, Elsevier Saunders – 2015. – P. 3-15.
29. Vaginal surgery for incontinence and prolapse / Zimmern P.E. et al. – Springer – Verlag London Limited, 2006. – 304 p.
30. Vaginal surgery for the urologist / Nitti V.W. et al. – Elsevier Saunders 2012. – 194 p.
31. Ulmsten U., Henriksson L., Johnson P., Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence // Int. Urogynecol. J. – 1996. – Vol.7. – P. 81-86.
32. Wei J.T., DeLancey J.O.L. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract // Clinical Obstetrics and Gynecology. – 2004. – Vol. 47. – P. 3-17.
33. Ziouziou I., Zizi M., Bennani H. et al. L'histoire des prolapsus pelviens // La Tunisie Medicale. – 2023. – Vol. 91. – P. 227-229.
34. Sparic R., Hudelist G., Berisavac M. et al. Hysterectomy throughout history // Acta chirurgica Iugoslaviaca. – 2011. – Vol. 58. – P. 9-14.

УРОФОСЦИН®

лікування циститу
за **1** прийом^{2,3}



- **Виражена бактерицидна та антиадгезивна дія**
(щодо найчастіших збудників гострого циститу)²
- **Забезпечує до 99% ерадикації *E. coli***
(основного збудника ГНЦ)^{1,2}
- **Висока ефективність та комплаєнс:**
1 прийом – 48 годин терапевтичної концентрації²

1 пакет-саше містить фосфоміцину трометамолу 5,631 г в перерахунок на 100% речовину, що еквівалентно 3 г фосфоміцину;
ЛІКАРСЬКА ФОРМА. Гранули для орального розчину. **ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНА ГРУПА.** Протимікробні засоби для системного застосування. Інші протимікробні засоби. Код АТХ J01X X01. **ФАРМАКОДИНАМІКА.** Урофосцин® має широкий спектр антибактеріальної дії. Він ефективний відносно штамів збудників інфекцій сечовивідних шляхів, які найчастіше виділяються: *E. coli*, *Citrobacter spp.*, *Klebsiella spp.*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter spp.*, *S. faecalis* та *Enterococcus faecalis*, — навіть якщо вони стійкі до інших антибактеріальних препаратів. Препарат діє також на пеніциліназоутворюючі штами. Крім того, Урофосцин® знижує адгезію бактерій на епітелії слизової оболонки сечового міхура, яка може бути провокуючим фактором розвитку рецидивуючих інфекцій. **ФАРМАКОКІНЕТИКА.** Після прийому внутрішньо приблизно 50% фосфоміцину трометамолу швидко всмоктується. Після прийому 50 мг/кг маси тіла час досягнення максимальної концентрації (t_{max}) становить 2–2,5 години і максимальна концентрація (C_{max}) становить 20–30 мкг/мл. Період напіввиведення з плазми крові становить приблизно 4 години. Після одноразового прийому 3 г фосфоміцину трометамолу концентрація в сечі 1800–3000 мкг/мл досягається через 2–4 години. Терапевтично ефективні концентрації (200–300 мкг/мл) зберігаються до 48 годин після введення. 40–50% дози виводиться із сечею протягом перших 48 годин у незміненому вигляді. **ПОКАЗАННЯ.** Лікування гострих неускладнених інфекцій нижніх сечовивідних шляхів, спричинених чутливими до фосфоміцину мікроорганізмами, у чоловіків, у дівчат віком від 12 років та жінок. Профілактика під час діагностичних процедур та хірургічних втручань у дорослих пацієнтів. ГНЦ — гострий неускладнений цистит.

¹ Silver LL. (2017). Fosfomycin: mechanism and resistance. Cold Spring Harb. Perspect. Med. 1; 7(2): a025262.

² Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Урофосцин®, гранули для орального розчину.

³ Звичайно разова доза для дорослих, у т.ч. пацієнтів літнього віку (вік до 75 років), у гострій фазі захворювання становить 3 г (1 пакет) одноразово.

Регістраційне посвідчення: UA/15454/01/01, термін дії необмежений з 29.03.2021.

Виробник. АТ «Київмедпрепарат» (Україна, 01032, м. Київ, вул. Сакаганського, 139). Інформація наведено в скороченому вигляді, повна інформація викладена в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу Урофосцин®, гранули для орального розчину. Інформація виключно для медичних та фармацевтичних працівників. Для використання у професійній діяльності. Розповсюджується на спеціалізованих конференціях, семінарах, симпозиумах з медичної тематики. Дата останнього перегляду інформаційного матеріалу: 17.07.2024.

ПРОТИПОКАЗАННЯ. Гіперчутливість до компонентів препарату, тяжка ниркова недостатність (кліренс креатиніну < 10 мл/хв), дитячий вік до 12 років, проходження гемодіалізу. **ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ.** До найбільш частих побічних реакцій при одноразовому прийомі фосфоміцину трометамолу належать порушення роботи ШКТ, в основному діарея. Ці явища найчастіше нетривалі і минають самостійно. До часто виникаючих побічних реакцій (> 1/100 – <1/10) окрім діареї, нудоти, розладів травлення також належать: вульвовагініт, головний біль, запаморочення. **ЗАСТОСУВАННЯ У ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ АБО ГОДУВАННЯ ГРУДЮ.** Застосування під час вагітності можливе тільки у разі необхідності, якщо очікуваний ефект терапії для матері перевищує потенційний ризик для плода. В період годування груддю застосування препарату слід припинити. Урофосцин® виділяється у грудне молоко навіть після прийому одноразової дози. **СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ.** Урофосцин® застосовують внутрішньо натще, бажано перед сном, після випорожнення сечового міхура. Вміст пакета розчиняють в 1 склянці води і відразу ж випивають приготований розчин. Одночасне вживання їжі уповільнює всмоктування фосфоміцину. Тому бажано застосовувати препарат натще або через 2–3 години після їди. Лікарський засіб в даному дозуванні (3 г) застосовують за показаннями пацієнтам із масою тіла від 50 кг. **Лікування.** Дорослим і підліткам з масою тіла від 50 кг – по 1 пакету Урофосцину 3 г 1 раз на добу. **Профілактика.** Дорослим з масою тіла від 50 кг – по 1 пакету Урофосцину 3 г за 3 години до і через 24 години після втручання. **ТЕРМІН ПРИДАТНОСТІ.** 1,5 року. **УМОВИ ЗБЕРІГАННЯ.** Зберігати в оригінальній упаковці при температурі не вище 30 °С. Зберігати у недоступному для дітей місці.

Ближче до людей

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.arterium.ua



Печія у вагітних: питання та відповіді

23 квітня відбувся семінар «Печія у вагітних: міфи, реальність та ТОП-10 способів зменшити печію». Захід було проведено у форматі «питання — відповідь», що дозволило учасникам отримати вичерпну інформацію з даної теми. У семінарі взяли участь Юлія Володимирівна Давидова, доктор медичних наук, професор, завідувач відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології та етичних проблем у медицині ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», та Аліса Юрївна Лиманська, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології та етичних проблем у медицині ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», лікар-терапевт, кардіолог.
Ключові слова: вагітність, печія, езофагіт, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, антациди, інгібітори протонної помпи, гідрокарбонатні мінеральні води, «Ізота».



Ю.В. Давидова



А.Ю. Лиманська

? А.Ю. Лиманська: **Наскільки актуальною є проблема подолання та профілактики печії під час вагітності?**

Ю.В. Давидова: Печія під час вагітності з'являється в середньому у 45% вагітних жінок, а у III триместрі вірогідність її появи поступово збільшується. Якщо розглянути частоту скарг на печію протягом усього гестаційного періоду, то у I триместрі цей показник сягає до 39%, у II триместрі — до 60% і в III триместрі — до 72%. Жінки, які народжують вперше, повідомляють про більш часту появу печії, ніж ті, хто народжує повторно.

? А.Ю.: **Що призводить до виникнення печії під час вагітності?**

Ю.В.: Хочеться згадати про поширений міф стосовно того, що печія починає турбувати вагітну, коли у її дитини починає рости волосся. І скажемо, що це точно міф. Причина печії у вагітних є багатофакторною. Під час вагітності підвищується концентрація прогестерону, а його метаболіти сприяють розслабленню гладкої мускулатури, що веде до зниження тонуусу і моторики шлунка. Також відбувається зниження тиску в нижньому сфінктері стравоходу, водночас прогестерон пригнічує скоротливу діяльність матки, що дає шанс вагітності розвиватись. Крім того,

збільшення вагітної матки призводить до тимчасової релокації внутрішніх органів у межах черевної порожнини, зокрема шлунка. Тому нижній сфінктер стравоходу зміщується в грудну порожнину (ділянка негативного тиску), що дозволяє їжі та шлунковій кислоті переходити зі шлунка у стравохід. Унаслідок цього виникає запалення стравоходу та відчуття «печіння».

По мірі прогресування вагітності саме по собі підвищення тиску на шлунковий вміст із боку матки, яка росте, може посилювати печію, хоча деякі автори вважають, що механічні чинники відіграють меншу роль. Печія також може бути спричинена гальмуванням випорожнення шлунка, затримкою проходження хімусу в тонкому кишечнику або деякими медикаментами, які приймаються під час вагітності, наприклад протибіловотними засобами.

? А.Ю.: **Яка мета корекції печії під час вагітності?**

Ю.В.: Основна мета — покращення якості життя шляхом:

- профілактики виникнення печії при вагітності;
- зниження вираженості симптомів печії у вагітної;
- зменшення та запобігання негативним наслідкам для матері та плода.

? А.Ю.: **У чому полягає покращення якості життя вагітних при зменшенні печії?**

Ю.В.: За умови, що симптоми печії не пов'язані із серйозним захворюванням, вони негативно впливають на якість життя вагітної. Згідно з даними дослідження (Lee S.W. et al, 2014), у якому 108 учасників були віднесені до групи печії та 124 до групи регургітації, пацієнти з печією частіше щодня мали переривчастий сон (22,3 проти 4,8%, $p=0,021$), більше проблем із прийомом їжі або рідини (27,8 проти 9,7%, $p=0,008$), більше порушень працездатності (11,2 проти 0%, $p=0,011$) і нижчі показники за анкету SF-36* (57,68 проти 64,69, $p=0,042$), ніж у пацієнтів у групі регургітації.

Покращення якості життя оцінюється наступними показниками:

- зниження тяжкості симптомів (поширеність печії, біль в епігастрії);
- зменшення кількості використаних препаратів;
- зменшення кількості візитів до лікаря;
- покращення настрою;
- обмеження негативного впливу препаратів на організм матері та плода.

? А.Ю.: **Чи завжди симптоми печії підлягають консервативному лікуванню?**

Ю.В.: Є такі стани, наприклад стравохід Барретта, які зумовлюють важливість спостереження за проявами печії і, можливо, інших варіантів лікування. У деяких випадках може бути доречним моніторинг із періодичною ендоскопією.

? А.Ю.: **Лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби — які рекомендації існують на сучасному етапі?**

Ю.В.: Причиною печії може бути підвищена кислотність шлункового вмісту. Тому лікувально-профілактичні заходи слід направити на залуження вмісту шлунка або зниження секреції кислоти соляної. Крім того, печія може бути проявом гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ).

Засоби для залуження кислого шлункового вмісту: антациди, лужні води з буферною ємністю, а саме вода «Ізота» з адаптованим складом та приємними органолептичними властивостями. Антациди знижують кислотність рефлюксу, але не впливають на частоту проявів печії. Ці засоби, до складу яких входять гідроксид алюмінію та гідроксид магнію, зазвичай призначаються пацієнтам при легких проявах ГЕРХ після прийому їжі та перед сном.

Засоби для зменшення секреторної активності: завдяки своїй здатності пригнічувати ферментну систему H^+/K^+-ATP азу парієтальних клітин шлунка, інгібітори протонної помпи (ІПП) є найефективнішим класом лікарських засобів від ГЕРХ. Однак їх прийом може впливати на серцеву провідність і гомеостаз кальцію, а також пов'язаний з дефіцитом мікроелементів. Для тривалого застосування в пацієнтів з езофагітом ІПП слід титрувати до найнижчої ефективної дози, яка дозволяє усунути симптоми.

Антагоністи H_2 -рецепторів, включаючи циметидин, фамотидин і нізатидин, зворотно блокують дію гістаміну на H_2 -рецептори парієтальних клітин шлунка, що, у свою чергу, пригнічує кислотоутворення. Вони купірують більшість легких езофагітів і можуть застосовуватися для продовження підтримуючої терапії.

* SF-36 — коротка анкета із 36 пунктів, ефективний інструмент для оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (Lee S.W. et al., 2014).

? А.Ю.: **У чому полягає алгоритм лікування ГЕРХ?**

Ю.В.: Лікування ГЕРХ, основними клінічними проявами якої є печія та регургітація, передбачає поетапний підхід. Основне завдання — отримати контроль над симптомами, виключити езофагіт і запобігти рецидиву останнього або іншим ускладненням. Базовим підходом є зміна способу життя та контроль секреції шлункової кислоти за допомогою медикаментозної терапії антацидами або ІПП.

I етап — модифікація способу життя:

- регуляція ваги (за надмірної ваги);
- уникати споживання алкоголю, шоколаду, соку цитрусових, продуктів на основі томатів, м'яти перцевої, кави та цибулі;
- харчуватися невеликими частими порціями;
- почекати 3 год після прийому їжі, перш ніж лягати;
- утримуватися від прийому їжі (крім рідини) за 3 год до сну;
- підняти узголів'я ліжка на 16–20 см;
- тримати поставу, запобігати сутулості.

II етап — медикаментозна терапія:

- антациди та альгірати;
- сукральфат;
- антагоністи H_2 -рецепторів (наприклад, циметидин, фамотидин, нізатидин);
- ІПП (наприклад, омепразол, лансопразол, рабепразол, езомепразол, пантопразол);
- калій-конкурентні кислотні блокатори (наприклад, вонопрозан);
- прокінетичні засоби (наприклад, метоклопрамід).

? А.Ю.: **Як розпізнати наявність ГЕРХ?**

Ю.В.: Розпізнати наявність ГЕРХ може допомогти запропонований тест за шкалою Ріхтера:

1. Чи часто у вас наявний один або кілька симптомів із наступних:
 - неприємне відчуття за грудиною, яке ніби рухається вгору від живота?
 - палаюче відчуття в задній частині горла?
 - гіркий кислотний смак у роті?
2. Чи часто ви відчуваєте ці проблеми після їди?
3. Чи відчуваєте ви печію або кислотний присмак два або більше разів на тиждень?
4. Ви вважаєте, що антациди лише тимчасово полегшують симптоми?
5. Ви приймаєте медикаменти для лікування печії, але все ще маєте симптоми?

Відповіді «так» на два або більше з вищеперерахованих питань можуть вказувати на наявність у пацієнта ГЕРХ.

? А.Ю.: **Якою є роль прийому антацидів під час вагітності?**

Ю.В.: Слід зазначити, що у 30–50% жінок покращення самопочуття та якості життя (зменшення проявів печії під час вагітності) відбувається на фоні прийому лише антацидів, і, більше того, ефективність та тривалість такого лікування можуть бути задовільними. Важливо наголосити, що різні типи антацидів доступні без рецепта, вони забезпечують швидке та ефективне, хоча й тимчасове, полегшення печії, і їм частіше віддають перевагу пацієнти, оскільки ці препарати діють негайно. До

ізота ТВОЯ ВОДА, ЯКЩО ТУРБУЄ ПЕЧІЯ

проблеми різні печія спільна

ЯКУ ЦІННІСТЬ ПРИНЕСЕ ІЗОТА ДЛЯ ВАГІТНОЇ:

- Печія під час вагітності може виникати через механічний тиск на шлунок
- Вода Ізота полегшить симптоми печії
- Адаптований склад води Ізота для можливості щоденного вживання

Інформація для спеціалістів медицини і фармації щодо напою безалкогольного з вмістом соди для спеціального призначення «Ізота». Не є лікарським засобом. ТУ У 10.8-30109129-033:2023

ЮРІЯ-ФАРМ

речі, саме в таких випадках суттєво покращить якість життя жінки і зменшить прояви печії споживання води «Ізота», яка має лужні властивості й за рахунок адаптованого складу та великої поверхні контакту зі слизовою шлунка діє в синергії з антацидами.

А.Ю.: Чи є на сьогодні рекомендації щодо застосування води, яка має антацидні якості?

Ю.В.: На сьогодні є рекомендовані води, які з хімічної точки зору (вміст бікарбонатів) мають таку саму буферну ємність зі здатністю нейтралізувати шлункову кислоту, як і антациди з певним хімічним складом.

Альтернативою призначенню медикаментозної терапії, яка відповідає зростаючому бажанню пацієнтів зменшити медикалізацію їхнього життя, може бути прийом адаптованої гідрокарбонатної мінеральної води (мінімальний вміст гідрокарбонату – 1300 мг/л).

У рамках буферної реакції аніон гідрокарбонату зв'язує протони шлункової кислоти подібно до фармакологічних антацидів ($H^+ + HCO_3^- \rightarrow H_2O + CO_2$). Крім того, ефект розведення досягається об'ємом рідини, у якій розчинені аніони HCO_3^- . Різні води, що містять гідрокарбонат, показали позитивні результати в дослідженнях щодо лікування функціональної диспепсії.

А.Ю.: Що можна порадити вагітним жінкам для зменшення печії в домашніх умовах?

Ю.В.: Вода із залужнюючими властивостями є прийнятним рішенням. А у вечірній і нічний час – рекомендованим рішенням, на відміну від таблеток, бо діє швидше за рахунок більшої площі контакту і виключає ризик заснути з таблеткою.

До такого адаптованого продукту відноситься вода «Ізота», вживання якої сприяє нейтралізації шлункової кислоти (антацидний ефект), прискоренню кліренсу стравоходу та спороження шлунка, посиленню перистальтики кишечника (прокінетичний ефект) і, як наслідок, захисту слизової оболонки стравоходу від ушкоджень, викликаних кислотним рефлюксом.

Слід зазначити, що саме використання адаптованої води є найдоступнішим способом усунення печіння у стравоході, а також зменшення в ньому концентрації шлункового соку.

До переваг застосування води «Ізота», адаптованої для корекції печії, є покращене забезпечення рідиною, а також більш високий рівень безпеки, який практично виключає інтоксикацію. Крім того, катіони, розчинені в мінеральній воді на додаток до HCO_3^- (кальцій, магній), мають добру біодоступність і сприяють насиченню організму мінералами. Крім того, оскільки часто зазначається, що печія виникає після прийому їжі, виявлено, що споживання води під час їди є сприятливим.

Воду потрібно пити сидячи або стоячи. Не потрібно відразу лягати; в іншому випадку у стравохід знову надійде шлунковий сік і викличе неприємне печіння.

А.Ю.: Чи проводилися дослідження ефективності використання води, яка містить бікарбонати, в лікуванні печії?

Ю.В.: Мінеральні води, багаті бікарбонатами, десятиліттями використовувалися для симптоматичного лікування шлунково-кишкових розладів, включаючи печію. У дослідженні Böhmer et al. (2001) повідомляли, що стан пацієнтів із функціональними диспепсичними симптомами, включаючи кислотний рефлюкс, покращувався при використанні гідрокарбонатних вод. Один із постульованих принципів дії полягає в тому, що аніони HCO_3^- мають пряму буферну дію на протони шлункової кислоти. Чисто арифметично вираховано, що мінеральна вода, насичена гідрокарбонатами, може забезпечити таку ж буферну ємність, як і безрецептурні антациди на основі карбонату кальцію/карбонату магнію: 1,7 г гідрокарбонату має буферну ємність 27,5 мекв порівняно із 15,5 мекв на 1 таблетку антациду.

Однак лише у 2023 році були оприлюднені результати першого контрольованого клінічного випробування STOMACH STILL, яке продемонструвало перевагу мінеральної води

з бікарбонатами над плацебо в полегшенні печії, що супроводжується покращенням якості життя. STOMACH STILL є багатоцентровим подвійним сліпим рандомізованим плацебо-контрольованим дослідженням у дорослих пацієнтів із частими епізодами печії протягом ≥ 6 міс і без помірного/тяжкого рефлюкс-езофагіту. Пацієнти 1-ї групи пили воду 1,5 л/день, а 2-ї групи – приймали плацебо протягом 6 тижнів. Первинною кінцевою точкою був відсоток пацієнтів зі зменшенням на ≥ 5 балів за Опитувальником рефлюксної хвороби (RDQ) для печії. Вторинні кінцеві точки включали зменшення вираженості симптомів, покращення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, необхідність у прийомі препаратів із негайною дією і безпеку/переносимість.

Усього було рандомізовано 148 пацієнтів (група споживання води: $n=73$, контрольна група: $n=75$), із яких 143 особи завершили дослідження. Згідно з отриманими результатами, покращення якості життя під дією адаптованої води порівняно із плацебо було зареєстровано для опцій «проблеми з їдою» ($p=0,0125$), «емоційний дистрес» ($p=0,0147$) і «життєздатність» ($p=0,0393$). Середнє споживання препарату із негайною дією для лікування печії знизилося з 0,73 таблетки/день на початку дослідження до 0,47 таблетки/день на 6-му тижні в групі пацієнтів, які вживали воду, тоді як у групі плацебо воно залишалося незмінним протягом усього періоду спостереження. Автори дійшли висновку, що мінеральна вода з бікарбонатами є дієвою альтернативою лікуванню хімічно визначеними препаратами у пацієнтів, які страждають від печії, і має відмінну переносимість.

А.Ю.: Як вода «Ізота» впливає на швидкість зменшення проявів печії у вагітних?

Ю.В.: Споживання води «Ізота» забезпечує м'яке та поступове полегшення симптомів печії, що знижує ризик синдрому рикшету після припинення її прийому. Згідно з результатами дослідження (Beer A.-M., 2016), щоденне споживання 1,5 л гідрокарбонатної адаптованої мінеральної води зумовило очевидне зменшення симптомів у пацієнтів із печією та покращило якість життя.

Розглянемо складові води «Ізота»:

- бікарбонат натрію допомагає збалансувати рівень кислотності;
- магній сприяє покращенню перистальтики кишечника;
- кальцій бере участь у регуляції виділення шлункового соку, ферментів для розщеплення їжі;
- натрію хлорид допомагає забезпечити оптимальну ферментативну активність шлункового соку;
- калій впливає на роботу нирок і допомагає виводити надлишки солей.

Висновки

Зазвичай після пологів печія перестає турбувати жінку, і вона навіть забуває про цю скаргу. Звісно, у цьому випадку печія є функціональним ускладненням, асоційованим із вагітністю, про причини якого було повідомлено вище. Але печія може бути й проявом органічного захворювання, і в таких випадках є необхідність у подальшому дообстеженні та призначенні специфічного лікування.

Якщо печія у вагітної є ознакою функціональних змін, то на допомогу приходять вода з адаптованим складом «Ізота», яка суттєво полегшить відчуття печіння. За рахунок адаптованого складу та великої площі контакту води з кислим вмістом шлунка спостерігається швидкий ефект за низької ймовірності синдрому рикшету з поверненням проявів підвищеної кислотності. Разом із тим зручність у застосуванні, у тому числі у вечірній і нічний час, та приємні органолептичні властивості значно покращать якість життя майбутніх мам.

Запрошуємо лікарів та фармацевтів до перегляду медичного семінару «Печія у вагітних: міфи, реальність та ТОП-10 способів зменшити печію...»



Health-ua.com
СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ МЕДИЧНИЙ ПОРТАЛ



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



О.В. Шуляк, д. мед. н., професор, завідувач відділу реконструктивної та геріатричної урології
ДУ «Інститут урології ім. акад. О.Ф. Возіанова НАМН України», м. Київ

Інфекції сечовивідних шляхів: сучасні підходи до профілактики та лікування



О.В. Шуляк

Інфекції сечовивідних шляхів (ІСШ) являють собою надзвичайно актуальну проблему для практичної медицини, оскільки дана нозологія характеризується значною поширеністю. З нею стикаються у своїй клінічній практиці лікарі різних спеціальностей, зокрема урологи, гінекологи, терапевти, сімейні лікарі та анестезіологи. ІСШ можуть виступати як самостійне захворювання або бути коморбідними станами, ускладнюючи перебіг основної патології (наприклад, при цукровому діабеті, вагініті, аднекситі, аденомі передміхурової залози тощо). Для лікування та профілактики рецидивуючих ІСШ (рІСШ) рекомендовано проведення антимікробної терапії, однак протягом останніх десятиліть спостерігається швидке зростання резистентності збудників ІСШ до антибактеріальних препаратів. Це вимагає перегляду існуючих протоколів лікування та імплементації дієвих протимікробних стратегій для профілактики ІСШ. Клінічно доведена ефективність, високий профіль безпеки, а також відсутність ризику формування мікробної резистентності при застосуванні пробіотичних штамів *Lactobacillus*, D-манози та екстракту журавлини стали підґрунтям для внесення їх до переліку дієвих антимікробних засобів, рекомендованих Європейською асоціацією урології (EAU) для профілактики ІСШ.
Ключові слова: інфекції сечовивідних шляхів, урогенітальна мікробіота, уропатогенна *E. coli*, антибіотико-резистентність, пробіотики, *Lactobacillus*, D-маноза, екстракт журавлини, Мальвосан.

Провідна роль внутрішньоклітинної персистенції *E. coli* в патогенезі рІСШ

ІСШ уражають понад 150 млн людей на рік у всьому світі й залишаються найпоширенішим урологічним захворюванням у країнах Європи та США [1]. Неускладнені ІСШ частіше зустрічаються у жінок. Повідомляється, що майже 50% жінок мали в анамнезі хоча б один епізод ІСШ, натомість близько 20-30% страждають на рІСШ протягом життя [2-4].

Розвиток ІСШ у жінок ініціюється контамінацією вагінальної та періуретральної зон уропатогенними мікроорганізмами. Підтвердженням цього слугують результати мікробіологічного дослідження вагінальних виділень 140 жінок, які виявили значно вищий рівень колонізації *Escherichia coli* у піхві жінок із рІСШ порівняно із жінками без ІСШ (35% проти 11%; $p < 0,01$) [5]. Було доведено, що вагінальні ізоляти *E. coli* жінок із рІСШ мають ті самі фактори вірулентності, що й уропатогенна *E. coli* (UPEC), виділена із сечовивідних шляхів (наприклад, наявність поверхнево-адгезивних органел – Р-пілі) [6]. Після колонізації бактерії здатні швидко розмножуватися в уротеліальних клітинах, утворюючи спільноти, які здатні уникати захисних механізмів господаря, формуючи тим самим внутрішньоклітинні резервуари (рисунок) [7]. Ці бактерії можуть перебувати в стані спокою в уротеліальних клітинах сечового міхура протягом багатьох місяців, не будучи виявленими, до дії тригерного фактора (наприклад, переохолодження, стрес та ін.) [7-10].

Антибіотикорезистентність як загальна проблема при виборі лікування ІСШ

ІСШ є одним із найчастіших показань до призначення антибіотиків у всьому світі [11, 12]. Однак жінки із рІСШ часто потребують кількох схем лікування антибіотиками протягом короткого періоду часу, і лікарі нерідко застосовують протимікробні засоби як профілактику виникнення рІСШ, що суттєво підвищує ризик антибіотикорезистентності [13-16].

Окрім розвитку мультирезистентних штамів, використання антибіотиків при ІСШ має й інші недоліки. Так, встановлено, що у 25-35% випадків рІСШ виникали протягом 6 міс після першого курсу протимікробної терапії [17, 18] і в 44% випадків – протягом 12 міс [19,

20]. Наведені дані свідчать, що більшість наявних інструментів боротьби з мультирезистентними грамнегативними бактеріями втрачають ефективність. Тому антимікробні засоби є перспективною стратегією профілактики ІСШ, яка здатна підвищувати захисні властивості слизових оболонок урогенітального тракту та стійкість до збудників інфекцій, знижуючи при цьому ризик антибіотикорезистентності.

Відповідно до оновленої клінічної настанови EAU (2024) щодо профілактики й лікування ІСШ, яка була представлена на щорічному конгресі у Парижі, пробіотики (*Lactobacillus rhamnosus* GR-1 та *Lactobacillus reuteri* RC-14), D-маноза та екстракт журавлини (*Vaccinium mastocarpum*) рекомендовані до призначення для запобігання розвитку ІСШ [21].

Роль *Lactobacillus reuteri* й *Lactobacillus rhamnosus* у підтриманні балансу урогенітальної мікробіоти та зниженні ризику ІСШ

У сучасній клінічній практиці спостерігається тенденція до розширення сфер застосування пробіотичних засобів. Зростаюча кількість досліджень зосереджується на вивченні їх позитивного впливу на нормалізацію стану мікріомів різних локусів організму, а також на формування та перебіг різноманітних патологічних станів. Особливу увагу науковців привертає потенціал пробіотиків у контексті урологічних захворювань, зокрема їх роль у профілактиці та лікуванні ІСШ.

Результати низки клінічних досліджень демонструють перспективність застосування конкретних штамів *Lactobacillus*, зокрема що найвищу ефективність демонструють саме штам *Lactobacillus rhamnosus* GR-1, *Lactobacillus reuteri* B-54 та *Lactobacillus reuteri* RC-14 [22-24]. Згідно з даними метааналізу Grin et al. (2013), у пацієнтів, які отримували *Lactobacillus*, зареєстровано статистично значуще зниження частоти рІСШ [25]. Ghane et al. (2020) зазначали, що пробіотичні штам *L. rhamnosus* і *L. reuteri* є безпечними та ефективними засобами профілактики рІСШ у жінок [26].

Метааналіз Ng et al. (2018) на підставі оцінки сумарного показника відношення ризиків (BP) у шести рандомізованих контрольованих дослідженнях за участю 620 пацієнтів підтвердив сприятливий ефект *Lactobacillus* щодо профілактики ІСШ (BP 0,684, 95% ДІ 0,438-0,929, $p < 0,001$) [27]. Позитивний клінічний вплив пробіотиків був доведений також у шести систематичних оглядах [28-33]. За висновками Falagas et al. (2006), штам *L. rhamnosus* GR-1 та *L. reuteri* RC-14 виявилися найефективнішими серед усіх досліджуваних лактобацил у запобіганні виникненню рІСШ [28].

У великому рандомізованому клінічному дослідженні Veegeroot et al. (2012) було проведено порівняння ефективності 12-місячного щоденного застосування триметоприму-сульфаметоксазолу (TMP-SMX) із пероральним прийомом *L. rhamnosus* GR-1 та *L. reuteri* RC-14 у 252 жінок із рІСШ. Результати

показали, що обидві групи препаратів сприяли зменшенню загальної кількості епізодів ІСШ (від 7,0 до 2,9 і від 6,8 до 3,3 епізоду на рік у групах антибіотиків і пробіотиків відповідно). Однак слід зазначити, що вже протягом місяця лікування TMP-SMX резистентність *E. coli* до антибіотиків зросла з 20-40 до 80-95% [34].

У дослідженні T. Akgül та T. Karakan (2018), опублікованому в Turkish Journal of Urology, розглядається роль пробіотиків у лікуванні жінок із рІСШ. Автори описують механізми дії цих пробіотиків, включаючи конкурентне витіснення патогенів, продукцію антимікробних речовин та модуляцію імунної відповіді. Дані клінічних досліджень вказують на потенціал *L. rhamnosus* GR-1 та *L. reuteri* RC-14 у зниженні частоти рецидивів ІСШ [30].

D-маноза в лікуванні ІСШ

D-маноза – моносахарид, який міститься в різних рослинах, фруктах і ягодах, зокрема в журавлині, а також виробляється в організмі людини з глюкози або утворюється в результаті розпаду ендогенних глікокон'югатів для синтезу глікопротеїнів [35]. Дослідження демонструють, що вільна D-маноза в сечі може насичувати специфічний для манози фімбріальний адгезин *E. coli*, відомий як FimH, і блокувати адгезію цього збудника до епітеліальних клітин сечовивідних шляхів. Це так зване конкурентне гальмування розглядається як один із потенційних механізмів запобігання розвитку ІСШ [36, 37]. Вільна D-маноза в сечі навіть у низьких концентраціях (<20 мкг/мл) може пригнічувати адгезію бактерій, опосередковану пілі 1-го типу, до слизової оболонки сечовивідних шляхів [38]. Cusumano et al. (2011) повідомили, що пероральне введення активних антагоністів FimH зменшувало колонізацію UPEC в уретрі через 6 год порівняно з контрольною групою. Крім того, концентрація *E. coli* в мишей, яким був уведений антибіотик, імовірно, була вищою порівняно з тими тваринами, які отримували антагоніст FimH (манозу) [39].

У відкритому клінічному дослідженні Kranjčec et al. (2014) D-маноза не поступалася за ефективністю нітрофурантоїну у профілактиці повторних епізодів ІСШ протягом 6 міс після активного лікування антибіотиками, що свідчить про те, що D-маноза може використовуватися як дієва альтернатива для запобігання рІСШ без ризику розвитку антибіотикорезистентності [40]. Перехресне дослідження Rogu et al. (2014) продемонструвало, що прийом добавок D-манози значно затримує початок рІСШ порівняно з антибіотиками [41].

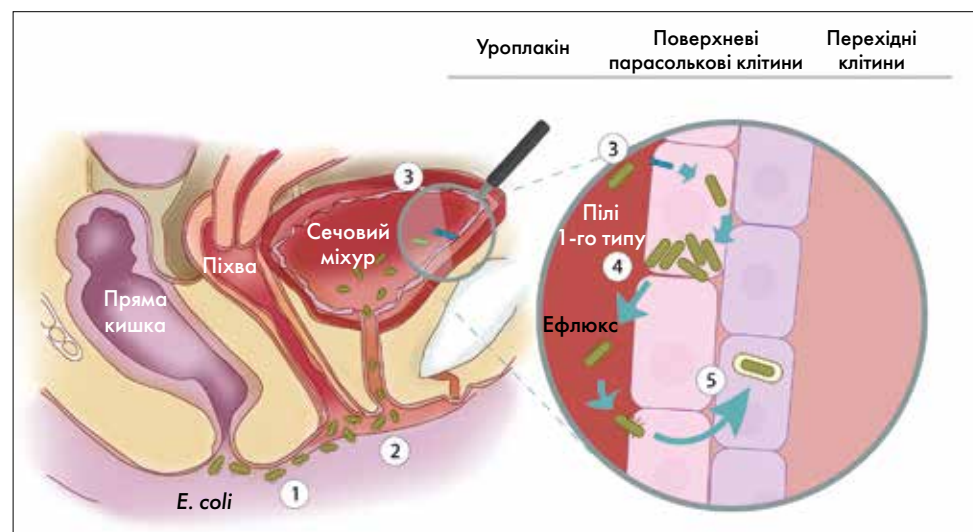


Рис. Патогенез ІСШ (адаптовано Sihra N. et al., 2018)

Пілотне дослідження Domenici et al. (2016) підтвердило ефективність D-манози як при лікуванні гострих ІСШ (13-денний курс), так і з профілактичною метою (6-місячний курс) у жінок із симптомною (дизурія, часте сечовипускання, невідкладні позиви, біль унизу живота, нікт- і гематурія) або безсимптомною (діагностується як $\geq 10^3$ КУО/мл сечі) ІСШ [42].

Ala-Jaakkola et al. (2021) оцінили пул клінічних досліджень щодо ролі D-манози у профілактиці й лікуванні ІСШ, доступних у базах PubMed, Scopus і Web of Science до січня 2021 року. За даними метааналізу, маноза ефективно запобігла утворенню бактеріальних біоплівків на поверхні уроепітелію, що підтверджує її потенціал у запобіганні ІСШ [43].

Захисні властивості екстрактів журавлини та гібіскусу

Сучасні дані також повідомляють, що екстракт журавлини здатний суттєво зменшувати частоту рецидивів ІСШ, сприяючи підтриманню балансу корисних мікроорганізмів у сечостатевому тракті та запобігаючи мікробній колонізації [21]. Результати нещодавніх досліджень демонструють, що фітотерапія на основі екстракту журавлини посилює захисні властивості, запобігаючи адгезії уропатогенів. Vasileiou et al. (2013) провели огляд клінічного статусу профілактичних ефектів вживання журавлини проти ІСШ. Результати аналізу показали, що журавлина може бути ефективною у профілактиці ІСШ у певних груп пацієнтів, особливо у жінок із рІСШ [44].

Wang et al. (2012) здійснили систематичний огляд та метааналіз рандомізованих контрольованих досліджень щодо ефективності продуктів, які містять журавлину, для профілактики ІСШ. Їхні результати продемонстрували, що продукти із журавлиною значно знижують ризик ІСШ у певних підгрупах, зокрема у жінок із рІСШ [45].

Канадське агентство з лікарських засобів та технологій у галузі охорони здоров'я (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health) у 2016 році провело огляд клінічної ефективності та настанов щодо використання продуктів журавлини або місцевої естроген-базованої терапії для профілактики ІСШ [46].

Ще одним ефективним компонентом фітотерапії для купірування та профілактики ІСШ є гібіскус (Hibiscus). Екстракт гібіскусу проявляє бактеріостатичний ефект проти більшості збудників ІСШ (*Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Enterococcus faecalis*, *E. coli*, *Enterobacter spp.*, *Candida spp.* та ін.). Завдяки антисептичним, спазмолітичним і сечогінним властивостям гібіскусу пригнічує запальні процеси у сечовивідних шляхах, зменшуючи прояви дискомфорту та симптомів дизурії [47].

Chou et al. (2016) повідомили про результати першого звіту із застосуванням транскриптомічного аналізу, який ґрунтувався на даних клінічних спостережень, щодо механізму дії *Hibiscus sabdariffa*. За висновками авторів, екстракт гібіскусу ефективно пригнічував

індуковану ліпополісахаридами активацію ядерного фактора κB у клітинах і продукцію інтерлейкіну 1β , зменшуючи таким чином запальний процес у нирках, що свідчить про потенційну користь добавок з екстрактом гібіскусу для лікування захворювань сечовивідних шляхів [47].

Рекомендації EAU 2024 [21] визначають пробіотичні штами *Lactobacillus*, D-манозу та екстракт журавлини як ключові складові протимікробного підходу в менеджменті неускладнених ІСШ.

Дані сучасних досліджень демонструють, що комбінація D-манози, пробіотиків і рослинних екстрактів, зокрема журавлини, має потенційні переваги у профілактиці повторних епізодів ІСШ у жінок [48-50]. Повідомлялося, що 14-денна терапія комбінованим засобом D-манози, екстракту гібіскусу (*Hibiscus sabdariffa*) і пробіотика *Lactobacillus* здатна зменшувати ризик бактеріурії та ІСШ у пацієток після інвазивного уродинамічного дослідження [48]. Panchev et al. (2012) повідомили, що триденний пероральний прийом комбінованого засобу з D-манозою та екстрактом журавлини пацієнтами з гострою ІСШ сприяв більш швидкому клінічному покращенню порівняно з триденним прийомом антибіотика. Так, полегшення симптомів ІСШ через 48 год спостерігалось у 97% пацієнтів із групи D-манози + екстракт журавлини, тоді як у групі антибіотика цей показник склав лише 65,3% [51].

Таким чином, з огляду на проблему прогресування антибіотикорезистентності все актуальнішими в медичній практиці стають дієтичні добавки з комплексною дією на розвиток, перебіг і профілактику ІСШ. Мальвосан (компанія Eubion Corporation, Польща) розроблений відповідно підходу останніх рекомендацій EAU щодо ведення ІСШ. Мальвосан повністю відповідає вимогам щодо ефективної профілактики неускладнених ІСШ, визначеним EAU (2024) [21]. Саше Мальвосан містить у своєму складі штами *Lactobacillus* (*L. reuteri* – $2,5 \times 10^9$ КУО та *L. rhamnosus* – $2,5 \times 10^9$ КУО), які зарекомендували свою високу ефективність щодо UPEC-штамів, D-манозу (600 мг), яка протидіє адгезії патогенів до слизової сечовивідних шляхів і формуванню бактеріальних біоплівків, а також екстракти ягід журавлини (*Vaccinium macrocarpon* 300 мг) та гібіскусу (*Hibiscus sabdariffa* 100 мг), які володіють протизапальними, антибактеріальними, антиадгезивними та імуностимулюючими властивостями, що підтверджують клінічні дослідження. Отже комбіноване застосування даних речовин надає потенційні переваги у профілактиці й лікуванні ІСШ, може розглядатися як альтернатива застосуванню антимікробних засобів при рІСШ, як сучасний клінічний підхід щодо зменшення рецидивів захворювання та запобігання розвитку резистентності збудників ІСШ.

Список літератури знаходиться в редакції.



МАЛЬВОСАН

Malvosan



Форма випуску:
10 саше у картонній коробці

Жіноча пробіотична формула з журавлиною, екстрактом гібіскусу та D-манозою для підтримання здоров'я сечостатевого тракту

L. reuteri
2,5 x 10⁹ КУО
Лактобактерії
L. rhamnosus
2,5 x 10⁹ КУО

Екстракт журавлини
300 мг

D-маноза
600 мг

Екстракт гібіскусу
100 мг

1 саше 2-3 рази на добу
під час прийому їжі

Реклама дієтичної добавки МАЛЬВОСАН, саше, №10. Дієтична добавка. Не є лікарським засобом. Перед застосуванням необхідно проконсультуватися з лікарем та ознайомитися з текстом інструкції. Виробник / відповідальний за випуск серії: ТОВ «Еубіон Корпорейшн», Польща. Замовник і власник торгової марки: Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Велика Британія. Імпортер: ТОВ «БУСТ ФАРМА», Україна. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики. Повна інформація про препарат міститься в інструкції для споживачів щодо використання дієтичної добавки.



ВІСТА
НОВІ МОЖЛИВОСТІ,
ЩО ВІСКРИВАЮТЬ ПЕРСПЕКТИВИ

Пероральна регідратація в акушерстві, гінекології та внутрішній медицині

Адекватна гідратація є фундаментальним аспектом підтримання здоров'я жінки протягом усього життя, особливо під час вагітності. Дегідратація, яка може розвиватися внаслідок різноманітних причин, таких як блювання, діарея, підвищена пітливість, гарячка, поліурія тощо, здатна спричинити серйозні ускладнення як у матері, асоціюючись із підвищеним ризиком прееклампсії, передчасних пологів, так і у плода, призводячи до затримки його росту, порушень неврологічного розвитку та інших несприятливих наслідків.

У рамках онлайн-вебінару «Пероральна регідратація як медичний супровід у клініці акушерства, гінекології та внутрішньої медицини» провідні експерти — Юлія Володимирівна Давидова, доктор медичних наук, професор, завідувач відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології та етичних проблем у медицині ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», та Аліса Юріївна Лиманська, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології та етичних проблем у медицині ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», лікар-терапевт, кардіолог — представили сучасні стратегії ведення вагітних із дегідратацією.

Ключові слова: вагітність, водно-електролітний баланс, дегідратація, токсикоз, гіперемезис вагітних, гастроентерит, внутрішньопечінковий холестаз вагітних, олігогідрамніон, пероральна регідратація, Рео.



Професор Ю.В. Давидова у своїй доповіді «Пероральна гідратація та регідратація в акушерстві і гінекології» висвітлила важливі аспекти підтримання адекватного водно-електролітного балансу в жінок, особливо під час вагітності.

Добова норма споживання рідини для дорослої жінки становить до 2 л, враховуючи період неспання та відпочинку. Основними маркерами адекватності гідратації є діурез і питома вага сечі, на які необхідно звертати увагу при оцінці водно-електролітного балансу.

Вода становить близько 72% організму людини і надходить із напоїв, твердої їжі та метаболічної води, сумарно до 2500 мл на добу. Втрата рідини відбувається в результаті діурезу, перспірації через шкіру та легені, що становить не менше 1 л прихованих втрат. При підвищенні температури тіла на 1 °C від 37 °C втрати рідини зростають на 500 мл на добу.

Гіпервентиляція також призводить до додаткових втрат рідини — на кожні 20 дихальних рухів вище норми втрати становлять 15 мл/кг на добу. Часте блювання та парез кишечника призводять до додаткових патологічних втрат рідини в об'ємі 20 мл/кг/добу (Лисенко С.П., 2004).

Окрім втрати води при дегідратації організм втрачає електроліти, передусім натрій. Залежно від співвідношення втрат рідини та натрію виділяють три форми дегідратації: ізотонічна (втрата рідини дорівнює втраті натрію), гіпертонічна (втрата рідини більша за втрату натрію) та гіпотонічна (втрата рідини менша за втрату натрію). Причини різних форм дегідратації наведені в табл. 1.

Клінічними проявами дегідратації є спрага, сухість у роті, втома, сонливість, зменшення кількості та об'єму сечовипускань, темний колір сечі, головний біль, сухість шкіри, запаморочення.

! Для профілактики дегідратації під час вагітності рекомендовано вживати по 1 склянці (150-180 мл) води щогодини протягом періоду неспання, 4 порції з яких можуть бути у формі води для спеціальних медичних цілей Рео.

Дегідратація в акушерстві та гінекології

Ранній токсикоз є найчастішою причиною дегідратації в акушерстві. Близько 90% вагітних відчувають нудоту, у 35% жінок симптоми мають клінічне значення та фізичні наслідки, а у 5% осіб розвивається тяжка форма — hyperemesis gravidarum (гіперемезис вагітних, ГВ).

Антропологічна теорія пояснює ранній токсикоз як захисний механізм для уникнення вживання несвіжої їжі, особливо м'яса, у давні часи. На молекулярному рівні ключову роль відіграє фактор диференціації росту 15 (GDF-15), який експресується в децидуальних стромальних клітинах і плаценті, викликаючи нудоту, блювання та відразу до певних харчових продуктів.

Термін «ранкова нудота» є хибним, оскільки у багатьох вагітних симптоми зберігаються протягом усього дня з різним ступенем тяжкості — від періодичної нудоти до виснажливого блювання. Зазвичай симптоми починаються на 6-8-му тижні вагітності, досягають піку на 9-му тижні та припиняються близько 12-го тижня. Проте у деяких жінок симптоми токсикозу виникають після 20-го тижня вагітності.

До групи ризику розвитку тяжкого раннього токсикозу (ГВ) відносять жінок із більшою масою плаценти (багатоплідна вагітність), жінок, які відчувають нудоту та блювання поза вагітністю через вживання препаратів (наприклад, комбінованих оральних контрацептивів), тих, які схильні до нудоти під час руху (автоподорожі, гойдалки, атракціони) та страждають на мігрень і мають обтяжений сімейний анамнез щодо ГВ (Jennings L.K., 2023).

Патофізіологічні аспекти токсикозу

Патофізіологія раннього токсикозу пов'язана із впливом естрогенів та хоріонічного гонадотропіну людини. Рівень останнього досягає максимуму в I триместрі, що відповідає типовому початку ГВ. Рівень естрогенів на початку вагітності підвищується, потім різко зростає і знижується, відображаючи типовий перебіг нудоти та блювання під час вагітності. Підвищення рівня естрогенів корелює зі збільшенням частоти блювання. Під час вагітності нижній сфінктер стравоходу розслабляється внаслідок підвищення рівнів естрогенів і прогестерону, викликаючи гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу, що зокрема проявляється нудотою.



ReO

ВОДА ДЛЯ СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЦІЛЕЙ

РЕГІДРАТАЦІЯ
ДЕЗІНТОКСИКАЦІЯ



Mg
МАГНІЙ
до 80 мг/л

K
КАЛІЙ
до 220 мг/л

Cl
ХЛОР
до 2000 мг/л

Na
НАТРІЙ
до 1300 мг/л

Ca
КАЛЬЦІЙ
до 80 мг/л

NaHCO₃
ГІДРОКАРБОНАТ
200-400 мг/л

СОРБІТОЛ
КАЛЬЦІЙ до 90 мг/л

нормалізує діурез, знижує слабкість та інтоксикацію^{1,2}

має збалансований склад, тому допомагає відновити водно-сольовий баланс^{1,2}

має приємний смак і легко пити навіть при нудоті^{1,2}

не містить консервантів, барвників, тому безпечна для вагітних^{1,2}

Харчовий продукт для спеціальних медичних цілей. Склад: вода домінералізована (калій хлористий, натрій хлористий, кальцій хлористий, магній хлористий, натрія гідрокарбонат), вуглекислота, сорбітол. ТУ У 10.8 - 30109129-027:2016

Література: 1. Технічні умови на харчовий продукт для спеціальних медичних цілей Рео. 2. Як впоратися з неприємними симптомами токсикозу? - Щотижневик Аптека - 17 Травня 2021 - № 18/19 (1289/1290)

ЮРІЯ-ФАРМ WWW.REO.WORLD



Всесвітній день гемофілії: підвищення обізнаності та покращення доступу до медичної допомоги



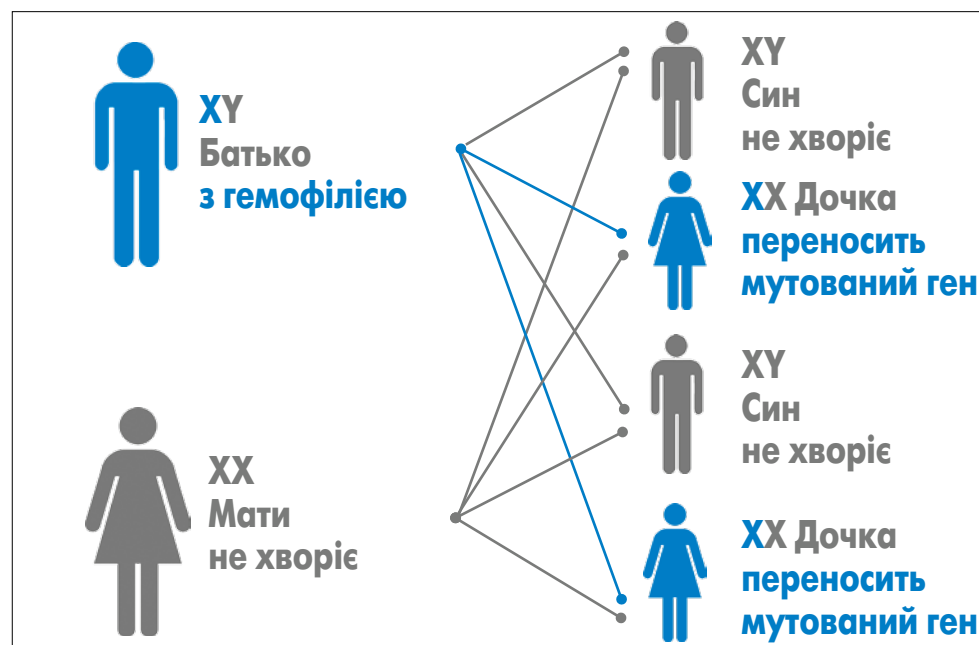
Щорічно 17 квітня відзначається Всесвітній день гемофілії (World Hemophilia Day, WHD), метою якого є підвищення обізнаності про гемофілію, хворобу фон Віллебранда та інші спадкові порушення згортання крові. Ця подія, започаткована Всесвітньою федерацією гемофілії (World Federation of Hemophilia, WFH) у 1989 році, об'єднує суспільство для покращення діагностики, лікування та підтримки мільйонів людей із гемофілією у всьому світі.

Тема WHD 2024 року – «Рівний доступ для всіх: визнання всіх порушень згортання крові». Це відображає бачення WFH «Лікування для всіх», яке полягає у створенні світу, де всі люди зі спадковими порушеннями згортання крові мають доступ до медичної допомоги, незалежно від типу порушення, статі, віку чи місця проживання. Це бачення підкреслює важливість рівності та інклюзивності в наданні медичної допомоги.



Гемофілія – орфанне генетичне захворювання, яке характеризується порушенням процесу коагуляції внаслідок дефіциту або дисфункції одного чи декількох факторів згортання крові. Найчастіше гемофілія є результатом мутацій у генах, локалізованих на X-хромосомі, що зумовлює переважне ураження осіб чоловічої статі, тоді як жінки є гетерозиготними носіями патологічного алеля.

Традиційно розрізняють два типи гемофілії: гемофілію А, спричинену дефіцитом фактора VIII (найпоширеніша форма), та гемофілію В, зумовлену дефіцитом фактора IX. Окрім спадкових форм виділяють також набуту гемофілію, яка розвивається внаслідок утворення аутоантитіл до факторів згортання крові, найчастіше – до фактора VIII. Набута гемофілія може бути асоційована з вагітністю, аутоімунними захворюваннями, онкологічними процесами та розсіяним склерозом.



Клінічна картина гемофілії характеризується значною гетерогенністю і залежить від ступеня дефіциту факторів згортання крові. При помірному дефіциті кровотечі виникають переважно після хірургічних втручань або травм, тоді як глибокий дефіцит асоціюється з високим ризиком спонтанних кровотеч і внутрішніх крововиливів.

Залежно від рівня активності дефіцитного фактора у плазмі крові виділяють три ступені тяжкості гемофілії:

- тяжкий (активність фактора VIII/IX <1%);
- середній (активність фактора VIII/IX – 1-5%);
- легкий (активність фактора VIII/IX – від 5,1% до нижньої межі нормативних значень).

Сучасні стратегії лікування гемофілії включають замісну терапію концентратами факторів згортання крові та нефакторну терапію. Замісна терапія може проводитися на вимогу (для зупинки гострих кровотеч) або як профілактичне лікування (для запобігання кровотечам та їх ускладненням).

Профілактична терапія, яка передбачає регулярне введення концентратів факторів згортання крові, є стандартом лікування пацієнтів із тяжкою та середньотяжкою гемофілією. Метою профілактичного лікування є підтримка рівня активності дефіцитного фактора >1%, що дозволяє значно знизити частоту спонтанних кровотеч і запобігти розвитку гемофілічної артропатії.

НАЙПОШИРЕНІШИМИ СИМПТОМАМИ ГЕМОФІЛІЇ Є



Гемартрози



Тривалі кровотечі з порізів або травм



Носові кровотечі



Синці

ВІСНИК online

щомісячний дайджест
для лікарів



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

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



Health-ua.com
Спеціалізований
медичний
портал



Видавничий дім
«Здоров'я України»



Health-ua.com