Здоров'я України
Видавничий дім

Здоров'я нації — добробут держави

Здоров'я України

XXI століття

МЕДИЧНА ГАЗЕТА

www.health-ua.com

№ 3 (69) 2026
12 750 примірників*
Передплатний індекс 89326

9786727235489

Акушерство
Гінекологія
Репродуктологія

Все буде Україна!

Член-кореспондент НАМН України
Тетяна Татарчук

ВПЛ-вакцинація в Україні: бар'єри, доказова база та перспективи

Читайте на сторінці ***3***

Кандидат медичних наук
Роман Закордонець

Тубооваріальні утворення та майбутня фертильність: що вирішують перші дні після операції?

Читайте на сторінці ***8***

Кандидат медичних наук
Сергій Бакшеєв

ВПЛ-асоційовані захворювання на межі другої чверті XXI століття

Читайте на сторінці ***17***

Британська асоціація перинатальної медицини

Перинатальна допомога при екстремально передчасних пологах до 27 тижнів гестації

Читайте на сторінці ***18***

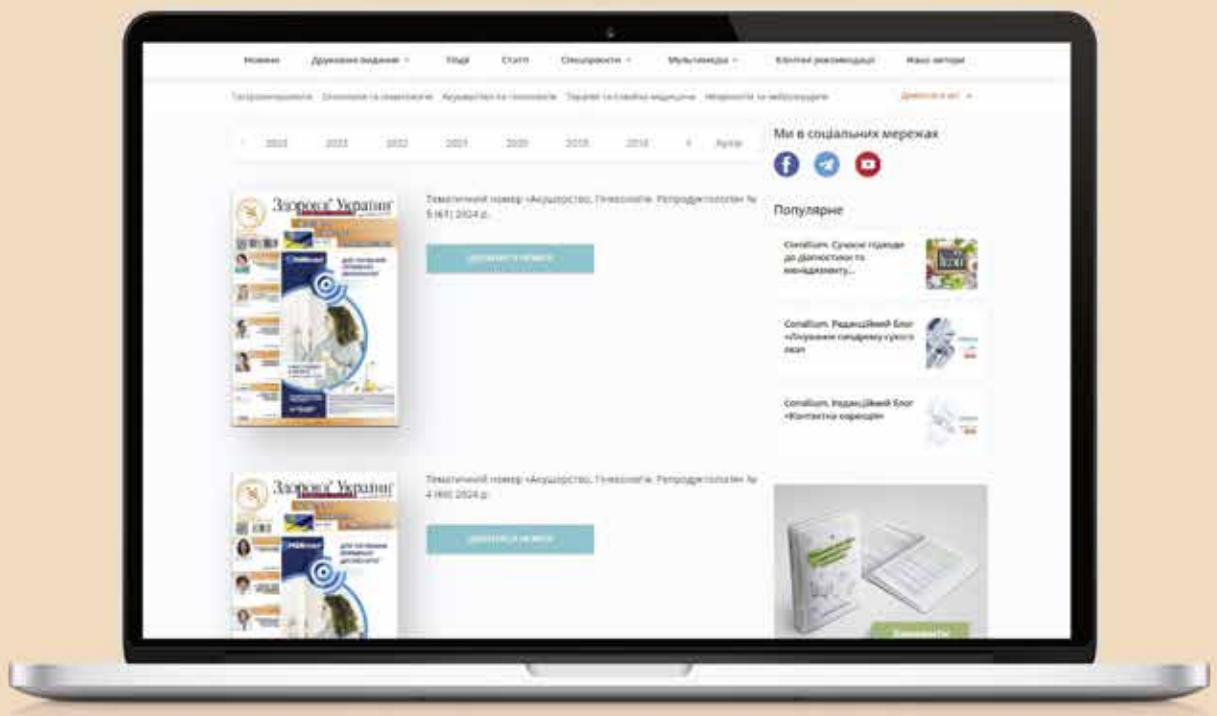
Стандарти лікування

Суїцидальна поведінка

Читайте на сторінці ***22***

Усі електронні випуски тематичного номера

«Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»



на порталі

Health-ua.com
Спеціалізований медичний портал

Інформація для лікарів. Розповсюджується на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.
* Загальний наклад із 10.05.2022

САМЕ ЧАС
ЗАХИСТИТИ ВІД ВПЛ

ГАРДАСИЛ®9

[9-валентна рекомбінантна вакцина проти вірусу папіломи людини]

ПРОДЕМОНСТРУВАЛА ЕФЕКТИВНІСТЬ

у запобіганні інфекціям та іншим захворюванням, що спричинені ВПЛ типів 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 та 58; у тому числі деяким ВПЛ-асоційованим видам раку

РЕКОМЕНДАЦІЯ, ЩО МОЖЕ ДОПОМОГТИ ЗАПОБІГТИ РАКУ ТА ІНШИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ, АСОЦІЙОВАНИМ ІЗ ВПЛ[1-3]

Гардасил® 9 допомагає забезпечити захист проти типів ВПЛ, які спричиняють приблизно:

- **90% випадків раку шийки матки;**
- **>95% випадків аденокарцином *in situ* (AIS);**
- **85–90% випадків раку вульви, пов'язаного з ВПЛ;**
- **80–85% випадків раку піхви, пов'язаного з ВПЛ;**
- **90–95% випадків анального раку, пов'язаного з ВПЛ.**

КОМУ ТА ЯК ЗАСТОСОВУВАТИ?[4]

ДІТЯМ ВІД 9 ДО 14 РОКІВ

- **ЗА СХЕМОЮ ІЗ ДВОХ ДОЗ**
- (0,5 МЛ: 0, 6-12 МІСЯЦІВ)

Якщо другу дозу вакцини вводять раніше ніж через 5 місяців після першої, то завжди слід вводити третю дозу.

ДІТЯМ ВІД 15 РОКІВ ТА ДОРОСЛИМ

- **ЗА ТРИДОЗОВОЮ СХЕМОЮ**
- (0,5 МЛ: 0, 2 ТА 6 МІСЯЦІВ)

Література

1. ВООЗ. Інформаційний бюлетень. Віпуc папіломи людини і рак шийки матки. 22.02.2022. **2.** CDC. Cancer Home. Basic Information About HPV and Cancer. https://www.cdc.gov/cancer/hpv/basic_info. **3.** Meites E. at al. Human Papillomavirus. Aug 2021, pp. 165-178. **4.** Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Гардасил® 9, вакцина проти вірусу папіломи людини 9-валентна (рекомбінантна, адсорбована). РП № UA/20128/01/01. Наказ МОЗ України № 400 від 26.03.2026.

Ключова інформація з безпеки

Гардасил® 9 являє собою ад'ювантну неінфекційну рекомбінантну 9-валентну вакцину, виготовлену з високоочищених вірусоподібних часток основного капсидного білка L1 9 типів вірусу папіломи людини (ВПЛ) (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58). ***Показання***. Вакцина Гардасил® 9 показана для активної імунізації осіб віком від 9 років для попередження наступних захворювань, спричинених ВПЛ*: передракові стани та рак шийки матки, вульви, піхви та анального каналу, спричинені типами ВПЛ, які входять до складу вакцини; генітальні кондиломи (Condyloma acuminata), спричинені певними типами ВПЛ. Вакцина застосовується лише з профілактичною метою і не впливає на активні ВПЛ-інфекції або встановлене клінічне захворювання. ***Протипоказання***. Гіперчутливість до діючих речовин або до будь-якої з допоміжних речовин. Особи з гіперчутливістю після попереднього застосування вакцини Гардасил® 9 або Гардасил не повинні отримувати Гардасил® 9. ***Спосіб застосування та дози***. Вакцину слід вводити шляхом внутрішньом'язової ін'єкції, бажано в дельтовидний м'яз плеча або передньолатеральну ділянку верхньої частини стегна. Вакцину не можна вводити внутрішньосудинно, підшкірно або внутрішньошкірно і не слід змішувати в одному шприці з будь-якими іншими вакцинами та розчинами. ***Дозування***. *В осіб віком від 9 до 14 років включно на момент першої ін'єкції* можна застосовувати за схемою із двох доз (0, 6-12 місяців). Другу дозу слід вводити у період від 5 до 13 місяців після першої дози. Якщо другу дозу вакцини вводять раніше ніж через 5 місяців після першої дози, то завжди слід ввести третю дозу. Гардасил® 9 можна застосовувати за тридозовою схемою (0, 2, 6 місяців). Другу дозу слід вводити не раніше ніж через місяць після першої дози, а третю дозу – не раніше ніж через 3 місяці після другої дози. Усі три дози слід ввести протягом 1 року. *В осіб віком 15 років і старше на момент першої ін'єкції* Гардасил® 9 слід застосовувати за тридозовою схемою (0, 2, 6 місяців). Другу дозу слід вводити не раніше ніж через місяць після першої дози, а третю дозу – не раніше ніж через 3 місяці після другої дози. Усі три дози слід ввести протягом 1 року. Особам, які отримали першу дозу вакцини Гардасил® 9, рекомендовано завершити повний курс щеплення вакциною Гардасил® 9. Необхідність застосування бустерної дози не встановлена. ***Найбільш поширені побічні реакції***: побічні реакції у місці ін'єкції та головний біль, які, зазвичай мають легку або помірну інтенсивність. Частота побічних реакцій встановлена як «дуже часті» (≥1/10): головний біль, біль у місці ін'єкції, набряк, еритема; «часті» (від ≥1/100 до <1/10): запаморочення, свербіж, гематома в місці ін'єкції, нудота, підвищена температура, стомлюваність. ***Особливі заходи безпеки та особливості застосування***. Якщо в пацієнта відзначається тяжке гостре фебрильне захворювання, то введення вакцини слід відкласти. Як і в разі застосування всіх ін'єкційних вакцин, слід забезпечити набір відповідних лікарських засобів та нагляд на випадок розвитку рідкісних анафілактичних реакцій після введення вакцини. Синкопе (непритомність), що іноді супроводжується падінням, може виникати після або навіть перед будь-якою вакцинацією, особливо в підлітків, як психогенна відповідь на ін'єкцію голкою й може супроводжуватися кількома неврологічними ознаками, наприклад тимчасовим порушенням зору, парестезією та тоніко-клонічними рухами кінцівок у період відновлення стану. Тому за вакциновними особами слід спостерігати протягом приблизно 15 хвилин після вакцинації. Гардасил® 9 слід застосувати якомога швидше після вилучення з холодильника. Перед застосуванням необхідно добре зболтати попередньо наповнений шприц для отримання суспензії та візуально перевірити суспензію на наявність механічних часток та зміну кольору. Вакцину слід застосовувати в тому вигляді, у якому вона постачається. Слід використовувати рекомендоване дозування в повному об'ємі. ***Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій***. Безпека та імуногенність в осіб, які отримували імуноглобулін або препарати крові протягом 3 місяців до вакцинації, у клінічних дослідженнях не вивчалися. *Застосування з іншими вакцинами*: Гардасил® 9 можна вводити одночасно з комбінованою бустерною вакциною проти дифтерії та правця з кашлюковим і/або поліомієлітним [інактивованим] (IPV) компонентом. Відсутні дані про безпеку, імуногенність та ефективність, які б підтверджували взаємозамінність вакцини Гардасил® 9 із бівалентними або квадривалентними вакцинами проти ВПЛ. *Застосування з гормональними контрацептивами* не впливало на типоспецифічну імунну відповідь при застосуванні вакцини Гардасил® 9. За відсутності досліджень сумісності цей лікарський засіб не слід змішувати з іншими лікарськими засобами. ***Інформація щодо застосування особливими групами населення***. *Діти віком <9 років*: безпека та ефективність застосування вакцини Гардасил® 9 не встановлені. Дані відсутні. *Вагітність*: недостатньо даних для того, щоб рекомендувати застосування вакцини Гардасил® 9 у період вагітності. Слід відкласти вакцинацію до завершення вагітності. *Лактація*: Гардасил® 9 можна застосовувати у період годування грудьми. *В осіб із порушенням імунологічної реактивності* внаслідок застосування потужної імуносупресивної терапії, генетичного дефекту, інфікування вірусом імунодефіциту людини або з інших причин реакція на вакцину може бути відсутня. Вакцину слід з обережністю вводити *пацієнтам із тромбоцитопенією або будь-якими порушеннями згортання крові* через ризик розвитку кровотечі після внутрішньом'язового введення у таких пацієнтів. **Реєстраційне посвідчення** № UA/20128/01/01. Перед застосуванням лікарського засобу, будь ласка, ознайомтесь з чинною Інструкцією для медичного застосування. Компанія MSD не рекомендує застосування лікарських засобів інакше, ніж це передбачено інструкцією для медичного застосування.

** Як і будь-яка інша вакцина, вакцинація Гардасил® 9 забезпечує захист не у всіх вакцинованих. Вакцина забезпечує захист лише проти захворювань, викликаних типами ВПЛ, на які вона спрямована. Очікується, що Гардасил® 9 забезпечує захист проти типів ВПЛ, які спричиняють (приблизно): 90% випадків раку шийки матки; більш ніж 95% випадків аденокарциноми in situ (AIS); 75-85% випадків внутрішньоепітеліальної неоплазії шийки матки високого ступеня (CIN 2/3), 85-90% випадків раку вульви, пов'язаного з ВПЛ; 90-95 % випадків внутрішньоепітеліальної неоплазії вульви високого ступеня, пов'язаної з ВПЛ (VIN 2/3); 80-85% випадків раку піхви, пов'язаного з ВПЛ; 75=85 % випадків внутрішньоепітеліальної неоплазії піхви високого ступеня, пов'язаної з ВПЛ (VaIN 2/3); 90-95 % випадків анального раку, пов'язаного з ВПЛ; 85-90 % випадків внутрішньоепітеліальної неоплазії анального каналу високого ступеня, пов'язаної з ВПЛ (AIN 2/3), та 90% випадків генітальних кондилом.*

UA-GSL-00140. Матеріал дійсний до 18 червня 2028 року.

ТОВ «МСД Україна» м. Київ, 03038, Бізнес-центр «Горизонт Парк», вул. Амосова, 12, пов. 3, корп. 1.www.msd.ua

Матеріал призначений для фахівців сфери охорони здоров'я. Для розміщення в спеціалізованих медичних виданнях. Для розповсюдження/демонстрації під час спеціалізованих медичних заходів.

Для повідомлення про небажані явища при застосуванні лікарських засобів компанії МСД, зателефонуйте нам +38 (044) 393 74 80 або напишіть на dpoc.ukraine.cis@msd.com.

Якщо у Вас виникли питання з медичної інформації про продукцію компанії МСД, напишіть нам на dpoc.ukraine.cis@msd.com. Перед призначенням лікарського засобу, будь ласка, ознайомтесь з чинною інструкцією для медичного застосування.

Компанія МСД не рекомендує застосування лікарських засобів інакше, ніж це передбачено в чинній інструкції для медичного застосування.

ВПЛ-вакцинація в Україні: бар'єри, доказова база та перспективи

24-25 квітня відбувся науково-практичний захід «Тріада інтимної візуалізації: основи менеджменту вульвовагінальної та періанальної патології», присвячений веденню патології вульви, піхви й періанальної ділянки. Оскільки значну її частину спричиняє вірус папіломи людини (ВПЛ), окремий блок програми стосувався профілактики ВПЛ-асоційованих захворювань. Три представлені доповіді вибудували послідовний логічний ланцюг від первинної профілактики до клінічної практики та перспектив: подолання бар'єрів і міфів задля ширшого охоплення вакцинацією; роль вакцинації після лікування цервікальної неоплазії та раку шийки матки; напрями подальшого розвитку вакцинопрофілактики.

Ключові слова: вірус папіломи людини, вакцинація, вульвовагінальна патологія, періанальна патологія, рак шийки матки, дев'ятивалентна вакцина, вакцинопрофілактика, Гардасил® 9.

Доповідь «ВПЛ-вакцинація в Україні: бар'єри, міфи та шляхи підвищення охоплення населення» презентувала **член-кореспондент НАМН України, президент ВГО «Асоціація гінекологів-ендокринологів України», віце-президент ГО «Українська асоціація кольпоскопії та цервікальної патології», заступник генерального директора та завідувач відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України» (м. Київ), доктор медичних наук, професор Тетяна Феофанівна Татарчук**.

Станом на 2022 рік Україна посідала перше місце у Європі за захворюваністю та смертністю від раку шийки матки (РШМ) (рис. 1) [1]. У структурі онкологічної захворюваності жінок РШМ перемістився з п'ятого місця на четверте, поступившися раку грудної залози, колоректальному раку та раку тіла матки. Значна частина онкологічної патології детермінована ВПЛ типів 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58, що у світі щороку спричиняє близько 510 тис. випадків РШМ, ~22 тис. – раку вульви та піхви, ~34 тис. і ~7,2 тис. – раку ротоглотки та ~9,9 тис. і ~17 тис. випадків раку анального каналу в чоловіків і жінок відповідно [2]. На ці типи ВПЛ припадає приблизно один із 30 нових випадків онкологічних захворювань щороку [2, 3]. Знання етіологічної ролі ВПЛ у розвитку онкопатології робить можливою цілеспрямовану профілактику цих захворювань.

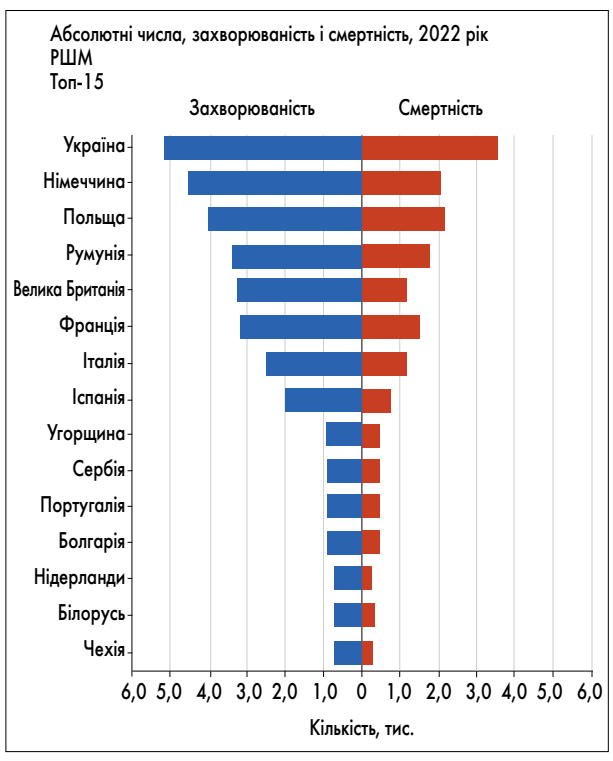


Рис. 1. Захворюваність і смертність від РШМ у Європі

ВПЛ-вакцинація: профілактика, доказові дані та схеми щеплення

Згідно з резолюцією Світового конгресу з патології шийки матки та кольпоскопії (Австралія, 1990), РШМ цілком можна запобігти за умови виявлення на стадії передраку або на ранній стадії [4]. Скринінг і рання діагностика належать до вторинної профілактики, тоді як вакцинація є первинною профілактикою, спрямованою на запобігання інфікуванню та персистенції вірусу.

Серед сучасних доступних вакцин важливу роль відіграє дев'ятивалентна вакцина проти ВПЛ (Гардасил® 9), що захищає від штамів 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 і 58 (типи 6 і 11 відповідають за кондиломи, решта є онкогенними) [5].

Клінічні програми щеплення чотиривалентною (квадривалентною) та дев'ятивалентною (нановалентною) вакцинами надають дані довгострокового спостереження тривалістю до 14 років. Ідеться про профілактичну, а не лікувальну вакцинацію – як у підлітків, так і в дорослих [6-8].

За сучасними даними, у результаті вакцинації проти ВПЛ частота аногенітальних кондилом знизилася в Англії на ~82% в осіб жіночої й на ~68% – чоловічої статі віком 15-17 років [9], у США – на 67% і 45% в осіб віком 15-19 років [10].

Вакцинація зменшує поширеність ВПЛ в анальному каналі: у чоловіків, які мають статеві контакти з чоловіками, віком 16-20 років (Австралія) поширеність ВПЛ типів 6, 11, 16, 18 знизилася на 76%, а ВПЛ високого ризику 16, 18 – на 69% [11]. У жінок віком 17-26 років (Данія), вакцинованих до 16 років, ризик інтраепітеліальної неоплазії високого ступеня (HSIL+) вульви зменшився на 78%, піхви – на 84% [12]. Довготривалі дослідження щодо РШМ після введення квадривалентної вакцини показали зниження ризику на 88% у вакцинованих до 17 років (Швеція) [13] і на 65% – у жінок 20-24 років (США) [14].

Профіль безпеки підтверджено понад 20 роками клінічної розробки: до опорних досліджень залучено осіб чоловічої статі віком 9-26 років і жіночої віком 9-45 років у 27 країнах, що загалом склало понад 29 тис. учасників для чотиривалентної та понад 15 тис. – для дев'ятивалентної вакцини (Гардасил® 9) [15].

Найчастішими небажаними явищами в досліджуваних були реакції в місці ін'єкції та головний біль, переважно легкого або помірного ступеня.

Для вакцини Гардасил® 9 в осіб віком 9-15 років продемонстровано 100% ефективність за відсутності випадків генітальних кондилом або HSIL упродовж 10 років (≥95% серопозитивності) [16], а в жінок 16-26 років – 100% ефективність за відсутності випадків цервікальної інтраепітеліальної неоплазії (CIN) 3-го ступеня, аденокарциноми *in situ* (AIS) або РШМ, раку вульви чи піхви впродовж 8 років [17].

Професор Т.Ф. Татарчук вказала на існуючі перешкоди для вакцинації, зокрема недостатність знань і відсутність рекомендації лікаря, знижене відчуття ризику в дорослих у моногамних стосунках, а також сором і стигма. За даними дослідження групи батьків дітей 9-18 років, опублікованими в журналі «Репродуктивна ендокринологія» (2024) [18], найпоширенішими були невпевненість у безпеці вакцини, сумніви в ефективності, недовіра до медичної системи та виробників; рідше – CIN, надто юний вік дитини, недовіра до нових вакцин, релігійні переконання та конспірологічні теорії.

Частину дослідження щодо медичних працівників опубліковано у BMJ Open (2025) [19]. Як виявилося, серед фахівців поширена хибна думка про формування стійкого імунітету після інфікування, хоча відомо, що природна імунна відповідь на ВПЛ слабка й нетривала; значна частина медиків вважають щеплення марним у сексуально активних пацієнтів і безпідставно призначають тестування на ВПЛ перед вакцинацією. Знання нерідко фрагментовані: побутують міфи про короткотривалу дію вакцини (5-6 років) та її можливий зв'язок із безпліддям, а ВПЛ часто асоціюють лише зі шкірними проявами.

Рекомендація медичного працівника тісно пов'язана з вакцинацією населення: за даними США, дорослі віком 18-45 років мали більш ніж в 11 разів вищу ймовірність бути вакцинованими за наявності такої рекомендації. Якби пацієнтам розповідали про ризик раку, готовність вакцинуватися була б вищою.

Вакцинацію проти ВПЛ включено як обов'язкову до Національного календаря щеплень (наказ МОЗ України від 05.03.2025 № 396) – одна доза для дівчаток 12-13 років коштом державного бюджету [20].

Станом на серпень 2025 року національні програми вакцинації затверджено у 194 країнах і територіях.

Схеми щеплення залежать від віку: в осіб 9-14 років застосовують дводозову (0-5 – 13 міс; за коротшого інтервалу потрібна третя доза) або тридозову (0 – 2 – 6 міс) схему, від 15 років – лише тридозову (0 – 2 – 6 міс) з інтервалами мінімум 1 і 3 міс та завершенням курсу протягом року. Затримки між дозами допустимі: інтервал між першою і другою дозами у 3-8 років (у середньому ~5,4 року) зберігає 100% сероконверсію та титри антитіл, не нижчі за стандартний 6-місячний інтервал [21-23].

Доповідач навела формулу американських педіатрів «1+2=6» (одна вакцина, дві дози, профілактика шести видів раку) як інструмент комунікації та згадала про стратегію ВООЗ «90-70-90» до 2030 року, у якій скринінг зберігає своє значення попри вакцинацію [24-26].

Продовження на стор. 11.

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

Редакційна колегія

К.М. Амосова, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України

Г.М. Бутенко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, директор ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»

Ю.В. Вороненко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, керівник наукової школи кафедри управління охороною здоров'я Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика

С.І. Герасименко, д. мед. н., професор, 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, президент Асоціації сексологів і андрологів України, директор Українського інституту сексології та андрології

Ю.В. Давидова, д. мед. н., професор, завідувач відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України»

Д.І. Заболотний, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член президії НАМН України, в.о. директора Інституту отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України

Д.Д. Іванов, д. мед. н., професор, завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика

В.В. Корпачов, д. мед. н., професор, 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, член президії НАМН України, директор ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф.Чеботарьова»

Ю.М. Мостовой, д. мед. н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

В.І. Паньків, д. мед. н., професор, завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань 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. Пасєчнікова, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, в.о. директора ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»

С.С. Страфун, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, керівник відділу мікрохірургії та реконструктивно-відновлювальної хірургії верхньої кінцівки, 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, член президії НАМН України, в.о. директора Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України

Ю.І. Фещенко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, генеральний директор ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»

Н.В. Харченко, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії НУОЗ ім. П.Л. Шупика

В.І. Цимбалюк, д. мед. н., професор, академік НАМН України, почесний президент НАМН України

В.П. Черних, д. фарм. н., д. хім. н., професор, академік НАН України, почесний ректор Національного фармацевтичного університету МОЗ України

Засновник – **Ігор Іванченко**
Медична газета «Здоров'я України»
Тематичний номер «Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»

Видавець: ТОВ «Медичні аспекти здоров'я людини»

Ідентифікатор медіа R30-05251
Передплатний індекс: 89326
Шеф-редактор **Анна Хиць**

Поштова адреса:
офіс 23а, вул. Світлицького, 35, м. Київ, 04215.
E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com.
Тел.: +380 (95) 117-34-36.

Редакція . . . . . a.khyts@health-ua.com
Відділ маркетингу . . . . . karina@health-ua.com
Відділ передплати
та розповсюдження . . . . . podpiska@health-ua.com.

Газету віддруковано: ТОВ «Бізнес-Логіка»
03124, м. Київ, провулок Матущака Юрія, будинок 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №3693
від 02.02.2010 р.

Підписано до друку: липень 2026 р.
Замовлення № 13856.

Загальний наклад – **12 750** прим.

Редакція може публікувати матеріали, не поділяючи погляди авторів. За достовірність фактів, цитат, імен та інших відомостей відповідають автори. Редакція залишає за собою право редагувати та скорочувати надані матеріали.

Матеріали з позначкою «Реклама» містять інформацію рекламного характеру про медичні вироби та методи профілактики, діагностики, лікування і реабілітації, медичні лабораторії, послуги медичних клінік, медичну апаратуру, біологічно активні добавки, харчові продукти для спеціального дієтичного споживання, функціональні харчові продукти та дієтичні добавки тощо, а також про лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря та не внесені до переліку заборонених до рекламування лікарських засобів.

Публікації з позначкою ⓘ містять інформацію про лікарські засоби, застосування та відпуск яких дозволяється лише за рецептом лікаря, а також про ті, які внесені до переліку заборонених до рекламування лікарських засобів. Публікації з позначкою ⓘ призначені для медичних установ, лікарів і фармацевтів, а також для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах із медичної тематики.

Правовий режим інформації, викладеної у цьому виданні або наданої для розповсюдження на спеціалізованих заходах із медичної тематики, визначається Законом України № 123/96-ВР «Про лікарські засоби», а також Законом України № 270/96-ВР «Про рекламу».

Відповідальність за зміст рекламних та інформаційних матеріалів, а також за їх відповідність вимогам чинного законодавства несуть особи, які подали їх для розміщення у виданні. Повне або часткове відтворення та тиражування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається тільки з письмового дозволу видавця та з посиланням на джерело. Рукописи не повертаються і не рецензуються.

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

НОВИНИ

Новий метод оцінки плаценти наближає раннє виявлення ризиків вагітності

Попри значний прогрес пренатальної діагностики, оцінка плаценти досі не є рутинною складовою спостереження за вагітністю. Водночас саме плацента забезпечує плід киснем і поживними речовинами, а її структурні порушення асоціюються із затримкою внутрішньоутробного розвитку, прееклампсією, передчасними пологами та мертвонародженням. Однією з найбільш інформативних ознак плацентарної недостатності вважають невідповідно малий об'єм плаценти відносно розмірів плода, однак практичне визначення цього показника досі було складним і малодоступним.

У The Journal of Perinatal Medicine опубліковано результати дослідження, яке продемонструвало ефективність спрощеного методу оцінки розрахункового об'єму плаценти (Estimated Placental Volume, EPV). Метод розробили в Єльському університеті (США) як доступну альтернативу тривимірній ультразвуковій технології Virtual Organ Computer-aided Analysis (VOCAL), що нині вважається еталонним способом визначення об'єму плаценти, але потребує дорогого обладнання, спеціальної підготовки оператора та додаткового часу.

Принцип EPV надзвичайно простий. Під час стандартного двовимірного ультразвукового дослідження визначають ширину, висоту та товщину плаценти, після чого за спеціальною математичною формулою обчислюють її орієнтовний об'єм. Для виконання дослідження достатньо звичайного або портативного ультразвукового апарата, а сама процедура триває 30 секунд і не потребує складних маніпуляцій.

Для перевірки точності нового підходу дослідники виконали дво- та тривимірне ультразвукове дослідження 58 жінкам із фізіологічною вагітністю під час одного візиту. Здобуті результати порівняли між собою та виявили практично повну відповідність між розрахунковим об'ємом плаценти за методом EPV і показниками, отриманими за допомогою VOCAL.

Автори технології наголошують, що акушери-гінекологи протягом десятиліть регулярно контролюють ріст плода, однак майже не оцінюють розвиток органа, від якого цей ріст безпосередньо залежить. Включення кількісної оцінки плаценти до стандартного ультразвукового обстеження може значно розширити можливості раннього виявлення вагітностей високого ризику ще до появи клінічних проявів плацентарної недостатності.

Технологія профінансована Національними інститутами охорони здоров'я США, і сьогодні вже тривають подальші дослідження, покликані визначити, у яких категорій вагітних застосування EPV матиме найбільшу прогностичну цінність. Якщо ефективність методу підтвердиться у великих клінічних дослідженнях, його можна буде інтегрувати до рутинного пренатального скринінгу. Простота, швидкість виконання та мінімальні вимоги до обладнання роблять EPV перспективним інструментом для ранньої оцінки функціонального стану плаценти.

Джерело: https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/jpm-2026-0110/html

Гіперемезис вагітних асоціюється з підвищеним ризиком акушерських ускладнень

Гіперемезис вагітних є найтяжчою формою нудоти та блювання під час вагітності, яка супроводжується вираженою дегідратацією, значною втратою маси тіла та порушенням харчування. Хоча легкі прояви нудоти спостерігаються в більшості вагітних і зазвичай не впливають на гестаційний період, тяжкий перебіг цього стану дедалі частіше розглядають як фактор підвищеного акушерського ризику.

В American Journal of Epidemiology опубліковано результати одного з найбільших популяційних досліджень, проведеного фахівцями Stanford Medicine, мережі провідних клінік і наукових установ штату Каліфорнія, США. Аналіз охопив майже 2,5 млн одноплідних вагітностей у Каліфорнії. Дослідники порівнювали перебіг вагітності в жінок, які потребували госпіталізації або невідкладної допомоги із приводу гіперемезису, із вагітними без такого ускладнення.

Гіперемезис був зареєстрований у 2,2% випадків. Отримані дані продемонстрували, що тяжкі форми захворювання асоціюються з вищою частотою прееклампсії, гестаційної артеріальної гіпертензії, передчасних пологів, народження дітей із малою масою для відповідного гестаційного віку, анемії та передчасного відшарування плаценти.

Після корекції на потенційні фактори впливу ризик прееклампсії в жінок із гіперемезисом був вищим на близько 18%, імовірність передчасних пологів зростала на чверть, а частота анемії збільшувалася майже на 37%. Також відзначали помірне, але статистично значуще підвищення ризику передчасного відшарування плаценти.

Одним із можливих механізмів несприятливого впливу дослідники вважають хронічний дефіцит поживних речовин. Через тривалу нудоту та блювання пацієнтки нерідко не можуть забезпечити достатнє надходження фолатів, заліза та інших мікронутрієнтів, необхідних для нормального розвитку плаценти та плода. Раніше було показано, що частина жінок із гіперемезисом втрачають понад 15% маси тіла, яку мали до вагітності.

Цікавим спостереженням стало те, що госпіталізація у II триместрі супроводжувалася більшою ймовірністю ускладнень, порівнюючи з випадками, коли тяжкі симптоми виникали на ранніх термінах. Це свідчить про несприятливий вплив тривалого або персистуючого перебігу захворювання.

Автори наголошують, що більшість вагітностей навіть за наявності гіперемезису завершуються народженням здорової дитини. Водночас госпіталізацію із приводу такого ускладнення доцільно розглядати як клінічний маркер підвищеного ризику, який потребує більш ретельного спостереження за станом матері та плода. Загалом, отримані дані підкреслюють, що гіперемезис вагітних не слід розцінювати лише як «тяжкий токсикоз», а необхідно сприймати як стан, що вимагає активного клінічного контролю.

Джерело: https://academic.oup.com/aje/advance-article-stract/doi/10.1093/aje/kwag134/8708752?login=false

ЗМІСТ

АКУШЕРСТВО

Материнський вік як незалежний фактор ризику перинеальної травми та акушерського ушкодження анального сфінктера у першороділь 10

Перинатальна допомога при екстремально передчасних пологах до 27 тижнів гестації

Клінічна настанова Британської асоціації перинатальної медицини (BAPM) 2026 року 18-19

ОНКОГІНЕКОЛОГІЯ

ВПЛ-вакцинація в Україні: бар'єри, докази та перспективи

Т.Ф. Татарчук, Н.А. Володько, О.О. Самохвалова 3, 11

РЕПРОДУКТОЛОГІЯ

Тубооваріальні утворення та майбутня фертильність: що вирішують перші дні після операції?

Р.М. Закордонець, А.І. Степаненко, І.О. Доскоч. 8-9

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Поліендокринний метаболічний овуляторний синдром – нова назва синдрому полікістозних яєчників: глобальний консенсус 6-7

Дефіцит вітаміну B_{12} як міждисциплінарна проблема: сучасні виклики та шляхи вирішення

За матеріалами симпозіуму «B_{12} Revolution: новий погляд на дефіцити»

Т.Ф. Татарчук, Л.К. Соколова, І.А. Жабченко та ін. 13-15

ВПЛ-асоційовані захворювання на межі другої чверті XXI століття

С.М. Бакшеєв. 17

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Інфогігієна для лікаря й пацієнта: кейс Німесилу як тест на довіру до соцмереж 21

Суїцидальна поведінка

Стандарт медичної допомоги 22-28

Поліендокринний метаболічний овуляторний синдром – нова назва синдрому полікістозних яєчників: глобальний консенсус

Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) уражає одну з восьми жінок і охоплює широкий спектр ендокринних, метаболічних, репродуктивних, психологічних і дерматологічних порушень. Попри це назва, яка існувала в останні десятиліття, відображала лише уявну патологію яєчників і не відповідала справжній природі захворювання. У травні 2026 року в журналі The Lancet опубліковано результати глобального консенсусного процесу, який завершився ухваленням нової назви – поліендокринний метаболічний овуляторний синдром. Ініціатором змін виступила міжнародна спільнота: проєкт об'єднав 56 академічних, клінічних і пацієнтських організацій, а також охопив 14 360 респондентів – пацієнток і мультидисциплінарних фахівців з усіх регіонів світу. Процес поєднав модифіковані методики Дельфі, техніку номінальної групи та маркетинговий аналіз. Перевагу надали точній новій назві, яка зберігає певну спадкоємність з абревіатурою СПКЯ і відображає мультисистемну патофізіологію стану, відмовляючись від хибного посилання на кісти яєчників. Цей огляд узагальнює аргументацію, методологію та практичні наслідки перейменування даного клінічного стану для акушерів-гінекологів.

Ключові слова: синдром полікістозних яєчників, поліендокринний метаболічний овуляторний синдром, гіперандрогенія, інсулінорезистентність, репродуктивне здоров'я, консенсусний процес, номенклатура, метод Дельфі.

Передумови та обґрунтування зміни назви

СПКЯ уражає близько 170 млн жінок лише протягом репродуктивного віку [1]. Діагноз встановлюють після виключення інших розладів за критеріями міжнародних рекомендацій: у дорослих (віком ≥20 років) – за наявності щонайменше двох із трьох ознак, а саме олігоановуляції, клінічної чи біохімічної гіперандрогенії та полікістозної морфології яєчників за даними ультразвукового дослідження або підвищеного рівня антимюллерового гормону (АМГ); у підлітків (10-19 років) обов'язковими є перші дві ознаки [2-4].

Тривалий час СПКЯ сприймали переважно як гінекологічний чи овуляторний розлад. Накопичені дані, синтез доказів і міжнародні настанови засвідчили, що в основі стану лежать порушення регуляції інсуліну, андрогенів, а також нейроендокринних і овуляторних гормонів [2-5]. Клінічні прояви охоплюють метаболічні (ожиріння, дисглікемія, цукровий діабет 2 типу, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, метаболічно-асоційована стеатотична хвороба печінки, серцево-судинні захворювання, апное сну), репродуктивні (порушення овуляції, нерегулярний менструальний цикл, безпліддя, ускладнення вагітності, рак ендометрія), психологічні (депресія, тривога, знижена якість життя, розлади харчової поведінки) та дерматологічні (акне, алопеція, гірсутизм) зміни [2-5]. Індекс маси тіла у жінок із цим станом зазвичай вищий, ніж у жінок без нього, і впливає на тяжкість перебігу [6]. Сукупно стан має мультисистемний вплив на здоров'я і становить дедалі більший медичний та економічний тягар [1, 7].

Назва СПКЯ, що існувала дотепер, не охоплювала широкого спектра клінічних ознак. Попри те що порушення фолікулогенезу трапляється часто, патологічні кісти яєчників при цьому стані не є збільшеними [8-10]. Ці розбіжності затримують діагностику – до 70% уражених осіб залишаються недіагностованими – і сприяють поширеним прогалинам у знаннях та незадоволеності пацієнток [11-13]. Ще у 2012 році робоча група Управління профілактики хвороб Національних інститутів здоров'я США (NIH) із науково обґрунтованої методології вказала на проблеми та неточність назви і рекомендувала її змінити [14].

Попри те що неточність і хибність цього терміна доведені вже давно, попередні спроби змінити назву постійно заходили в глухий кут. Пацієнтські групи разом із лідерами репродуктивної медицини послідовно обстоювали зміну [8, 9, 15, 16]. Експертні коментарі, настанови й опитування підтверджували обмеженість вузького репродуктивного фокусу, відзначаючи тривалу плутанину серед пацієнток і клініцистів, фрагментованість політики й адвокації та наслідки для діагностики, допомоги, результатів і досліджень [2, 8, 9, 15]. Утім попередні ініціативи не мали успіху через брак глобального лідерства. Щоб зміна справді відбулася, необхідно було скоординувати дії пацієнтських організацій, дійти міжнародного консенсусу щодо нової назви та розробити комплексну стратегію її впровадження [8, 9].

До серії опитувань і робочих зустрічей у межах лонгітюдного глобального дослідження було залучено як пацієнток, так і фахівців. Результати засвідчили, що стара назва й досі викликає чимало плутанини [9]. За даними, 84% респондентів підтримали глобальний консенсусний процес для визначення і впровадження нової назви разом зі стратегіями освіти й впровадження. Результати супровідної оцінки впливу засвідчили, що очікувана користь від зміни назви переважає ризики [9]. На підставі цих даних, доказової бази та активного лідерства британської благодійної організації Verity Центр досконалості досліджень жіночого здоров'я в репродуктивному житті Університету Монаша та Товариство з вивчення надлишку андрогенів і СПКЯ (AEPCOS) започаткували глобальну ініціативу з чітким мандатом на зміну назви [9].

Глобальне залучення та організація процесу

Австралійська національна рада з питань охорони здоров'я та медичних досліджень надала фінансування Центру передових досліджень в галузі жіночого здоров'я та репродуктивного життя, який забезпечив керівництво разом із AEPCOS – міжнародним мультидисциплінарним товариством, орієнтованим на освіту й обізнаність, та Verity. Було створено міжнародну керівну групу з представників провідних установ, визначено й залучено пацієнтські групи та професійні товариства з Міжнародної мережі настанови щодо СПКЯ із цілеспрямованим орієнтуванням на ширше коло дисциплін та регіонів світу [2].

У квітні 2025 року організаціям-членам було розіслано листи із запрошенням до участі в поширенні опитувань, висуванні представників на робочі зустрічі та внеску у впровадження й розповсюдження нової назви. Спираючись на результати попередніх опитувань, було розроблено й поширено глобальні опитування, а також проведено міжнародні зустрічі з досягнення консенсусу з використанням надійних методів, що відповідають процесам James Lind Alliance [17-19].

Структурований багатоетапний процес мав визначені стадії. Фінансування для зміни назви та перекладу отримано у вересні 2024 року. У грудні 2024 року створено міжнародну структуру врядування і залучено пацієнтські організації, професійні товариства та експертів із власним досвідом і мультидисциплінарних фахівців. Опитування за методикою Дельфі передбачало, що на основі 7708 відповідей попередніх опитувань два додаткові глобальні опитування (запущені у квітні 2025 року та січні 2026 року) згенерували ще 14 360 відповідей від 10 411 пацієнток і 3949 фахівців, які визначили принципи, підходи, термінологію та комбінації для нової назви. Номінальні групові робочі зустрічі у листопаді 2025 року та лютому 2026 року послідовно тестували ендокринні, метаболічні та репродуктивні терміни, поєднання й абревіатури з пріоритезацією за точністю, прийнятністю і культурною відповідністю. У грудні 2025 року застосували брендингові й комунікаційні підходи для оцінки здійсненності, ясності та стратегій переходу. Узгодження нової назви між пацієнтками і фахівцями відбулося в лютому 2026 року, упродовж 2025-2026 років розроблялася дорожня карта переходу.

Опитування за методикою Дельфі

Нові опитування ґрунтувалися на результатах двох раніше опублікованих опитувань і зустрічей 2017 та 2023 років і враховували огляд літератури та консультації з фахівцями й пацієнтками [9]. Застосували цілеспрямований стратифікований невипадковий підхід до формування вибірки, набираючи учасників через партнерські професійні товариства та пацієнтські організації з цільовим відбором для досягнення мультидисциплінарної репрезентації в усіх регіонах світу. Формального розрахунку обсягу вибірки не проводили; її обсяг визначався метою забезпечити широку глобальну репрезентативність регіонів і дисциплін.

Опитування А містило історичний вступ та обґрунтування, опис необхідності зміни назви з пов'язаною пояснювальною заявою, схвалення етичного комітету і деталі відповідної згоди. Демографічні дані охоплювали вік, країну і тип учасника (пацієнтка чи фахівець). Запитання були здебільшого однаковими для пацієнток і лікарів, крім використання простої мови та пояснення технічних термінів для жінок. Передбачалося використання шкали Лікерта і полів для вільної відповіді. Додаткові принципи найменування включали наукову точність, легкість комунікації, уникнення стигми та культурну відповідність. Запропоновані підходи передбачали ухвалення загальної (генеричної) назви, точної назви, що відображає ознаки стану, або назви, яка зберігає абревіатуру СПКЯ в поєднанні з іншими термінами. Принципи, бажаний підхід і відповідні варіанти переносилися на наступні етапи.

Опитування А надавали на кількох онлайн-платформах англійською, китайською, німецькою, перською і малайською мовами для оптимізації глобального охоплення; ці мови обрали прагматично з огляду на найпоширеніші мови світу та доступність учасників робочих зустрічей для перекладу, валідації й поширення. Поле для вільних коментарів приймало будь-яку мову. Посилання поширювали через залучені товариства й пацієнтські групи, соціальні мережі та мережі керівного комітету; опитування було відкрите з 1 квітня до 1 жовтня 2025 року.

Опитування В сформували для розв'язання конкретних суперечностей, що виникли після робочої зустрічі А, зокрема щодо репродуктивного терміна та остаточної бажаної назви; воно було відкрите з 20 по 31 січня 2026 року.

Робочі зустрічі та залучення пацієнток

Набір учасників робочих зустрічей був ретельним і цілеспрямованим з огляду на представленість регіонів світу. Серед пацієнток були лідери пацієнтських організацій та представниці громад, серед фахівців – представники ключових дисциплін і провідні світові експерти. Усі учасники заповнювали онлайн-форму виявлення зацікавленості, указавши доступність робочих зустрічей, країну, етнічну приналежність, організацію, що їх висувала, та дисципліни. Остаточний список запрошень затверджував керівний комітет. Фінансових стимулів за участь у проєкті передбачено не було, крім відшкодування часу і внеску провідних представників пацієнток у керівному комітеті.

Перед робочою зустріччю А учасники мали підписати кодекс поведінки щодо очікуваної поведінки, конфіденційності та дотримання ембарго на публікацію. Зустріч проходила у форматі відеоконференції; вона включала вступ, виклад кодексу поведінки, презентацію результатів опитувань щодо принципів і підходів та презентації найбільш точної й підтримуваної термінології. Учасники брали участь у роботі малих груп, після чого індивідуально голосували онлайн за бажані терміни; процес повторювали після об'єднання термінів у нову назву. Малі групи формували заздалегідь для збалансованого представництва пацієнток, дисциплін і регіонів. Кожну групу спільно модерували пацієнтка та фахівець, а незалежні спостерігачі стежили за дотриманням кодексу поведінки.

Verity очолила відновлення ініціативи з перейменування у 2023 році. Упродовж процесу дотримувалися настанови Австралійського альянсу досліджень у сфері охорони здоров'я щодо залучення пацієнток, що підтримувало активне й шанобливе партнерство, у якому жінок цінували за їхній життєвий досвід і залучали як активних учасниць із розподіленою відповідальністю [20]. Пацієнтки були інтегрально залучені на всіх етапах – врядування, спільного розроблення опитувань, підготовки зустрічей, презентацій, поширення і комунікації. Стратегію впровадження спільно

розробляли експерти з науки впровадження у партнерстві з пацієнтками на основі принципів опитування A, оцінки впливу попереднього опитування, Консолідованої основи для впровадження результатів досліджень та рекомендацій експертів із реалізації змін, маркетингового внеску та відгуків з робочих зустрічей [9, 21, 22]. Етичне схвалення отримали від Комітету з етики Monash Health.

Результати: принципи, підходи та ключові терміни

Керівна група складалася з голови, двох пацієнток і семи мультидисциплінарних фахівців – представників трьох континентів – й академічного керівника проєкту. Рада AEPCOS виконувала консультативну функцію. Залучені організації представляли різні регіони світу і дисципліни, зокрема акушерство та гінекологію, репродуктологію, ендокринологію, педіатрію, дерматологію, променеву діагностику, первинну допомогу, нутриціологію і психологію.

Опитування A охопило відповіді 9358 пацієнток і 3656 медичних працівників. У робочих зустрічах взяли участь 27 пацієнток і 63 фахівці, а в опитуванні B – відповідно 1053 і 293 із широким глобальним представництвом. Через широку багатоканальну стратегію розповсюдження інформації частку відгуку на опитування A визначити не вдалося. Робоча зустріч A відбулася в листопаді 2025 року за участю 90 представників. Опитування B розіслали учасникам, які погодилися на повторний контакт (n=2733), і отримали 1346 відповідей (частка відповідей – 49%).

Керівні принципи були підтверджені в результатах опитувань і схвалені на робочій зустрічі A, причому більшість пацієнток і фахівців їх підтримали. Найсильнішою серед пацієнток була підтримка уникнення стигми, а серед фахівців – точності. Принципи охоплювали підтримку клінічної допомоги, досліджень і поліпшення результатів у сфері охорони здоров'я; наукову й медичну точність із відмовою від хибного посилання на кісти яєчників; ясність і комунікативність; уникнення стигми, особливо термінів, прямо пов'язаних із репродукцією або фертильністю; культурну й мовну відповідність; здійсненність впровадження.

Пріоритетним підходом за результатами опитування стало ухвалення нової назви на основі симптомів (за це проголосували 86% пацієнток і 71% фахівців). Другим за рейтингом був генеричний тип назви на кшталт діабету чи астми (45% пацієнток і 54% фахівців), третім – збереження абревіатури СПКЯ (20% пацієнток і 40% фахівців). Підхід підтвердили на робочій зустрічі A. У вільних коментарях переважали давні очікування пацієнток щодо точної назви, яка поліпшує розуміння ширших ознак стану і відображає його як жіноче захворювання; окремі відповіді наголошували на потребі враховувати наслідки для осіб різних гендерів. На підставі цих результатів у робочих зустрічах далі досліджували лише підхід нової, точної, заснованої на симптомах назви.

Результати опитування A показали, що терміни «ендокринний» і «поліендокринний», «метаболічний» і «кардіометаболічний», а також «овуляторний», «оваріальний» і «репродуктивний» підтримали більшість учасників. На робочій зустрічі A малі групи підтвердили підтримку зміни назви; лише двоє учасників не підтримали її, посилаючись на еволюцію наукових уявлень про генетичний компонент стану, можливий чоловічий фенотип і занепокоєння щодо ребрендингу. Ендокринні й метаболічні терміни знайшли підтримку, проте навколо терміна «репродуктивний» постійно виникали застереження. Попри узгодженість із генетикою, патофізіологією і клінічними ознаками, визнавали його потенціал спричиняти соціальну стигматизацію в деяких культурах. Альтернативний термін «овуляторний» вважали менш стигматизуючим, проте він не охоплював ширших репродуктивних ознак і не виходив за межі менопаузи. Після обговорень перевагу віддали «овуляторному» перед «репродуктивним» попри занепокоєння щодо його вузькості.

Формування назви та остаточне рішення

На робочій зустрічі A бажані терміни поєднали у назви-кандидати, які оцінили щодо дублювання, вимови, стигми та культурних наслідків. Деякі варіанти виключили – наприклад, поєднання, абревіатура якого збігалася б із близькосхідним респіраторним синдромом. Варіант «ендокринний метаболічний овуляторний синдром» (EMOS), що спершу посів перше місце, виявився співзвучним із молодіжною субкультурою емо. Ці питання разом із дискусією щодо найдоречнішого репродуктивного терміна унеможливили консенсус щодо остаточної назви на цьому етапі й засвідчили потребу в додаткових процесах залучення.

Перегляд усіх відповідей і дискусій у малих групах, а також повторний розгляд альтернативних термінів із підтримкою більшості виокремили «поліендокринний» і «оваріальний» як можливі альтернативи. Безоплатна експертна оцінка провідної глобальної маркетингової агенції, зокрема із застосуванням інструментів штучного інтелекту, не виявила додаткових термінів чи назв поза вже розглянутими. Рекомендували еволюційний ребрендинг, що зберігає певну спадкоємність із наявною назвою чи абревіатурою і подається як оновлення, а не революційний ребрендинг, який мав би на увазі новий стан.

Опитування B у січні 2026 року дало 1346 відповідей з усіх регіонів світу. Серед запропонованих термінів «оваріальний» і «овуляторний» за опитуванням найвище посів «овуляторний», проте тематичний аналіз вільних відповідей підтвердив обмеження цих варіантів через неповне відображення оваріальних, ендокринних і фолікулярних порушень і неактуальність після менопаузи. «Поліендокринний» включили як варіант поряд із «ендокринним» з огляду на підтримку більшості в опитуванні A, застереження щодо культурних наслідків абревіатури EMOS та через те, що він пропонував еволюційний маркетинговий підхід зі схожістю до наявної абревіатури СПКЯ. На робочій зустрічі B розглянули всі результати та вільні коментарі щодо термінів, пов'язаних із яєчниками, причому «оваріальний» за попередніми опитуваннями підтримали 62% пацієнток і 67% фахівців. Зрештою голосування пріоритезувало «оваріальний» (як такий, що охоплює ендокринні, фолікулярні й овуляторні порушення) над «оваріум» чи «овуляторним».

Найвище в опитуванні B оцінили назву «поліендокринний метаболічний овуляторний синдром». На робочій зустрічі B її переглянули на «поліендокринний метаболічний оваріальний синдром». Усі учасники підтримали нову назву, окрім двох, які також не підтримували зміну. Окремо було наголошено на потребі уважного підходу до перекладу назви іншими мовами.

Наукове підґрунтя нової назви

Поліендокринний метаболічний оваріальний синдром охоплює множинні взаємопов'язані ендокринні порушення, а не ізольований оваріальний розлад [5, 23-25]. Метааналізи масштабних геномних досліджень і нещодавні визначальні роботи підтверджують полігенне походження стану через нейроендокринні, метаболічні й репродуктивні шляхи [26, 27]. Гіперандрогенія є визначальною ендокринною й діагностичною ознакою; підвищені оваріальні, а нерідко й наднирникові андрогени зумовлюють гірсутизм, акне, алопецію та метаболічні прояви [2, 28, 29]. Центральні нейроендокринні порушення включають посилену пульсацію гонадотропін-рилізинг-гормону з подальшим підвищенням рівня лютеїнізуючого гормону, що стимулює надмірну продукцію оваріальних андрогенів [24]. Інсулінорезистентність і компенсаторна гіперінсулінемія, наявні у 85% уражених осіб (й у 75% худорлявих жінок з індексом маси тіла ≤25 кг/м2 зі станом), підсилюють секрецію андрогенів і порушують стероїдогенез, що вказує на метаболічно-ендокринну взаємодію [30, 31]. Змінені концентрації АМГ, оваріальна ендокринна функція, сигналізація адипокінів і взаємодії «кишечник – гормони» впливають на клінічні ознаки, зокрема репродуктивні й метаболічні [5, 32]. Поєднання ендокринних порушень лежить в основі ризиків вагітності, що поглиблюються метаболічними чинниками [33, 34].

Метаболічні порушення лежать в основі стану від генетичного походження до клінічних проявів [2, 5, 26, 35]. Інсулінорезистентність уражає більшість осіб зі станом і сприяє надлишку андрогенів, що разом із низькорівневим запаленням, дисфункцією сигналізації адипокінів і симпатичної нервової системи зумовлює метаболічну дисфункцію [5, 36]. Ожиріння, особливо центрального типу, поширене у цих пацієнток, визнане причинним за даними менделівської рандомізації і поглиблює тяжкість симптомів [2, 37]. Способи модифікації способу життя, фармакологічні й хірургічні втручання з контролю маси тіла продемонстрували клінічну користь [37-39, 40]. Кардіометаболічні ускладнення – порушена толерантність до глюкози, гестаційний діабет, метаболічно-асоційована стеатотична хвороба печінки, цукровий діабет 2 типу, дисліпідемія, артеріальна гіпертензія і судинна дисфункція – є вираженими й поглиблюються ожирінням, формуючи серцево-судинний ризик [2, 5, 35, 41, 42]. У переважно пременопаузальних жінок відношення шансів комбінованого серцево-судинного захворювання становить 1,68, інфаркту міокарда – 2,50, інсульту – 1,71 порівняно із жінками без стану [43]. Ці дані підтверджують включення метаболічного терміна в оновлену номенклатуру.

Оваріальна дисфункція є визначальною ознакою стану з генетичним походженням і порушеннями ендо- та паракринної функції під час репродуктивного періоду і після нього [5]. Нейроендокринні порушення зумовлюють розлади оваріального стероїдогенезу та дозрівання фолікулів, а гіперінсулінемія посилює дисрегуляцію клітин гранульози і теки, поглиблюючи гіперандрогенію [5]. Ці зміни порушують фолікулогенез і призводять до накопичення дрібних антральних фолікулів, що відповідає класичній ультразвуковій картині стану [44]. Підвищений рівень АМГ супроводжує розлад фолікулогенезу і нині входить до діагностичних критеріїв у дорослих [2, 32]. Клінічно це проявляється овуляторною дисфункцією, нерегулярністю менструацій і безпліддям, що обґрунтовує включення терміна «оваріальний» у нову номенклатуру. Психологічні й дерматологічні прояви важливі, проте здебільшого вони є вторинними щодо ендокринних змін, тож ці терміни не були підтримані для включення в назву [9].

Стратегія впровадження

Стратегію впровадження нової назви розробили через структурований спільний процес, що ґрунтується на Консолідованій основі для впровадження результатів досліджень та рекомендацій експертів із реалізації змін [21, 22]. Її очолили експерти з впровадження за участю пацієнток, фахівців і маркетингових спеціалістів; багатоетапна глобальна стратегія супроводжує перехід до нової назви й передбачає вбудовану оцінку.

Стратегія складається з восьми стадій:

- публікація та академічне поширення, зокрема супровідні коментарі, клінічні огляди, редакційна корес-понденція й оновлення підручників;
- розроблення ресурсів для пацієнток і фахівців кількома мовами для різних платформ;
- глобальна комунікація й залучення, що включає інструментарії товариств, мультимовні ресурси, мультимедійне поширення, освітні програми та координовані заходи;
- інтеграція в системи охорони здоров'я та інформаційні системи, зокрема в електронні медичні записи й систематизовану номенклатуру медицини (клінічні терміни), із залученням постачальників електронних медичних записів;
- узгодження політики та досліджень через взаємодію з урядами, фінансувальними організаціями, редакторами спеціалізованих видань, регуляторами і фармацевтичною галуззю;
- формальна взаємодія з міжнародними органами, зокрема Всесвітньою організацією охорони здоров'я, для інтеграції в системи класифікації хвороб, у тому числі МКХ;
- керований трирічний перехідний період із моніторингом, оцінкою та врахуванням нових даних про підтипи;
- інтеграція в Міжнародну настанову, що вже використовується у 195 країнах і буде оновлена у 2028 році.

Ключовими вважають змістовний переклад і культурну відповідність, особливо там, де репродуктивні наслідки та безпліддя можуть пов'язуватися з уявною цінністю чи гідністю особи. Сильною стороною ініціативи є безпрецедентне партнерство та залучення пацієнток і фахівців на всіх етапах із застосуванням надійних консенсусних методів. Серед обмежень – непропорційна представленість регіонів і дисциплін із нижчою участю країн із низьким і середнім рівнем доходу та з Азії, Африки й Південної Америки, а також можлива систематична похибка відбору через цілеспрямований невипадковий підхід і добровільну участь. Попри це аналіз результатів за регіонами не виявив суттєвих відмінностей у кінцевих термінах чи вподобаннях щодо назви.

Висновки

Структурований багатоетапний консенсусний процес дозволив сформувати нову назву щодо поширеного, проте історично занедбаного патологічного стану, що уражає понад 170 млн жінок у світі, яка уникає хибного посилання на кісти яєчників і точно відображає мультисистемні ознаки захворювання. Стан, відомий раніше як «синдром полікістозних яєчників», отримав назву «поліендокринний метаболічний оваріальний синдром». Перехід триватиме три роки за підтримки багатовекторної стратегії впровадження з вбудованою оцінкою. Очікувані результати – більша обізнаність, точніша діагностика, вища якість медичної допомоги і задоволеність пацієнток та оптимізація наслідків з огляду на широкий спектр ознак стану.

Реферативний огляд підготувала ***Олена Речмедіна***

За матеріалами: Teede H.J., Khomami M.B., Morman R. et al. Global Name Change Consortium. Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. Lancet. 2026 Jun 6;407(10545):2329-2339. doi: 10.1016/S0140-6736(26)00717-8.

Р.М. Закордонець, к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології ПВНЗ «Київський медичний університет», директор КП «Дарницький медичний центр»; **А.І. Степаненко**, лікар акушер-гінеколог КП «Дарницький медичний центр»; **І.О. Доскоч**, к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології ПВНЗ «Київський медичний університет»

Тубооваріальні утворення та майбутня фертильність: що вирішують перші дні після операції?

Р.М. Закордонець

Хірургічне лікування тубооваріальних утворень асоціюється з високим ризиком порушення репродуктивної функції внаслідок післяопераційних ускладнень. Основними завданнями ведення післяопераційного періоду є мінімізація спайкового процесу, збереження прохідності маткових труб і зниження ризику рецидиву запалення. Оптимальним терапевтичним вікном для профілактики адгезіогенезу є перші 7-10 діб після втручання.
Ключові слова: запальні захворювання органів малого таза, тубооваріальні утворення, спайковий процес, трубно-перитонеальне безпліддя, гідросальпінкс, ферментна терапія, дістрепт-ферменти Н46А, стрептокіназа, стрептодорназа, Дістрептаза Дістрепт.

Запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) охоплюють інфекційно-запальні ураження ендометрія, маткових труб і яєчників та є однією з основних причин звернення жінок репродуктивного віку до гінеколога – до 60% усіх консультацій [1]. Частота трубно-перитонеального безпліддя після перенесених ЗЗОМТ досягає 30% усіх випадків жіночого безпліддя. При цьому зі збільшенням кількості епізодів ЗЗОМТ частота трубного безпліддя практично подвоюється: з 8% після першого епізоду до 19,5% – після другого і до 40% – після третього [1].

Формування тубооваріального ретенційного утворення у вигляді гідросальпінксу є найбільш проблематичним із точки зору реабілітації репродуктивної функції жінок: гідросальпінкс не лише є основною причиною трубного безпліддя, а й, за даними деяких дослідників, у три рази знижує ефективність екстракорпорального запліднення. Припускається також, що рідина з ушкодженої труби може дренуватися в порожнину матки й негативно впливати на сприйнятливість ендометрія до імплантації або чинити ембріотоксичний ефект [1].

За сучасними даними, 30,2% жінок із тубооваріальними абсцесами перебувають у репродуктивному віці 25-35 років [2]. Крім того, тубооваріальні абсцеси також можуть розвиватися й у пацієнток у постменопаузальному періоді, у яких діагностика є складнішою, а ризик ускладнень — вищим [3]. Виявлено кілька факторів ризику, серед яких: наявність в анамнезі ЗЗОМТ, перенесені операції на органах малого таза, використання внутрішньоматкової спіралі та низький соціально-економічний статус [4]. Клінічна картина часто є неспецифічною: біль у тазовій ділянці, лихоманка, лейкоцитоз, вагінальні виділення або утворення в придатках є типовими ознаками. Крім того, тубооваріального абсцесу може призводити до довгострокових ускладнень, зокрема безпліддя, позаматкової вагітності та хронічного тазового болю, що суттєво погіршує репродуктивне здоров'я пацієнток і якість їхнього життя [5], саме тому пошук методів органозберігаючого лікування з мінімізацією постопераційних ускладнень набуває дедалі більшого значення.

Патогенетичні етапи адгезіогенезу

Розуміння послідовності патологічних процесів після оперативного втручання є ключем до правильного вибору постопераційної тактики. Спайкоутворення розвивається поетапно через п'ять послідовних фаз [6-8].

Реактивна фаза тривалістю 0-12 годин характеризується ушкодженням очеревини і клінічно проявляється ознаками шоку. Ексудативна фаза (1-3 доби) – вихід фібриногену в перитонеальний простір, де процеси ексудації превалюють над іншими компонентами запалення. Адгезивна фаза починається з 3-ї доби: відбувається випадіння фібрину на ушкоджених поверхнях, їх зліплювання і диференціювання фібробластів. Рання консолідація (7-14-та доба), за якої формуються пухкі спайки з неоангіогенезом і міграцією гладком'язових клітин, переходить у стадію зрілої спайки (14-30-та доба), коли утворюється щільна сполучна тканина за рахунок продукції та ущільнення колагену [6].

З огляду на патогенез адгезіогенезу доцільним періодом для застосування ферментної терапії є перші 7-10 діб після операції. Використання цих препаратів на більш пізніх етапах (після 14-ї доби) є також ефективним, оскільки спайки, переходячи у стадію формування зрілої сполучної тканини, травмують навколишню тканину, підтримуючи запалення та відкладення нового свіжого фібрину. Крім того, впродовж усього запального процесу відкладення фібрину продовжується до тих пір, поки не буде ліквідовано запалення. Доцільність раннього застосування дістрепт-ферментів Н46А полягає у ранній ліквідації запалення та перших скупчень фібринових відкладень для зменшення ризику сформованих спайок [6, 8]. Патогенетична роль мікротромбозу, випадіння фібрину та зниження активності тканинного активатора плазміногену (tPA) як основних тригерів спайкоутворення є принципово важливою для розуміння механізму дії поліферментних препаратів.

Вплив мікротромбозу на ефективність антибактеріальної терапії

Локальний мікротромбоз у вогнищі запалення ускладнює пенетрацію антибактеріальних препаратів, фагоцитів та імунокомпетентних клітин. Це може знижувати ефективність стандартних схем профілактики післяопераційних ускладнень і потребує включення патогенетичної ферментної підтримки.

Молекулярні механізми цього процесу включають кілька взаємопов'язаних ланок. Такі прозапальні цитокіни, як інтерлейкін 1β (IL-1β) і фактор некрозу пухлини α (TNF-α), знижують антикоагулянтний потенціал ендотелію, індукують прокоагулянтну активність і гальмують фібриноліз, що сприяє тромбоутворенню та порушує локальну мікроциркуляцію. Фібронектин – важливий глікопротеїн позаклітинного матриксу – стимулює проліферацію фібробластів, сприяє накопиченню колагену в позаклітинному матриксі й, зрештою, визначає розвиток фіброзу. Трансформуючий фактор росту β (TGF-β) є маркером і медіатором фіброгенезу: стимулює синтез тканинного інгібітора матричних металопротеїназ (TIMP) і гальмує матриксні металопротеїнази. Інгібітори активатора плазміногену PAI-1 і PAI-2 зростають при ішемії та інфекції, блокуючи фібриноліз [7].

Усунення мікротромбозу є необхідною умовою того, щоб антибактеріальні препарати досягали вогнища в терапевтичній концентрації [2, 6].

Механізм дії ферментної терапії

Дістрептаза Дістрепт – ректальні супозиторії з унікальною комбінацією двох дістрепт-ферментів Н46А: стрептокінази (15 000 МО) та стрептодорнази (1250 МО), яка забезпечує протизапальну, фібринолітичну, протеолітичну та антитромботичну дію безпосередньо у вогнищі запалення [2, 6-8].

Стрептокіназа є активатором проензиму плазміногену, під дією якої останній перетворюється на плазмін, що розщеплює фібриновий каркас мікротромбів, переводячи їх у розчинну форму. Це веде до лізису згустків крові, а також до руйнування фібринових скупчень у міжклітинному просторі маткової труби. В одному супозиторії стрептокіназа міститься у 100 разів меншій кількості, ніж терапевтична доза при інфаркті міокарда (1 500 000 МО), що зменшує ризики системної тромболітичної дії та є оптимальною дозою для протизапальної дії в органах малого таза [7].

Стрептодорназа є ферментом дезоксирибонуклеазою, що руйнує ДНК, нуклеотиди і нуклеозиди мертвих клітин або гною. У результаті розчиняються «містки» нуклеопротеїнів мертвих і коагульованих клітин, полегшується резорбція ушкоджених клітин і олігопротеїнів, активується фагоцитоз. При цьому стрептодорназа не чинить впливу на структуру і функцію живих здорових клітин [6, 7].

У присутності обох ферментів значно зростає концентрація фагоцитів у вогнищі запалення, покращується їхня рухливість, збільшується відсоток завершеного фагоцитозу. Застосування ферментної терапії приводить до швидкого лізису лейкоцитарних мас і згустків крові, покращення кровообігу і мікроциркуляції у вогнищі запалення, збільшення в ньому концентрації антибактеріальних та інших лікарських засобів, значно пришвидшує ліквідацію запалення та набряку, що запобігає розвитку спайкового процесу [6, 7].

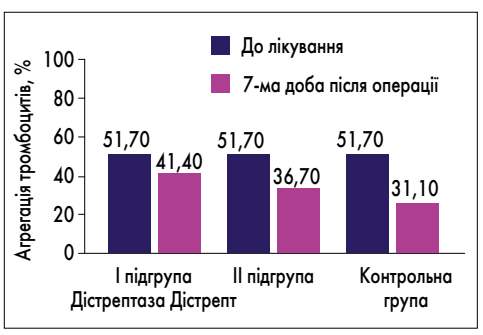


Рис. 1. Приріст агрегації тромбоцитів на 7-му добу після операції [2]

Клінічні дослідження: від тубооваріального утворення до гідросальпінксу

Доказова база застосування ферментної терапії в гінекологічній практиці формувалася протягом багатьох років, охоплюючи різні нозологічні форми ЗЗОМТ.

Ефективність ферментної терапії у пацієнток у післяопераційному періоді оцінювалася на прикладі 80 жінок репродуктивного віку з одностороннім тубооваріальним абсцесом [2]. Пацієнтки були розподілені в досліджувану групу (n=40), яким під час операції застосовували електрохірургічне зварювання тканин, і контрольну (n=20). Досліджувана група додатково розподілялася на дві підгрупи: у I підгрупі (n=20) у постопераційному періоді призначали препарат Дістрептаза Дістрепт; у II підгрупі (n=20) проводили стандартне ведення постопераційного періоду.

Відновлення хемочутливості ФАТ-рецепторів тромбоцитів на 7-му добу склало 41,4% у підгрупі Дістрептази Дістрепт проти 36,7% у II підгрупі ($p<0,001$) і 31,1% – у контрольній групі, що свідчило про достовірно виражений протизапальний ефект препарату (рис. 1) [2]. Середній ліжко-день в досліджуваній групі склав 11,2±1,6 проти 16,3±1,4 у групі контролю. Вагітність настала у 12,5% жінок досліджуваної групи проти 5,0% у групі контролю, причому одна вагітність у ній виявилась ектопічною. Рецидив запалення придатків зафіксовано лише в контрольній групі (2,5%) [2].

За даними Р.А. Сафонова (2026), інтеграція препарату Дістрептаза Дістрепт у клінічну практику дозволяє суттєво покращити результати лікування пацієнток після гінекологічних операцій, що підтверджується сучасними даними [6, 9]. Ефективність Дістрептази Дістрепт для профілактики спайкоутворення після ендохірургічного лікування оцінювалася у 90 пацієнток із міомою матки та зовнішнім генітальним ендометріозом [6]. Жінок рандомізували на дві групи: I група склала 40 осіб, яким з метою профілактики спайкоутворення після консервативного ендохірургічного лікування (консервативна міомектомія/ексцизія ендометріоїдних вогнищ) у ранньому післяопераційному періоді в рамках комплексної програми відновлювальних заходів (інфузійна, антибактеріальна,

Рис. 2. Скарги пацієнток до і після лікування [6]

магніто-, діадинамотерапія, лікувальна фізкультура, активний режим) застосовували ферментний препарат Дістрептаза Дістрепт. До II групи увійшли 50 пацієнток із міомою матки та зовнішнім генітальним ендометріозом, яким після ендохірургічного лікування проводили аналогічний комплекс реабілітаційних заходів, за винятком призначення Дістрептази Дістрепт. Через 3 місяці після проведення консервативного лікування біль у нижній частині живота відзначали 5% пацієнток I групи та 10% – II групи, диспареунія мала місце відповідно у 5 (12,5%) та 10 (20%) жінок, дисменорея – у 4 (10%) та 10 (20%), гіперполіменорея – у 3 (7,5%) та 7 (14%) пацієнток (рис. 2) [6].

А.Я. Сенчук і В.О. Зуб [8] вивчали ефективність ректальних супозиторіїв Дістрептаза Дістрепт для профілактики запальних ускладнень після гістероскопії у 100 пацієнток із гіперпластичними процесами ендометрія. Місцеву протизапальну терапію в постопераційному періоді здійснювали на фоні ректального введення препарату Дістрептаза Дістрепт по одному супозиторію 2 рази на день протягом 9 діб. Позитивні результати клініколабораторних досліджень корелювали з об'єктивними даними доплерометрії: збільшення максимальної систолічної швидкості кровотоку (57,81±1,62), середньої швидкості кровотоку (20,8±1,7), а також зниження індексу резистентності (0,73±0,08) вказували на зменшення судинного опору та покращення регіонарного кровотоку в матці. Ці зміни є наслідком усунення спазму судин і відновлення повноцінної мікроциркуляції в маткових артеріях за рахунок тромбо- і фібринолітичної дії Дістрептази Дістрепт [8].

В.А. Бенюк та співавт. [10] підтвердили ефективність ферментної терапії стрептокіназою і стрептодорназою у веденні постопераційного та раннього реабілітаційного періодів після лапароскопічного лікування прогресуючої трубної вагітності (n=80). У групі спостереження (Дістрептаза Дістрепт протягом 10 діб) частота розвитку спайок у малому тазі склала 32% проти 65% у групі порівняння. За даними гістеросальпінгографії через 6 місяців після органозберігаючого хірургічного лікування чіткі рентгенологічні ознаки прохідності оперованої маткової труби відзначалися у 42,5% пацієнток основної групи і лише у 20% жінок групи порівняння [11].

Масштабне дослідження впливу Дістрептази Дістрепт на цитокіновий профіль і маркери фіброгенезу у 214 пацієнток із трубно-перитонеальним безпліддям у постопераційному періоді [7]. Результати продемонстрували достовірне зниження рівнів IL-1β у 9,54 раза (p<0,0001), TNF-α – у 1,89 раза (p<0,0004), фібронектину – у 4,77 раза (p<0,0001), TGF-β – у 1,29 раза (p<0,0004). Рівень N-ацетилтрансферази нормалізувався (зниження в 1,21 раза, p<0,003), що свідчить про зменшення генетично детермінованої схильності до спайкоутворення. Зазначені зміни були статистично достовірно більш вираженими порівняно з контрольною групою (p<0,05) [7].

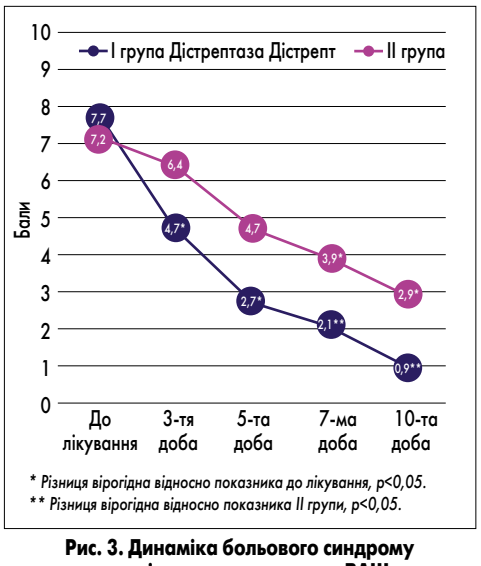


Рис. 3. Динаміка больового синдрому в досліджуваних групах за ВАШ на фоні застосування дістрепт-ферментів H46A (Калугіна Л.В. та співавт., 2020) [1]

Ускладнений хронічний сальпінгоофорит: можливості консервативного лікування

Л.В. Калугіна та співавт. (2020) дослідили ефективність вдосконаленої схеми консервативного лікування у 65 молодих жінок (середній вік – 28±5,9 року) із хронічним сальпінгоофоритом, ускладненим гідросальпінксом [1]. Пацієнтки I групи (n=33) на додаток до стандартного комплексу отримували супозиторії дістрепт-ферментів ректально протягом 15 днів за схемою: по одному супозиторію тричі на добу протягом 5 днів, далі – по одному двічі на добу впродовж 5 днів, потім – один раз на добу протягом 5 днів. Пацієнтки II групи (n=32) отримували стандартний комплекс терапії.

Больовий синдром за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) до 2-3-ї доби лікування достовірно знизився лише у жінок I групи (4,7±1,1 бала проти 6,4±2,1 бала у II групі, p<0,05). На 10-й день від початку лікування показник болю при пальпації досягнув 0,9±0,24 бала в пацієнток I групи проти 2,9±0,29 бала у жінок II групи – швидший регрес больового синдрому підтверджував протизапальний ефект комбінації ферментів (рис. 3) [1].

Таким чином, постопераційне ведення пацієнток після втручань на придатках матки з приводу тубоовариальних утворень потребує активної стратегії, спрямованої на ліквідацію запалення, контроль фібриногенезу та профілактику спайкового процесу. Включення препарату Дістрептаза Дістрепт до схеми комплексного лікування є патогенетично обґрунтованим підходом: поєднання фібринолітичної (стрептокіназа) і протеолітичної (стрептодорназа) дії дозволяє ліквідувати мікротромбоз навколо вогнища запалення, покращити проникнення антибіотиків у тканини, прискорити регрес больового синдрому та спайкового процесу.

Список літератури – у редакції.

Материнський вік як незалежний фактор ризику перинеальної травми та акушерського ушкодження анального сфінктера у першороділь

Перинеальні розриви належать до найпоширеніших ускладнень вагінальних пологів і виявляються майже у 80% жінок, найчастіше – у першороділь. Більшість досліджень факторів ризику зосереджені на акушерських ушкодженнях анального сфінктера (obstetric anal sphincter injuries, OASI), тоді як вплив материнського віку на весь спектр перинеальної травми вивчено недостатньо. У ретроспективному когортному дослідженні, проведеному в університетському центрі третинного рівня (2011-2020), оцінено зв'язок материнського віку з частотою перинеальних розривів та OASI у першороділь зі спонтанними вагінальними пологами. Аналіз охопив 3410 жінок: 843 (24,7%) віком 20-25 років і 2567 (75,3%) віком 30-35 років. Частота перинеальної травми та OASI була достовірно вищою в молодшій групі (58% проти 53,2%; OASI – 0,9% проти 0,4%). За даними багатовимірного логістичного регресійного аналізу, молодший вік виявився незалежним фактором ризику перинеальної травми з відношенням шансів 1,22. Результати мають значення для передпологового консультування.

Ключові слова: материнський вік, перинеальні розриви, акушерські ушкодження анального сфінктера, першороділлі, спонтанні вагінальні пологи, другий період пологів, передпологове консультування.

Перинеальні розриви супроводжують вагінальні пологи надзвичайно часто й виникають у 80% жінок, а серед першороділь їх частота особливо висока [1, 2]. Розриви I та II ступеня значно поширеніші за ушкодження, що залучають анальний сфінктер [3, 4]. Тяжкі перинеальні розриви здатні спричиняти ранні та віддалені наслідки – кровотечу, біль, затримку сечі [5], сексуальну дисфункцію [6], підвищений ризик пролапсу тазових органів [7], нетримання сечі або калу [8].

Кількість втручань із доведеною ефективністю щодо зниження частоти тяжких розривів обмежена. Теплі компреси на промежину під час пологів і перинеальний масаж зменшують частоту OASI, проте не впливають на розриви II ступеня [9]. Епізіотомія, передусім латеральна та медіолатеральна, чинить захисну дію щодо OASI під час оперативних вагінальних пологів [10-12]; натомість при спонтанних пологах ризик тяжкої травми нижчий за вибіркового, а не рутинного її застосування [13].

Виявлення пацієнток із підвищеним ризиком тяжких розривів є передумовою для впровадження профілактичних заходів. Епідеміологічні дослідження факторів ризику переважно стосувалися OASI [3, 4]. M.H. Jansson et al. оцінили низку материнських та акушерських чинників перинеальних і вагінальних розривів у когорті із 644 першороділь і не виявили незалежного зв'язку материнського віку з ризиком перинеальної травми [14]. Попри численні роботи з вивчення OASI, специфічний вплив віку на повний спектр перинеальної травми вивчено недостатньо, особливо в першороділь зі спонтанними пологами.

Метою цього дослідження було визначити роль материнського віку у виникненні спонтанної перинеальної травми та/або OASI у першороділь.

Матеріали та методи

Проведено ретроспективне когортне дослідження за участю першороділь зі спонтанними вагінальними пологами за десятирічний період (січень 2011 року – грудень 2020 року) на базі університетського перинатального центру третинного рівня з понад 12 тис. пологів на рік.

Для зменшення впливу супутніх факторів (конфаундерів) до аналізу включали лише першороділь з одноплідною вагітністю, спонтанними пологами, плодом у передньому виді потиличного передлежання та епідуральною аналгезією. Жінок поділили на групи за віком: 20-25 і 30-35 років. Десятирічний віковий інтервал було обрано для чіткого визначення впливу віку й водночас для уникнення включення жінок старше 35 років, для яких характерна вища частота перипологових материнських ускладнень [15-17].

Епідуральна аналгезія застосовується приблизно у 80% першороділь у цьому закладі; обмеження вибірки такими випадками забезпечило однорідність популяції та зменшило похибку, оскільки епідуральне знеболення впливає і на тривалість пологів, і на частоту розривів.

Діагностику та класифікацію перинеальних розривів здійснював лікар за критеріями Американського коледжу акушерів і гінекологів (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) [18]: I ступінь – шкіра, підшкірна клітковина й вагінальний епітелій; II – фасція та м'язи промежини; III – зовнішній та/або внутрішній анальний сфінктер із поділом на IIIA (<50% товщини зовнішнього сфінктера), IIIB (>50%) і IIIC (зовнішній і внутрішній сфінктери); IV – слизова прямої кишки. Інтранатальну гарячку визначали як щонайменше одне вимірювання температури тіла ≥38,0 °C у породіллі, афебрильної на момент госпіталізації. Пролонгований другий період визначали як такий, що триває понад 3 год [19].

Результати

За період дослідження у відділенні народили через природні пологові шляхи 39 596 першороділь. Суворим критеріям включення відповідали лише 3410 жінок: 843 (24,7%) у групі 20-25 років і 2567 (75,3%) у групі 30-35 років (табл. 1). Європеоїдна етнічна приналежність реєструвалася у 70,5% жінок молодшої групи проти 76,7% у старшій групі (p<0,001). Гестаційний вік на момент пологів різнився статистично, але не клінічно (39,4 тижня проти 39,3 тижня; p<0,001). За догестаційною й передпологовою масою тіла та індексом маси тіла групи не відрізнялися.

Маса новонароджених була достовірно вищою в молодшій групі (3228 г проти 3185 г; p=0,002), тоді як оцінки за шкалою Апгар не різнилися. У молодшій групі другий період пологів був коротшим (73 хв проти 89 хв; p<0,001), а пролонгований другий період траплявся рідше (6,1% проти 8,9%; p=0,008). Менш частими в молодших жінок були й ускладнення третього періоду: ручне відділення плаценти (0,47% проти 1,83%; p=0,002) і ревізія порожнини матки з приводу підозри на затримку частин плаценти/плодових оболонок (1,3% проти 2,45%; p=0,002).

Натомість частота перинеальної травми та OASI була достовірно вищою саме в молодшій групі (58% проти 53,2%; p=0,015 та 0,9% проти 0,4%; p=0,04 відповідно). Частота трансфузій еритроцитарної маси між групами не різнилася.

Таблиця 1. **Демографічні характеристики та результати вагітності досліджуваних**

Показник	Вік 20-25 (n=843)	Вік 30-35 (n=2567)	p
Вік, роки	22,86 (±1,66)	31,7 (±1,57)	0,001
Європеоїдна раса	594 (70,5%)	1970 (76,7%)	**<0,001**
Маса до вагітності, кг	57 (51-63)	57 (53-63)	0,106
Маса на момент пологів, кг	70 (64-77)	61 (65-78)	0,069
Індекс маси тіла	26,17 (24,12-28,68)	25,97 (24,09-28,28)	0,494
Глюкозотолерантний тест	97 (84-112)	102 (87-117)	**<0,001**
Гестаційний вік, тижні	39,4 (±1)	39,3 (±1)	0,001
Тривалість 2-го періоду пологів, хв	73 (35,5-120,5)	89 (44-139)	**<0,001**
Пролонгований 2-й період	51 (6,05%)	229 (8,92%)	**0,008**
Тривалість 3-го періоду пологів, хв	12 (10-16)	13 (10-18)	**0,001**
Маса новонародженого, г	3228 (±358)	3185 (±348)	**0,002**
Чоловіча стать новонародженого	402 (47,7%)	1265 (49,3%)	0,422
Спонтанна перинеальна травма	489 (58%)	1365 (53,2%)	**0,015**
OASI	8 (0,9%)	9 (0,4%)	**0,040**
Трансфузія еритроцитарної маси	8 (0,95%)	17 (0,66%)	0,397
Ревізія порожнини матки	11 (1,3%)	63 (2,45%)	**0,002**
Ручне відділення плаценти	4 (0,47%)	47 (1,83%)	**0,002**

Примітка. Дані подано як середнє значення ± стандартне відхилення, медіану і міжквартильний розмах або абсолютну кількість (відсоток). Жирним позначено статистично значущі значення.

У моделі багатовимірного логістичного регресійного аналізу відношення шансів перинеальної травми для молодшої вікової категорії становило 1,22 (95% довірчий інтервал 1,03-1,44; p=0,023), що відображає вищий ризик травми у групі 20-25 років порівняно з групою 30-35 років (табл. 2).

Таблиця 2. **Багатовимірний логістичний регресійний аналіз чинників, асоційованих із перинеальною травмою**

Чинник	ВШ	95% ДІ	p
Молодша вікова група (20-25 років)	1,22	1,03-1,44	**0,025**
Індекс маси тіла (на 1 кг/м^2)	1,009	0,988-1,030	0,406
Гестаційний вік (на 1 тиждень)	0,985	0,914-1,060	0,683
Європеоїдна раса	1,067	0,902-1,261	0,450
Тривалість 2-го періоду пологів (на 1 год)	1,001	0,999-1,003	0,154
Пролонгований 2-й період пологів	0,960	0,700-1,318	0,803
Маса новонародженого (на 1 кг)	1,312	1,047-1,654	**0,018**

Примітка. ВШ – відношення шансів; ДІ – довірчий інтервал. Жирним позначено статистично значущі значення.

Обговорення

У дослідженні оцінено вплив материнського віку на частоту перинеальних травм після нормальних вагінальних пологів. Аналіз обмежили першороділлями з потиличним переднім передлежанням плода та одноплідною вагітністю і порівняли дві групи, що відрізняються лише за віком: 20-25 і 30-35 років. Частота перинеальної травми та OASI була достовірно вищою у групі 20-25 років, а після поправки на потенційні чинники ризику молодший вік виявився незалежним предиктором перинеальної травми та OASI.

Це дослідження є одним із небагатьох, у якому вивчали зв'язок материнського віку з перинеальними розривами всіх ступенів, включно з розривами I, II ступеня й OASI. Частота розривів усіх ступенів становила 58% у групі 20-25 років проти 53,2% у групі 30-35 років. Цей показник перевищує 40,6%, про який повідомляли E. Samuelsson et al. [2] і M.H. Jansson et al. [14], але нижчий за 78,3%, описані M. Edqvist et al. [20]; відмінності у популяціях і акушерських практиках можуть пояснювати таку розбіжність.

У роботі використано визначення розривів за ACOG [18], тоді як шведська група визначала розриви II ступеня як вагінальні розриви глибиною >0,5 см. Включення жінок з епізіотомією ускладнює оцінку перинеальних розривів, оскільки епізіотомія є ятрогенним розривом II ступеня; тому в цьому дослідженні таких жінок було виключено, на відміну від попередніх робіт.

На відміну від типових показників OASI у першороділь (5,1-6,7%) [1-3], частота OASI у цій вибірці нижча, проте близька до зареєстрованих в Ізраїлі значень 0,4-1% [21], що пов'язано з виключенням оперативних пологів – основного фактора ризику OASI. Крім того, діагноз OASI базувався на клінічному обстеженні, менш точному за трансректальне чи трансперинеальне ультразвукове дослідження [22].

E. Samuelsson et al. [2] виявили незначне підвищення ризику всіх перинеальних розривів за старшого віку, проте їхня вибірка була великою та різнорідною (перше- й повторноroділлі, нормальні й оперативні пологи), а сам вік не був незалежним фактором ризику. M.H. Jansson et al. [14] не виявили значущого зв'язку розривів II ступеня та/або OASI з віком, однак вибірка була малою (644 жінки проти 3410 жінок у цій роботі), порівнювали жінок до 25 років зі старшими, а частку жінок старше 35 років не розглядали. A. Aviram et al. відзначили вищу частоту перинеальних розривів у жінок віком <21 року порівняно з жінками 31-40 років [23], проте лише у субаналізі й без збереження незалежної асоціації після поправки; автори припустили, що відмінність може відображати вищу частоту епізіотомії серед молодших жінок, тобто швидше систематичну похибку відбору, ніж біологічний ефект віку.

Дані щодо зв'язку віку з перинеальною травмою II ступеня лишаються суперечливими: частина досліджень не виявила значущої асоціації [24], інші визначили старший вік як фактор ризику [25-27]. На основі результатів висунуто гіпотезу, що пов'язані з віком анатомічні зміни, які можуть зумовлювати зростання частоти травми у старших жінок, мають не лінійний характер, а форму інвертованої дзвоноподібної кривої: на ранніх етапах старіння зниження ригідності тканин промежини забезпечує певний захист, тоді як подальша втрата еластичності підвищує ризик травми. Молодший материнський вік визначено як незалежний фактор ризику тяжких перинеальних розривів. Це має значення для передпологового консультування, оскільки ускладнення вагітності й пологів традиційно асоціюють зі старшим віком. Потрібні подальші дослідження для точнішої стратифікації ризику за віковими групами та з'ясування механізмів, що пов'язують вікові анатомічні зміни з перинеальною травмою.

Отже, материнський вік асоційований із ризиком перинеальної травми у першороділь, причому вищий ризик спостерігається у молодшій віковій групі. Загальне відношення шансів для цієї асоціації становить 1,22. Отримані дані доцільно враховувати при передпологовому консультуванні першороділь і при плануванні заходів профілактики перинеальної травми.

Реферативний огляд підготував ***Максим Голуб***

За матеріалами: Attali E., Gabbai D., Gold R., Groutz A., Yogev Y., Baruch Y. Impact of maternal age on the risk of perineal injury and obstetric anal sphincter injury in nulliparous women. Arch Gynecol Obstet. 2026;313:19. doi:10.1007/s00404-025-08286-y.

ВПЛ-вакцинація в Україні: бар'єри, докази та перспективи

Продовження. Початок на стор. 3.

Доповідь «Вакцинація після лікування цервікальної та вагінальної неоплазії і РШМ» представила **президент ГО «Українська асоціація кольпоскопії та цервікальної патології», в.о. завідувача кафедри онкології та медичної радіології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, доктор медичних наук, професор Наталія Антонівна Володько**.

Профілактичні вакцини проти ВПЛ високоефективні в запобіганні цервікальним, вагінальним, вульварним й анальним передінвазивним та інвазивним захворюванням, а також аногенітальним кондиломам, проте не приводять до одужання й не знижують персистенцію інфекції, що триває на момент вакцинації [27]. Шведський популяційний аналіз (Lei et al., 2020), який охопив 1,6 млн жінок віком 10-30 років у 2006-2017 роках із 557 випадками РШМ, показав, що чотиривалентна вакцина знижувала ризик інвазивного раку з найвищою ефективністю в щеплених до 17 років: кумулятивна захворюваність становила 94 на 100 тис. у невакцинованих проти 47 у вакцинованих, а скоригований за віком показник – 0,47 (95% довірчий інтервал [ДІ] 0,27-0,75) для віку 17-30 років і 0,12 (95% ДІ 0,01-0,34) для віку 12-16 років (рис. 2) [13].

Окремий напрям доказів сформував підгруповий аналіз дослідження FUTURE (Joura et al., 2012). Серед 17 666 учасниць (середній вік – 19,9 року) у 1350 виникли ураження шийки матки; хірургічне втручання на шийці перенесли 587 реципієнток вакцини та 763 реципієнтки плацебо. Частота ВПЛ-асоційованої CIN становила 6,6% у вакцинованих проти 12,2% у групі плацебо (зниження на 46,2%), при цьому ризик CIN 2 зменшувався на 64,9%, CIN 3 – на 73,5%. У підгрупі жінок з ураженнями вульви та піхви (229 вакцинованих і 475 плацебо) частота будь-якого подальшого ВПЛ-асоційованого захворювання становила 20,1% проти 31% відповідно (зниження на 35,2%) [28].

Накопичено когортні, ретроспективні та проспективні дослідження – загалом 13 рандомізованих і проспективних робіт за участю пацієнток після конізації, у яких переважно застосовували три дози дво-, чотири- або дев'ятивалентної вакцини (Гардасил® 9). Метааналіз 11 досліджень (2021) показав зниження рецидивних уражень CIN 2+ приблизно на 65% [29], а систематичний огляд 22 досліджень підтвердив значуще зниження частоти рецидивів, особливо пов'язаних із ВПЛ типів 16/18 [30]. Метааналіз PAVIVE, що включав 20 досліджень, повідомив про загальну ефективність близько 70% проти рецидивної CIN 2+ і припустив більшу користь за початку вакцинації в день видалення ураження або після нього [31]. Метааналіз 2026 року Maiorano et al. (2026), що оцінював вплив валентності, часу введення та стану країв конуса, виявив відносне зниження частоти рецидивів CIN 2+ на 62%; відносний ризик 0,38 (95% ДІ 0,29-0,51) [32]. За даними Європейського центру з профілактики та контролю захворювань (ECDC), ризик рецидиву CIN 2+ може знижуватися у вакцинованих: ефективність, за даними рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), – 59,5% (95% ДІ 37,1-73,9; два РКД, 420 учасниць), за даними нерандомізованих досліджень – 65,6% (95% ДІ 48,7-76,9; 11 досліджень, 21 014 учасниць) за низької якості доказів [33].

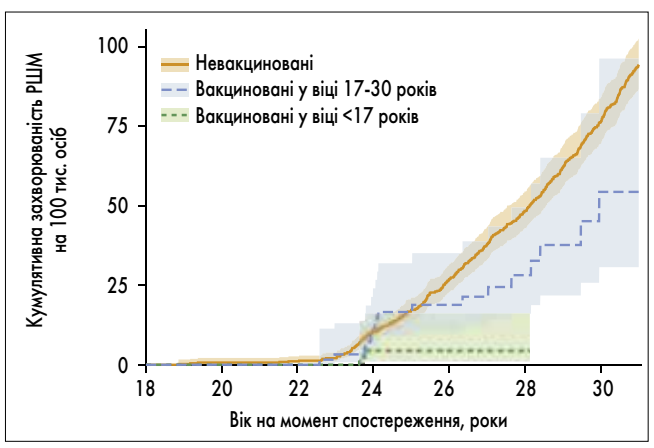


Рис. 2. Кумулятивна захворюваність на інвазивний РШМ залежно від статусу вакцинації проти ВПЛ [13]

Протективна роль вакцинації після конізації залежить від низки чинників – віку, у який зроблено щеплення, та несприятливих факторів (кількості статевих партнерів, імуносупресії, дисбіозу). Реєстрове дослідження національної програми Англії (Falcaro et al., 2021) демонструє чітку залежність від віку та охоплення: у когорті щеплених у віці 11-13 років (охоплення – 85%) ефективність проти CIN 3 становила 97%, проти раку – 87%; у 14-16 років (73%) – 75% і 63% відповідно; у 16-18 років (45%) – лише 39% і 34% відповідно [34].

Аналіз витрат і ефективності (Cochrane) за двома незалежними моделями засвідчив, що вакцинація дорослих 30-45 років навряд чи буде економічно вигідною у США; для вікової групи 24-45 років зниження ризику CIN 2+, асоційованої з ВПЛ 16/18, склало 0,30 (95% ДІ 0,11-0,81), тоді як незалежно від типу ВПЛ – 0,74 (95% ДІ 0,52-1,05), а для будь-якої тяжкої неоплазії – 1,04 (95% ДІ 0,83-1,30) [35].

Ключовим стало нідерландське багатоцентрове подвійне сліпе РКД IV фази VACCIN (van de Laar et al., 2025). Жінкам із гістологічно підтвердженою CIN 2-3 (n=840) вакцину вводили до 4 тижнів після петльової електрохірургічної ексцизії (LEEP). Первинним результатом вважали рецидив CIN 2-3 через 24 місяці. Рецидив становив 6% у вакцинованих проти 9% у групі плацебо; відносний ризик 0,67 (95% ДІ 0,40-1,11), p=0,11 – статистично незначуще; серйозних побічних ефектів, пов'язаних із вакциною, не зафіксовано [36]. Результати не показали переваги ад'ювантної вакцинації над плацебо щодо CIN 2-3; рутинне введення не сприяло запобіганню захворюванню, а ефект вакцинації становив близько 33% і залишається предметом дискусії з огляду на економічну ефективність [36].

Триває британсько-фінсько-шведське дослідження NOVEL – рандомізоване (1:1) контрольоване багатоцентрове, у якому дев'ятивалентну вакцину (Гардасил® 9) протягом 51 місяця отримують 500 жінок, а контрольну групу складають ще 500 жінок без вакцинації. Критерії включення: жінки 18-55 років із передбачуваною або підтвердженою біопсією CIN 2/CIN 3/AIS. Мета дослідження – продемонструвати, що вакцинація під час конізації зменшує подальшу персистенцію ВПЛ-інфекції [37].

Попри неоднозначність доказової бази рутинна клінічна практика залишається сталою. За опитуванням Європейської федерації кольпоскопії (EFC) – 44 відповіді із 32 країн – національні рекомендації щодо вакцинації під час лікування передраку мають 12 країн (37,5%), у дев'яти з них рекомендована ад'ювантна вакцинація; докази на користь вакцинації достатніми вважали 31,8% (14/44), майже достатніми – 54,5% (24/44), недостатніми – лише 13,6% (6/44), а 29,5% (13/44) рекомендували б вакцинацію навіть за відсутності користі в майбутніх РКД [38].

Американський коледж акушерів і гінекологів (ACOG) рекомендує розглядати ад'ювантну вакцинацію в неімуноскомпроментованих, раніше не щеплених пацієнток 27-45 років, які проходять лікування з приводу CIN 2+ [39].

Спільна позиція експертів Європейського товариства онкогінекологів (ESGO) констатує відсутність доказів ефективності вакцинації проти ВПЛ-індукованих гінекологічних типів раку і зниження ефективності з віком; таких пацієнток пропонують консультувати як осіб із будь-яким негінекологічним ВПЛ-асоційованим раком (анального каналу, ротоглотки), призначаючи вакцинацію відповідно до віку та прогнозу [40].

Доповідь «Вакцинація проти ВПЛ: погляд у майбутнє» презентувала **лікар гінеколог-онколог науково-клінічного відділу новоутворень жіночої репродуктивної системи ДНП «Національний інститут раку», керівник гінекологічної служби медичної мережі «Добробут», кандидат медичних наук Олена Олександрівна Самохвалова**.

ВПЛ-асоційовані захворювання створюють значний тягар як у жіночій, так і в чоловічій популяції; їх спричиняють зазначені дев'ять типів вірусу [2, 41, 42], а пов'язану з ВПЛ онкологічну патологію – РШМ, вульви та піхви, анального каналу – діагностують щохвилини в однієї особи у світі [2, 41, 43]. Генітальні кондиломи та дисплазія шийки матки обчислюються мільйонами випадків [42-44], а приблизно один із 30 нових випадків раку щороку зумовлений цими типами ВПЛ [2, 3].

Вакцину проти ВПЛ упроваджено до національних календарів щеплень 162 держав, і принаймні одну дозу отримали 31% дівчат у світі [45].

У структурі програм близько 48% припадає на вакцинацію лише дівчат і 52% – на гендерно-нейтральні стратегії [45]. Схеми щеплення різняться залежно від фінансування систем охорони здоров'я – від трикратного й дворазового введення до однодозових програм.

Стратегія ВООЗ з елімінації РШМ виходить із того, що кожні дві хвилини від цього захворювання помирає одна жінка [46]. Вона ґрунтується на принципі «90-70-90»: 90% дівчаток мають бути повністю вакциновані до 15 років, 70% жінок – пройти високоінформативне тестування до 35 років і повторно – до 45 років, а 90% жінок із виявленою патологією шийки матки (як за передракових станів, так і за інвазивного раку) отримати лікування [47].

Зазначені дев'ять типів вірусу спричиняють більшість ВПЛ-асоційованих захворювань: 90% випадків – РШМ, 87% – рак вульви, 85% – рак піхви і 95% – рак анального каналу; генітальні кондиломи у 90% випадків зумовлені типами 6 і 11. Вогнища дисплазії шийки матки високого ступеня пов'язані з цими типами приблизно у 96% випадків, низького ступеня – у 66% [48].

Дев'ятивалентна вакцина (Гардасил® 9) демонструє стійку ефективність та імуногенність у тривалому періоді – як у підлітків 9-15 років обох статей, так і в молодих жінок, що узгоджується з даними багаторічних спостережень. Попри це охоплення вакцинацією у світі лишається низьким: станом на 2019 рік повний курс отримали лише близько 4% осіб чоловічої статі і 15% – жіночої [49]. Прогноз смертності від РШМ є несприятливим – очікують зростання з приблизно 342 тис. випадків у 2020 році до 432 тис. у 2030-му, причому близько 90% припадатиме на країни з низьким і середнім рівнем доходу [50, 51].

ВООЗ наголошує на ролі медичного працівника, яка полягає в підвищенні обізнаності про ризики з ідентифікацією конкретних захворювань, інтеграції теми вакцинації у скринінг РШМ, обговоренні профілактики з пацієнтами та наданні інформації про найчастіші побічні ефекти [52]. Така категорія, як вагітні, не підлягають вакцинації через обмеженість даних, але в разі випадкового введення під час вагітності її переривання не показане. Наявні дані не підтверджують зв'язку вакцинації з безпліддям або передчасною недостатністю яєчників.

На сьогодні прекваліфіковані ВООЗ вакцини – двовалентна (ВПЛ типів 16, 18), чотиривалентна (6, 11, 16, 18) і дев'ятивалентна (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58). На ринок виходять і нові розробки виробництва Китаю та Індії. Пошук рішень для розширення доступу та охоплення щепленням передбачає здешевлення вакцин і вивчення однодозових схем.

Отже, ВПЛ-вакцинація лишається єдиним інструментом первинної профілактики РШМ та інших ВПЛ-асоційованих локалізацій. Спільним знаменником усіх трьох доповідей стала дев'ятивалентна вакцина (Гардасил® 9): вона забезпечує найширше з доступних нині покриття онкогенних типів, демонструє стійку довгострокову ефективність та імуногенність й оцінена в поточному дослідженні NOVEL щодо застосування під час конізації. Розширення охоплення – через Національний календар щеплень, однодозові схеми та чітку рекомендацію медичного працівника – лишається ключовою умовою наближення до стратегії ВООЗ «90-70-90».

Підготувала ***Анна Сочнєва***

Вітапромпт® B12

Лікування різних форм дефіциту вітаміну B12

МАКСИМУМ В КОЖНІЙ ФОРМІ

ЄДИНИЙ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДВОХ ФОРМАХ*

50 ТАБЛЕТОК / 5 АМПУЛ

МОЖНА ДІЛИТИ УПАКОВКУ (5 БЛІСТЕРІВ)

*Мається на увазі єдиний моновітамін B12 на ринку в дозуванні 1000 мкг, представлений одночасно у вигляді таблеток і ін'єкцій.

Вітапромпт®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 таблеток. Будь ласка, зверніть увагу! Більш детальна інформація викладена в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, також її можна отримати у ТОВ «МІБЕ УКРАЇНА». Склад: 1 таблетка містить 1000 мкг ціанокобаламіну (вітамін B12). Показання: лікування дефіциту вітаміну B12 внаслідок неповноцінного харчування; довготривалого лікування синдрому дефіциту вітаміну B12, наприклад, внаслідок мальабсорбції; перорального лікування перніціозної анемії та дефіциту вітаміну B12 з неврологічними симптомами після швидкої нормалізації рівня вітаміну B12 в крові за допомогою ін'єкцій вітаміну B12. Протипоказання: гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу, зазначених у розділі «Склад». Побічні реакції зафіксовані на тлі прийому: нечасто (≥ 1/1000, до < 1/100): тяжкі реакції підвищеної чутливості, які можуть проявлятися у вигляді кропив'янки, висипу або свербежу на великих ділянках тіла. Детальна інформація про можливі побічні реакції та протипоказання міститься в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу. Категорія відпуску: без рецепта. Реєстраційне посвідчення № UA/20713/01/01 наказ МОЗ України від 18.12.2024 № 2110.

Вітапромпт®. Будь ласка, зверніть увагу! Більш детальна інформація викладена в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, також її можна отримати у ТОВ «МІБЕ УКРАЇНА». Склад: 1 мл розчину містить 1000 мкг ціанокобаламіну (вітамін B12). Показання: дефіцит вітаміну B12, який не можна компенсувати відповідною дієтою. Дефіцит вітаміну B12, який може проявлятися такими захворюваннями: гіперхромна макроцитарна мегалобластна анемія (перніціозна анемія, хвороба Аддісона–Бірмера); фунікулярний мієлоз. Лабораторно підтверджений дефіцит вітаміну B12, який може виникнути з наступних причин: виключення з раціону продуктів тваринного походження (наприклад, через сувору вегетаріанську дієту); порушення всмоктування поживних речовин у тонкому кишечнику, синдром мальабсорбції через: недостатнє вироблення внутрішнього фактора, захворювання кінцевого відділу клубової кишки, напр. спру; зараження рибним солітером; синдром сліпої кишкової петлі; вроджені порушення транспортування вітаміну B12. Протипоказання: гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу, зазначених у розділі «Склад». Детальна інформація про можливі побічні реакції та протипоказання міститься в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу. Категорія відпуску: за рецептом. Реєстраційне посвідчення № UA/20713/02/01 наказ МОЗ України від 03.06.2025 № 918.

Інформація надається для медичних та фармацевтичних працівників виключно з метою ознайомлення. Перед застосуванням ознайомтесь з повним текстом інструкції.

Виробник: mibe GmbH Arzneimittel, Німеччина. Представник в Україні: ТОВ «Мібе Україна»: 01021, м. Київ, Кловський узвіз, 13. Тел. /факс: (044) 254-39-36.

ЗРОБЛЕНО В НІМЕЧЧИНІ

mibe
Company of the Dermapharm Group

Реклама

Дефіцит вітаміну B_{12} як міждисциплінарна проблема: сучасні виклики та шляхи вирішення

За матеріалами симпозіуму «B_{12} Revolution: новий погляд на дефіцити»

15-17 травня відбувся симпозіум «Метаболічний ретрит. Новий старт без надлишкової ваги, ПМОС (поліендокринний метаболічний овуляторний синдром) та інсулінорезистентності» – масштабний науково-практичний захід, який об'єднав провідних фахівців у галузях ендокринології, неврології, гінекології, дієтології та суміжних дисциплін. Упродовж трьох днів учасники мали можливість ознайомитися із сучасними даними щодо патогенезу, діагностики та лікування найпоширеніших метаболічних порушень, обговорити нові клінічні рекомендації, результати останніх досліджень та практичні аспекти ведення пацієнтів.

Особливу увагу в рамках заходу було приділено проблемі дефіциту вітаміну B_{12}, актуальність якої часто недооцінюється, попри її широку поширеність і численні клінічні наслідки. У центрі уваги опинилися сучасні підходи до діагностики B_{12}-дефіцитних станів, визначення груп ризику та можливості їх своєчасної профілактики й лікування.

Ключові слова: вітамін B_{12}, ціанокобаламін, дефіцит вітаміну B_{12}, фолатна пастка, метформін, цукровий діабет 2 типу, когнітивні порушення, деменція, вагітність, прегравідарна підготовка, Вітапромпт® B_{12}.

Дефіцит вітаміну B_{12}: клінічне значення та сучасні підходи до виявлення

Наукову дискусію, присвячену як дефіцитам загалом, так і, зокрема, клінічному значенню дефіциту вітаміну B_{12}, під назвою «B_{12} Revolution: новий погляд на дефіцити» розпочала **президентка ВГО «Асоціація гінекологів-ендокринологів України», заступниця генерального директора ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», професор відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій» НАН України, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор Тетяна Феофанівна Татарчук**.

Дефіцит вітаміну B_{12} залишається поширеною та часто недооціненою проблемою сучасної медицини. Незважаючи на ключову роль вітаміну B_{12} у кровотворенні, функціонуванні нервової системи, репродуктивному здоров'ї та метаболічних процесах, B_{12}-дефіцитні стани нерідко залишаються нерозпізнаними через неспецифічність клінічних проявів. Саме тому останніми роками було опубліковано низку клінічних рекомендацій та експертних консенсусів, присвячених діагностиці, лікуванню та довгостроковому веденню пацієнтів із дефіцитом вітаміну B_{12} (Diagnosis, Treatment and Long-Term Management of Vitamin B_{12} Deficiency in Adults: A Delphi Expert Consensus, 2024; NICE, 2024; NHS, 2024).

Висока поширеність B_{12}-дефіцитних станів частково пояснюється складним механізмом абсорбції вітаміну B_{12}, який залежить від збереженої функції шлунка, наявності внутрішнього фактора Касла та нормального всмоктування у клубовій кишці. Порушення будь-якого з цих етапів може призводити до розвитку дефіциту навіть за достатнього надходження вітаміну з їжею (Sobczyńska-Malefora et al., 2021).

Існує два механізми абсорбції вітаміну B_{12}: активна і пасивна.

Ключову роль в активному всмоктуванні вітаміну B_{12} відіграє внутрішній фактор Касла (Intrinsic Factor, IF), який зв'язує вітамін у шлунку та забезпечує розпізнавання комплексу B_{12}–IF специфічними рецепторами клубової кишки. Окрім активного механізму, вітамін B_{12} може всмоктуватися шляхом пасивної дифузії через слизову оболонку шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Однак ефективність такого механізму є низькою і становить лише 1-2% від прийнятої дози (Umek, 2025; NIH Office of Dietary Supplements, 2025).

Фактори ризику та причини формування B_{12}-дефіцитних станів

Найчастішими причинами дефіциту вітаміну B_{12} є стани, за яких порушуються процеси його всмоктування. До них належать баріатричні втручання та резекція шлунка, ахлоргідрія, аутоімунний атрофічний гастрит, екзокринна недостатність підшлункової залози, целіакія, хвороба Крона, синдроми мальабсорбції та порушення, пов'язані з недостатністю внутрішнього фактора Кастла.

Окрему групу факторів ризику становлять лікарські засоби.

Найбільш вивченим медикаментозним фактором ризику дефіциту вітаміну B_{12} є метформін, тривале застосування якого пов'язане зі зниженням концентрації вітаміну B_{12}.

Крім того, розвиток дефіциту можуть спричинити інгібітори протонної помпи, антациди, блокатори H_2-гістамінових рецепторів, колхіцин, метилдопа, неоміцин і препарати аміносаліцилової кислоти.

До груп підвищеного ризику також належать вагітні та жінки, які годують груддю, люди літнього віку, особи, що дотримуються веганського або вегетаріанського типу харчування, а також пацієнти, що хронічно зловживають алкоголем. Наявність одного або кількох факторів ризику потребує підвищеної настороженості лікаря щодо можливого розвитку B_{12}-дефіцитних станів і своєчасного проведення відповідного лабораторного обстеження.

Клінічні прояви та сучасні підходи до діагностики дефіциту вітаміну B_{12}

Однією з причин недостатньої діагностики B_{12}-дефіцитних станів є різноманітність клінічних проявів та їхній неспецифічний характер. Недарма дефіцит вітаміну B_{12} нерідко називають «тихий дефіцит», адже його симптоми можуть розвиватися поступово і залишатися непоміченими або помилково трактуватися як прояви інших захворювань чи вікових змін. Клінічна картина охоплює широкий спектр неврологічних, психічних, гематологічних і гастроентерологічних порушень, основні з яких відображені в таблиці.

Особливістю B_{12}-дефіцитних станів є те, що неврологічні та психічні прояви можуть виникати раніше за характерні гематологічні зміни. Тому відсутність анемії не виключає дефіциту вітаміну B_{12} і не повинна зменшувати клінічну підозру щодо його наявності та необхідності подальшого діагностичного пошуку.

Сучасні підходи до діагностики дефіциту вітаміну B_{12} ґрунтуються не лише на визначенні його рівня в сироватці крові, а й на комплексній оцінці клінічної картини, факторів ризику і додаткових лабораторних показників.

Відповідно до міжнародного консенсусу за методом Delphi 2024 року, концентрація вітаміну B_{12} у межах 200-352 пг/мл розглядається як легкий дефіцит, тоді як рівень нижче 200 пг/мл свідчить про виражений дефіцит (Obeid R. et al., 2024).

Водночас лабораторні показники не завжди повною мірою відображають клінічну ситуацію.

За даними міжнародного консенсусу за методом Delphi, у 30-40% пацієнтів із неврологічними або гематологічними проявами дефіциту вітаміну B_{12} концентрація вітаміну в сироватці крові може залишатися в межах референтних значень.

Саме тому під час оцінки стану пацієнта важливо враховувати характерні симптоми, супутні захворювання та фактори ризику, а за потреби використовувати додаткові маркери, зокрема рівні гомоцистеїну та ММК (Obeid R. et al., 2024).

Профілактика та лікування дефіциту вітаміну B_{12}

Важливість своєчасного виявлення та корекції дефіциту вітаміну B_{12} зумовлена ризиком розвитку незворотних неврологічних ускладнень, гематологічних порушень і зниження якості життя пацієнтів. Значущість цієї проблеми для системи охорони здоров'я України додатково підкреслюється включенням ціанокобаламіну (1000 мкг) до Національного переліку основних лікарських засобів. Препарат Вітапромпт® B_{12} містить відповідну діючу речовину та дозування.

Таблиця. **Клінічні та лабораторні прояви дефіциту вітаміну B_{12}**

Категорія	Основні прояви
Неврологічні та психіатричні	Парестезії кінцівок, порушення координації рухів, зниження гостроти зору, погіршення пам'яті та концентрації уваги, депресивні розлади, психотичні симптоми
З боку ШКТ	Втрата апетиту, зниження маси тіла, глосит, відчуття переповнення після прийому їжі, метеоризм, закрепи або діарея
Гематологічні	Макроцитарна мегалобластна анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, підвищення MCV (макроцитоз), зниження рівня Hb (гемоглобіну) та кількості RBC (еритроцитів), гіпербілірубінемія
Загальні	Втома, слабкість, зниження фізичної працездатності, блідість шкіри, задишка при фізичному навантаженні, тахікардія
Метаболічні	Підвищення рівнів гомоцистеїну та метилмалонової кислоти (ММК)

Примітка. MCV (Mean Corpuscular Volume) – середній об'єм еритроцита.

Особливої уваги щодо профілактики та моніторингу дефіциту потребують пацієнти з раніше встановленою недостатністю вітаміну B_{12}, особи з обмеженим споживанням продуктів тваринного походження, вагітні та жінки в період лактації, а також пацієнти, які тривало застосовують метформін (Obeid R. et al., 2024).

Згідно з клінічною настановою «International Evidence-Based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome», жінкам із ПМОС рекомендовано призначення метформіну, застосування якого згодом може бути пов'язане з низьким рівнем вітаміну B_{12}, особливо в осіб із факторами ризику дефіциту вітаміну B_{12}, такими як веганська дієта, стан після баріатричної операції, порушення всмоктування вітаміну B_{12} або перніціозна анемія. Отже, у такій категорії жінок потрібен моніторинг рівня вітаміну B_{12} та його корекція при виявленні дефіциту або недостатності.

Профілактичне застосування вітаміну B_{12} вважається необхідним у жінок із раніше діагностованим дефіцитом вітаміну B_{12} або дієтичними обмеженнями у споживанні продуктів тваринного походження в період до зачаття, протягом вагітності та до кінця періоду лактації. Також профілактичне застосування вітаміну B_{12} рекомендовано особам із ризиком його дефіциту внаслідок супутніх хвороб або застосування певних лікарських засобів (наприклад, метформіну).

Тактика лікування залежить від ступеня дефіциту. При концентрації вітаміну B_{12} нижче 200 пг/мл необхідна активна корекція вираженого дефіциту, тоді як у разі легкого дефіциту (200-352 пг/мл) основним завданням є недопущення його прогресування та розвитку клінічних проявів.

Своєчасне виявлення та корекція ранніх форм недостатності вітаміну B_{12} дають змогу запобігти прогресуванню дефіциту, знизити ризик розвитку неврологічних ускладнень і потребу в інтенсивнішому лікуванні.

Для корекції дефіциту вітаміну B_{12} важливе значення має здатність вітаміну всмоктуватися шляхом пасивної дифузії через слизову оболонку ШКТ. Цей механізм не залежить від внутрішнього фактора Касла та забезпечує абсорбцію приблизно 1-2% від прийнятої дози. Саме тому для ефективного поповнення запасів ціанокобаламіну застосовують високодозові препарати. Так, прийом вітаміну B_{12} у дозі 1000 мкг забезпечує всмоктування шляхом пасивної дифузії приблизно 10-20 мкг ціанокобаламіну, що може сприяти корекції дефіциту навіть у пацієнтів із порушенням всмоктування вітаміну B_{12} (Sobczyńska-Malefora et al., 2021).

Вітапромпт® B_{12} містить 1000 мкг ціанокобаламіну як у таблетованій формі, так і у формі розчину для ін'єкцій, що дає можливість реалізувати поетапний підхід до корекції дефіциту. Таблетована форма може застосовуватися для лікування легкого дефіциту та запобігання розвитку тяжкого дефіциту, тоді як ін'єкційна – для корекції вираженого дефіциту і лікування пацієнтів із неврологічними проявами з подальшим переходом на підтримувальну пероральну терапію.

Продовження на стор. 14.

Дефіцит вітаміну B_{12} як міждисциплінарна проблема: сучасні виклики та шляхи вирішення

За матеріалами симпозіуму «B_{12} Revolution: новий погляд на дефіцити»

Продовження. Початок на стор. 13.

Дефіцит вітаміну B_{12} в ендокринологічній практиці

Доповідь **«Вітамін B_{12} в ендокринології. Метформін-індуковані дефіцити в пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу»** представила **керівниця та старша наукова співробітниця відділу діабетології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України», доктор медичних наук Любов Костянтинівна Соколова**.

Вітамін B_{12} є кофактором лише двох ферментів: метіонінсинтази та метилмалоніл-КоА-мутази. Метіонінсинтаза реметилює гомоцистеїн до метіоніну – попередника S-аденозилметіоніну (SAM), універсального донора метильних груп, необхідного для реакцій метилювання ДНК, РНК, білків, фосфоліпідів і нейромедіаторів, а також для синтезу та підтримання цілісності мієліну. При дефіциті вітаміну B_{12} порушується реметилювання гомоцистеїну до метіоніну, що супроводжується гіпергомоцистеїнемією, зниженням утворення SAM і порушенням процесів метилювання. Метилмалоніл-КоА-мутаза каталізує перетворення метилмалоніл-КоА на сукциніл-КоА, забезпечуючи енергетичний обмін, метаболізм жирних кислот та окремих амінокислот. При дефіциті вітаміну B_{12} накопичення ММК сприяє ушкодженню мієліну та розвитку неврологічних порушень.

Проблема дефіциту вітаміну B_{12} набуває особливої актуальності в ендокринологічній практиці, насамперед у пацієнтів із цукровим діабетом (ЦД) 2 типу. Це пов'язано як із високою поширеністю B_{12}-дефіцитних станів у цієї категорії хворих, так і з тим, що клінічні прояви дефіциту вітаміну B_{12} можуть імітувати ускладнення самого захворювання, зокрема діабетичну периферичну нейропатію.

Метформін як фактор ризику дефіциту вітаміну B_{12}

Метформін залишається препаратом першої лінії для лікування ЦД 2 типу та одним із найчастіше застосовуваних цукрознижувальних засобів у світі. Численні дослідження свідчать про зв'язок тривалого застосування метформіну зі зниженням рівня вітаміну B_{12} та підвищенням ризику розвитку його дефіциту.

Механізми розвитку метформін-індукованого дефіциту вітаміну B_{12} є багатофакторними. Найбільш вивченим вважають порушення кальцій-залежного всмоктування комплексу «вітамін B_{12} – внутрішній фактор Касла» у клубовій кишці. Крім того, метформін може впливати на функцію внутрішнього фактора Касла, змінювати моторику кишечника та сприяти розвитку синдрому надлишкового бактеріального росту, що додатково погіршує засвоєння вітаміну B_{12}. У зв'язку з цим тривале застосування метформіну пов'язане зі зниженням рівня вітаміну B_{12} та підвищенням ризику розвитку його дефіциту (Manso Infante et al., 2021).

Зниження рівня вітаміну B_{12} може проявлятися вже через 3 міс після початку прийому метформіну. Ризик дефіциту зростає зі збільшенням тривалості лікування та кумулятивної дози препарату.

Ці дані узгоджуються з результатами дослідження EMBER за участю 36 740 пацієнтів із ЦД 2 типу. Було показано, що кожен додатковий рік застосування метформіну супроводжується підвищенням ризику дефіциту вітаміну B_{12} приблизно на 5%. У пацієнтів, які отримували препарат протягом 4 років і більше, імовірність дефіциту була на 41% вищою, а ризик пограничного дефіциту – на 27% вищим порівняно з особами, що застосовували метформін менше ніж 4 роки (Hurley-Kim et al., 2023).

Висока поширеність дефіциту вітаміну B_{12} серед пацієнтів із ЦД 2 типу, які тривалий час отримують метформін, продемонстрована також у дослідженні Tayong та співавторів. У дослідженні за участю 320 пацієнтів лише в 10% рівень вітаміну B_{12} був нормальним, тоді як у 24% було виявлено легкий дефіцит, а у 66% – лабораторно підтверджений дефіцит вітаміну B_{12}. Дефіцит був достовірно пов'язаний зі старшим віком, ожирінням, більшою тривалістю ЦД 2 типу і тривалим застосуванням метформіну (Tayong et al., 2025).

З огляду на клінічні наслідки дефіциту вітаміну B_{12}, сучасні міжнародні рекомендації передбачають періодичний моніторинг його рівня у пацієнтів, які тривало отримують метформін, особливо за наявності анемії, периферичної нейропатії або інших симптомів, потенційно пов'язаних із дефіцитом вітаміну B_{12}.

Важливість такого підходу підкреслює і міжнародний консенсус експертів за методом Delphi, відповідно до якого застосування метформіну розглядається як фактор ризику розвитку дефіциту вітаміну B_{12} (Obeid R. et al., 2024).

Необхідність моніторингу рівня вітаміну B_{12} також відображена в міжнародних рекомендаціях щодо ведення пацієнтів із ПМОС. Зокрема, під час терапії метформіном рекомендовано враховувати ризик розвитку дефіциту вітаміну B_{12}, особливо в пацієнтів із додатковими факторами ризику, зокрема ЦД, перенесеними баріатричними втручаннями, перніціозною анемією або веганським типом харчування (Teede et al., 2023).

Таким чином, пацієнтів, які тривало отримують метформін, слід розглядати як групу підвищеного ризику розвитку дефіциту вітаміну B_{12}, що обґрунтовує необхідність регулярного лабораторного моніторингу та своєчасної корекції виявлених порушень.

Дефіцит вітаміну B_{12} і діабетична нейропатія

Клінічне значення метформін-асоційованого дефіциту вітаміну B_{12} значною мірою пов'язане з його впливом на нервову систему. Це питання має особливе значення для пацієнтів із ЦД 2 типу, оскільки порушення вуглеводного обміну саме по собі супроводжується підвищеним ризиком ураження периферичних нервів.

Відомо, що прediабет є фактором ризику хронічної аксональної полінейропатії та ураження дрібних нервових волокон. За даними систематичного огляду, прediабет виявляють приблизно у 40% пацієнтів із периферичною нейропатією невстановленої етіології. Водночас прогресування порушень вуглеводного обміну від прediабету до маніфестного ЦД супроводжується прогресуванням ураження периферичних нервів, тоді як нормалізація толерантності до глюкози пов'язана зі зменшенням цих змін.

За таких умов дефіцит вітаміну B_{12} може бути додатковим чинником ураження нервової системи та зумовлювати розвиток або прогресування нейропатії. Особливу клінічну увагу привертають пацієнти з діабетичною периферичною нейропатією (ДПН).

За даними Hayat та співавт., дефіцит вітаміну B_{12} було виявлено у 48,2% пацієнтів із підтвердженою ДПН, що свідчить про можливу роль недостатності вітаміну B_{12} як потенційно модифікованого чинника ризику неврологічних ускладнень (Hayat et al., 2025).

Отже, терапевтична стратегія в разі потенційного дефіциту вітаміну B_{12} при застосуванні метформіну передбачає:

- скринінг: регулярне визначення рівня вітаміну B_{12} щороку в усіх пацієнтів, які приймають метформін. Варто починати з простого визначення рівня вітаміну B_{12} та гомоцистеїну;
- профілактику та лікування: обґрунтовано призначення пероральних високодозових форм вітаміну B_{12} (1000 мкг), оскільки саме високі дози дають можливість обійти заблоковані метформіном рецептори шляхом пасивної дифузії в кишечнику;
- очікувані клінічні результати: корекція дефіциту вітаміну B_{12}, зменшення вираженості неврологічних проявів, зокрема невропатичного болю, покращення когнітивних функцій у пацієнтів із B_{12}-дефіцитом та профілактика гематологічних проявів дефіциту.

Таким чином, дефіцит вітаміну B_{12} розглядається як важливий потенційно модифікований чинник ризику неврологічних ускладнень у пацієнтів із ЦД 2 типу. Тому моніторинг B_{12}-статусу є важливою складовою комплексного ведення пацієнтів, які тривалий час застосовують метформін. Особливої уваги потребують пацієнти з ознаками периферичної нейропатії, оскільки дефіцит вітаміну B_{12} може ускладнювати клінічну оцінку та перебіг неврологічних проявів ЦД.

Вітамін B_{12} у прегравідарній підготовці та під час вагітності

Доповідь **«Вагітність та вітамін B_{12}: новий погляд на дефіцити»** представила **керівниця наукового відділення патології вагітності та пологів ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», доктор медичних наук, професор Ірина Анатоліївна Жабченко**.

Вітамін B_{12}, фолатний цикл і розвиток плода

Вітамін B_{12} відіграє ключову роль ще на етапі планування вагітності та протягом усього періоду гестації.

Одним із основних механізмів дії вітаміну B_{12} є його участь у фолатному циклі та реакціях метилювання, що відіграють важливу роль у синтезі ДНК, процесах клітинного поділу, ембріогенезі та розвитку плода.

За дефіциту ціанокобаламіну порушується реметилювання гомоцистеїну до метіоніну та знижується синтез SAM – універсального донора метильних груп, необхідного для регуляції експресії генів і синтезу ДНК. Наслідком цього є розвиток гіпергомоцистеїнемії, яка пов'язана з ендотеліальною дисфункцією, порушенням плацентарного кровотоку та несприятливим впливом на ембріональний розвиток. Водночас дефіцит SAM супроводжується порушенням процесів метилювання ДНК, що може негативно впливати на закриття нервової трубки та розвиток нервової системи плода (Maher, 2025).

Особливого значення набуває той факт, що дефіцит вітаміну B_{12} здатний призводити до порушень фолатного циклу навіть за достатнього надходження фолієвої кислоти. У результаті формується так звана «фолатна пастка», що супроводжується накопиченням гомоцистеїну, порушенням синтезу метіоніну та погіршенням процесів метилювання, критично важливих для нормального перебігу вагітності та розвитку плода.

Клінічне значення дефіциту вітаміну B_{12} під час вагітності

Вагітність супроводжується підвищенням потреби у вітаміні B_{12}, яка становить приблизно 2,6 мкг на добу, тоді як у період лактації потреба зростає до 2,8 мкг на добу. Оскільки вітамін B_{12} активно транспортується через плаценту та бере участь у забезпеченні потреб плода, його дефіцит у матері може несприятливо впливати на внутрішньоутробний розвиток дитини.

Недостатня забезпеченість вітаміном B_{12} пов'язана з підвищеним ризиком виникнення дефектів нервової трубки, прееклампсії, передчасних пологів, народження дітей із низькою масою тіла і затримки неврологічного розвитку. Дефіцит вітаміну B_{12} може негативно впливати на репродуктивну функцію, зумовлюючи зниження якості ооцитів, порушення овуляції, погіршення процесів імплантації та зниження частоти живонародження (Ley et al., 2025; Maher, 2026).

Клінічні прояви дефіциту вітаміну B_{12} під час вагітності часто є неспецифічними і можуть нагадувати типові скарги вагітних, такі як: втома, слабкість, запаморочення, зниження концентрації уваги або розлади з боку ШКТ. Через це за наявності факторів ризику чи стійких симптомів доцільним є лабораторний контроль показників забезпеченості організму вітаміном B_{12}.

Особливого значення набуває своєчасне виявлення та корекція дефіциту B_{12} ще на етапі прегравідарної підготовки. Формування нервової трубки та інші критичні етапи ембріогенезу відбуваються на ранніх термінах вагітності, тому оптимальний рівень вітаміну B_{12} бажано забезпечити ще до зачаття.

У разі виявлення дефіциту вітаміну B_{12} під час вагітності корекцію слід розпочинати якомога раніше. Тактика лікування залежить від ступеня дефіциту та наявності клінічних проявів. Згідно з рекомендаціями NICE Clinical Guidelines (2024), при призначенні пероральних препаратів вітаміну B_{12} з метою корекції дефіциту під час вагітності або грудного вигодовування слід розглядати застосування вітаміну B_{12} у дозі не менше 1 мг на добу. Водночас зазначені рекомендації ґрунтуються на сучасних даних доказової медицини та міжнародних клінічних настановах і можуть відрізнятися від затверджених інструкцій для медичного застосування окремих лікарських засобів у різних країнах. Тому остаточне рішення щодо необхідності терапії, вибору лікарського засобу, його дози, шляху введення та тривалості лікування має прийматися лікарем індивідуально з урахуванням клінічної ситуації, результатів лабораторних досліджень, супутньої патології та співвідношення користі й потенційних ризиків. Ефективність лікування доцільно контролювати шляхом лабораторного моніторингу.

Вітамін B_{12} і фолієва кислота: чому важливий баланс?

Фолієва кислота і вітамін B_{12} перебувають у тісному метаболічному взаємозв'язку та спільно забезпечують нормальний клітинний поділ, синтез ДНК і ембріональний розвиток. У зв'язку з цим для нормального

перебігу вагітності важливе значення має не лише достатнє забезпечення кожним із цих вітамінів, а й підтримання їх оптимального балансу.

Одним із ключових наслідків дефіциту вітаміну B_{12} є розвиток так званої фолатної пастки, коли фолати накопичуються у формі 5-метилтетрагідрофолату та не можуть бути залучені до інших реакцій фолатного циклу.

Унаслідок порушення реметилювання гомоцистеїну до метіоніну знижується утворення метіоніну та SAM, розвивається гіпергомоцистеїнемія та погіршуються процеси метилювання. Водночас високі дози фолієвої кислоти можуть маскувати гематологічні прояви дефіциту вітаміну B_{12}, тоді як неврологічні порушення і далі прогресують.

За сучасними даними, порушення метаболізму фолатів і вітаміну B_{12} може бути пов'язане з розвитком оксидативного стресу, хронічного запалення та інсулінорезистентності, які розглядаються як потенційні фактори ризику гестаційного діабету (Su, 2026).

Вітамін B_{12} у період лактації

Період лактації є важливим етапом забезпечення дитини вітаміном B_{12}. Цей вітамін активно надходить до грудного молока, причому його концентрація є найвищою в молозиві протягом перших діб після пологів. Тому забезпеченість матері вітаміном B_{12} значною мірою визначає надходження цього нутрієнта до немовляти.

Дефіцит вітаміну B_{12} у жінки під час грудного вигодовування може призводити до розвитку мегалобластної анемії, неврологічних порушень і затримки розвитку в дітей, які перебувають на виключно грудному вигодовуванні.

Особливої уваги щодо контролю рівня вітаміну B_{12} потребують жінки з вегетаріанським або веганським типом харчування, а також пацієнтки із захворюваннями ШКТ чи іншими чинниками ризику розвитку дефіциту цього вітаміну.

Таким чином, забезпечення адекватного рівня вітаміну B_{12} необхідно розглядати як важливу складову прегравідарної підготовки, ведення вагітності та лактації. Своєчасне виявлення і корекція дефіциту вітаміну B_{12} сприяють нормальному перебігу вагітності, розвитку плода та подальшому здоров'ю дитини.

Неврологічні прояви дефіциту вітаміну B_{12}

Дефіцит вітаміну B_{12} є важливою та нерідко недооціненою причиною неврологічних порушень у клінічній практиці. За даними міжнародного консенсусу експертів за методом Delphi у 2024 р., неврологічні прояви спостерігаються у 30-50% пацієнтів із дефіцитом вітаміну B_{12}, причому вони можуть виникати навіть за відсутності анемії чи інших характерних гематологічних змін. Важливим клінічним аспектом є те, що у 25% пацієнтів тяжкі неврологічні симптоми можуть зберігатися попри нормалізацію біохімічних маркерів дефіциту вітаміну B_{12}, а відновлення окремих неврологічних функцій може потребувати багатьох місяців лікування (Obeid R. et al., 2024).

Дефіцит вітаміну B_{12} в неврології

Доктор медичних наук, професор неврології, професор кафедри загальної і медичної психології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця Тетяна Миколаївна Слободін представила доповідь **«Від прихованого дефіциту B_{12} до неврологічних проявів»**.

Однією з головних проблем дефіциту вітаміну B_{12} є складність його своєчасного розпізнавання. Клінічні прояви розвиваються поступово та часто маскуються під інші захворювання або вікові зміни. При цьому неврологічні симптоми можуть виникати незалежно від анемії та інших гематологічних ознак дефіциту.

До найбільш характерних неврологічних проявів дефіциту вітаміну B_{12} належать парестезії, оніміння та поколювання в кінцівках, порушення чутливості, рівноваги й координації рухів.

Для B_{12}-дефіцитної полінейропатії типове симетричне ураження периферичних нервів із переважним залученням довгих чутливих волокон.

Вітамін B_{12} бере участь у процесах синтезу та підтримання цілісності мієлінової оболонки, що забезпечує нормальне функціонування нервової системи.

Порушення процесів мієлінізації при дефіциті вітаміну B_{12} є одним із ключових механізмів розвитку неврологічних проявів, які можуть виникати навіть за відсутності виражених гематологічних змін.

Особливої уваги потребують пацієнти з ЦД. Хоча ДПН є найпоширенішою формою ураження периферичної нервової системи при ЦД, не всі неврологічні симптоми в таких хворих зумовлені виключно діабетом. За різними даними, у 10-50% пацієнтів можуть бути наявні додаткові або альтернативні причини нейропатії, серед яких важливе місце посідає дефіцит вітаміну B_{12}. Тому поява або прогресування нейропатичних симптомів у пацієнтів із ЦД є підставою для оцінки B_{12}-статусу.

Сучасна діагностика дефіциту вітаміну B_{12} має важливе значення для запобігання прогресуванню неврологічних порушень, які в окремих випадках можуть супроводжуватися демієлінізацією структур спинного мозку, розвитком сенситивної атаксії та стійкими порушеннями ходи. Навіть після нормалізації лабораторних показників повне відновлення неврологічних функцій досягається не в усіх пацієнтів (Obeid R. et al., 2024).

Дефіцит вітаміну B_{12} і когнітивні порушення

Дефіцит вітаміну B_{12} може проявлятися не лише класичними неврологічними симптомами, а й широким спектром нейропсихіатричних порушень. Серед можливих проявів описані хронічна втома, апатія, дратівливість, тривога, депресивні розлади, порушення концентрації уваги та сну. У тяжчих випадках можуть виникати когнітивні порушення, галюцинації, дезорганізація мислення та деменція (Mohan et al., 2022; Stabler, 2013).

Особливо важливо пам'ятати, що дефіцит вітаміну B_{12} належить до потенційно зворотних причин когнітивних порушень і деменції. У зв'язку з цим оцінка B_{12}-статусу є доцільною складовою обстеження пацієнтів зі зниженням пам'яті, когнітивними порушеннями або ознаками деменції (Stabler, 2013).

Показовим є клінічний випадок 68-річної пацієнтки зі швидким прогресуванням когнітивних порушень, які первинно відповідали клінічній картині інших причин деменції. Під час обстеження було виявлено виражений дефіцит вітаміну B_{12} (86 пг/мл) та підвищення рівня гомоцистеїну. Після трьох місяців терапії ціанокобаламіном спостерігали суттєве поліпшення когнітивних функцій, а оцінка за шкалою MMSE (Mini-Mental State Examination – стандартизований опитувальник із 30 пунктів, який використовують для швидкої оцінки когнітивних функцій: пам'яті, орієнтації, уваги і мовлення, а також для скринінгу таких станів, як деменція або делірій. – *Прим. ред.*) зросла з 13 до 26 балів. Цей клінічний випадок ілюструє, що дефіцит вітаміну B_{12} може супроводжуватися когнітивними порушеннями, подібними до клінічної картини інших причин деменції, а своєчасна корекція дефіциту може забезпечувати суттєве покращення когнітивних функцій (Mohan et al., 2022).

Сучасні підходи до діагностики дефіциту вітаміну B_{12} у неврологічних пацієнтів

Своєчасна діагностика дефіциту вітаміну B_{12} має важливе значення для профілактики незворотних неврологічних ускладнень. Проте визначення лише сироваткового рівня вітаміну B_{12} не завжди дає можливість достовірно підтвердити або виключити дефіцит, оскільки в частини пацієнтів із характерними клінічними проявами показники вітаміну B_{12} можуть лишатися в межах референтних значень (рисунок).

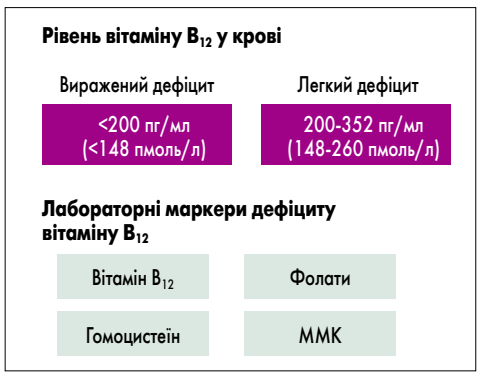


Рисунок. Показники дефіциту вітаміну B_{12} у крові

У таких випадках доцільним є використання функціональних маркерів дефіциту – ММК і гомоцистеїну. Підвищення рівня ММК є найбільш специфічним лабораторним маркером дефіциту B_{12}, тоді як гіпергомоцистеїнемія може спостерігатися в разі дефіциту як вітаміну B_{12}, так і фолатів. Використання цих показників у межах поетапного діагностичного алгоритму дає змогу підвищити точність діагностики, особливо в пацієнтів із граничними рівнями вітаміну B_{12} (Langan і Zawistoski, 2011; Stabler, 2013).

Важливе значення має диференційна діагностика дефіциту вітаміну B_{12} і фолієвої кислоти. Обидва стани можуть супроводжуватися мегалобластною анемією та підвищенням рівня гомоцистеїну, однак саме дефіцит вітаміну B_{12} пов'язаний із розвитком неврологічних і нейропсихічних порушень. Крім того, ізольоване призначення фолієвої кислоти може усувати гематологічні прояви дефіциту, водночас маскуючи недостатність вітаміну B_{12} і відтерміновуючи встановлення правильного діагнозу. Поєднання клінічної оцінки, визначення рівня вітаміну B_{12} і функціональних маркерів підвищує ефективність ранньої діагностики дефіцитних станів та своєчасної їх корекції до розвитку стійких неврологічних порушень.

Клінічне значення своєчасної корекції дефіциту вітаміну B_{12}

Для невролога дефіцит вітаміну B_{12} має особливе клінічне значення у зв'язку зі здатністю спричиняти широкий спектр потенційно оборотних неврологічних і нейропсихічних порушень. Безпосереднім наслідком недостатності вітаміну B_{12} можуть бути полінейропатія, порушення ходи, сенситивна атаксія, когнітивне зниження, депресивні розлади та навіть деменція. При цьому неврологічні прояви нерідко виникають за відсутності анемії та інших класичних лабораторних ознак дефіциту.

Особливої уваги потребують пацієнти з ЦД 2 типу, які тривалий час отримують метформін, а також особи літнього віку, пацієнти із захворюваннями ШКТ та іншими чинниками ризику розвитку B_{12}-дефіцитних станів. У цих групах пацієнтів своєчасна оцінка B_{12}-статусу дає можливість виявити потенційно оборотні причини неврологічних порушень і своєчасно розпочати їх корекцію.

Вирішальне значення для ефективності лікування має своєчасний початок терапії.

На ранніх стадіях дефіциту неврологічні порушення часто є оборотними, тоді як при тривалому дефіциті вітаміну B_{12} частина змін може зберігатися навіть після нормалізації лабораторних показників. Саме тому сучасний підхід до ведення пацієнтів із дефіцитом вітаміну B_{12} базується не лише на корекції вже наявних порушень, а й на активному виявленні та лікуванні ранніх, субклінічних форм дефіциту.

Тактика лікування

Корекція дефіциту вітаміну B_{12} зазвичай передбачає застосування препаратів вітаміну B_{12} у високих дозах. Використання дозування 1000 мкг є доцільним для ефективної корекції дефіциту та профілактики його клінічних наслідків.

У пацієнтів із рівнем вітаміну B_{12} <200 пг/мл та наявністю тяжких клінічних проявів або неврологічних симптомів лікування доцільно розпочинати з парентеральних форм вітаміну B_{12} протягом кількох тижнів із подальшим переходом на підтримувальну пероральну терапію. При рівнях вітаміну B_{12} 200-352 пг/мл за відсутності тяжких проявів можливе застосування пероральних форм із повторною оцінкою B_{12}-статусу через 3 місяці.

Лікування рекомендується продовжувати до досягнення стійкої нормалізації показників B_{12}-статусу та максимально можливого регресу клінічних проявів дефіциту.

Для реалізації такої стратегії можуть використовуватись як пероральні, так і парентеральні форми ціанокобаламіну. Вітапромпт® B_{12} містить 1000 мкг ціанокобаламіну та представлений у формі таблеток і розчину для ін'єкцій, що дає змогу застосовувати препарат на різних етапах корекції дефіциту вітаміну B_{12}.

Висновки

Вітамін B_{12} є незамінним кофактором метіонінсинтази та метилмалоніл-КоА-мутази — ферментів, які забезпечують нормальний перебіг фолатного циклу, синтез ДНК, процеси метилювання, кровотворення, енергетичний обмін, а також синтез і підтримання цілісності мієлінової оболонки нервових волокон. Саме тому дефіцит кобаламіну може супроводжуватися широким спектром гематологічних, неврологічних, когнітивних, репродуктивних і метаболічних порушень.

Особливістю B_{12}-дефіцитних станів є їхня клінічна гетерогенність і часта відсутність специфічних проявів на ранніх стадіях. Неврологічні та когнітивні порушення можуть розвиватися навіть за відсутності анемії або інших характерних гематологічних змін, що ускладнює своєчасну діагностику.

Особливої уваги потребують особи літнього віку, пацієнти із захворюваннями ШКТ, жінки на етапі прегравідарної підготовки, вагітні та жінки в період лактації, особи з вегетаріанським або веганським типом харчування, пацієнти після баріатричних утручань, а також хворі, які тривалий час застосовують метформін або препарати, що знижують кислотність шлункового соку.

З огляду на обмежену інформативність ізольованого визначення сироваткового рівня вітаміну B_{12}, сучасна діагностика має поєднувати клінічну оцінку з визначенням лабораторних і, за необхідності, функціональних маркерів дефіциту. Раннє виявлення та своєчасна корекція недостатності вітаміну B_{12} допомагають запобігати розвитку незворотних уражень нервової системи, покращувати клінічні результати лікування та підтримувати якість життя пацієнтів.

Таким чином, моніторинг B_{12}-статусу та своєчасна корекція виявленого дефіциту мають розглядатися не лише як спосіб лікування вже сформованих порушень, а насамперед як інструмент їх ранньої профілактики в осіб груп ризику.

Список літератури – у редакції.

Підготувала ***Ганна Кирпач***

Реклама

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

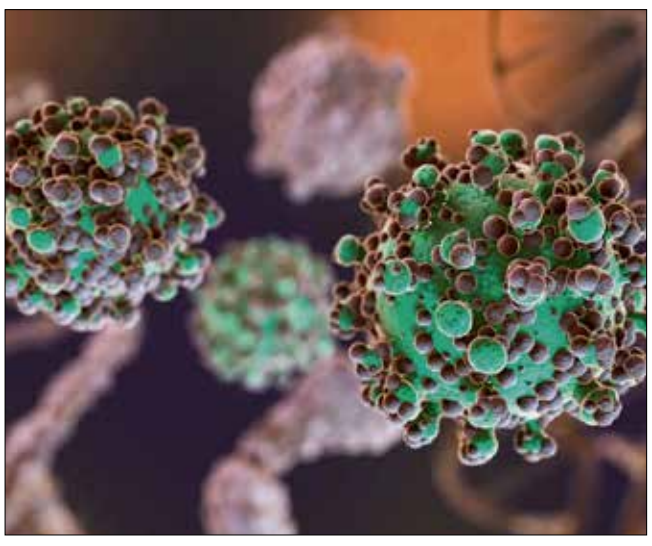
Видавничий дім
«Здоров'я України»

Health-ua.com

ВПЛ-асоційовані захворювання на межі другої чверті XXI століття

С.М. Бакшеєв

У рамках майстер-класу «Репродуктивне здоров'я – метаболізм та яєчники» (23-24 квітня, організатор – група компаній «МедЕксперт») було представлено доповідь лікаря акушера-гінеколога, репродуктолога, завідувача жіночої консультації КНП «Київський міський пологовий будинок № 3», кандидата медичних наук Сергія Миколайовича Бакшеєва «ВПЛ-асоційовані захворювання на межі другої чверті XXI ст. Еволюція знань про ВПЛ. Чи відповідає державна програма вакцинації сучасним світовим трендам?».
Ключові слова: вірус папіломи людини, ВПЛ-асоційовані захворювання, вакцинація проти ВПЛ, рак шийки матки, репродуктивне здоров'я.



Вірус папіломи людини (ВПЛ) належить до найпоширеніших збудників інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом, проте реальні масштаби інфікування людство усвідомило лише у XXI ст. Тривалий час прояви ВПЛ-інфекції розглядали поза зв'язком із вірусною природою, і на шлях від перших клінічних спостережень до молекулярної онкогінекології було витрачено понад сто років.

ВПЛ-асоційовані захворювання зумовлюють відчутний медичний та економічний тягар, а єдиною доведеною стратегією протидії залишається вакцинація.

Внесення вакцинації проти ВПЛ до Національного календаря профілактичних щеплень в Україні у 2026 році відкриває нову сторінку профілактики, але водночас лишаються невирішеними питання схеми введення й охоплення, через що ця тема є значущою для широкого кола спеціалістів у галузі репродуктивної медицини.

Історична еволюція уявлень про ВПЛ

Проблему ВПЛ доцільно розглядати в історичній перспективі – як перехід від міфологічного тлумачення до молекулярної онкогінекології. На перші описи бородавок натрапляємо ще в давньоєгипетському папірусі Еберса (близько 1550 р. до н.е.); різні типи бородавок і генітальних утворень описував Гіппократ, в античному Римі їх систематизували, а термін «кондилома» вживав Гален. До кінця XIX – початку XX ст. проявам ВПЛ-інфекції приписували надприродне походження, не пов'язуючи їх з інфекційним чинником.

Вірусну природу бородавок доведено на початку XX ст.: екстракт із бородавок пропускали крізь фільтри, що затримували бактерії, і він зберігав здатність передавати захворювання. У 1930 році під час ветеринарних досліджень виявили папіломавірус у кролів та його зв'язок із пухлинним ростом. У 1983-1984 роках Гаральд цур Гаузен виокремив 16-й і 18-й типи ВПЛ у людини, а у 2008 році за відкриття ролі ВПЛ у розвитку раку шийки матки отримав Нобелівську премію. Таким чином, від доведення вірусної природи бородавок до Нобелівського визнання минуло близько століття – це приблизно три покоління лікарів.

Сучасні уявлення про природу інфекції

ВПЛ є проблемою і жінок, і чоловіків, а не лише стосується питання раку шийки матки. Вірус не формує імунітету, тому повторне інфікування можливе впродовж усього життя; водночас він може самостійно елімінуватися. Це визначає принципову відмінність лікувальної тактики: ВПЛ-інфекцію не лікують противірусними засобами, не призначають імуномодуляторів і не застосовують підходів, як у разі герпесвірусної інфекції. Єдиною стратегією протидії залишається вакцинація.

Усталеного зв'язку інфікування з кількістю статевих партнерів сучасні дані не підтверджують: інфікування можливе й у моногамних парах, а нові епізоди з'являються без нових статевих контактів. Тому трактування ВПЛ як маркера невірності є хибним і шкодить клінічній комунікації. Чи є шлях зараження виключно статевим, чи також контактним – остаточно не з'ясовано.

Спектр ВПЛ-асоційованих захворювань

Спектр ВПЛ-асоційованих станів виходить за межі онкології шийки матки й охоплює не лише погіршення якості життя через кондиломи та папіломи, а й онкопатологію різної локалізації. Назофарингеальний рак чітко пов'язаний із 16-м і 18-м типами ВПЛ, і в США кількість випадків такого раку в чоловіків уже перевищує число випадків раку шийки матки в жінок. За даними 2024 року, загальна кількість випадків ВПЛ-асоційованого раку становила близько 21,8 тис. у жінок і 16 тис. у чоловіків. Окремий напрям – вплив ВПЛ на якість сперматозоїдів і роль інфекції в репродуктивній медицині та допоміжних репродуктивних технологіях, дослідження яких на початковому етапі.

За відсутності профілактики після лікування ВПЛ-асоційованого раку зростає ризик пухлин іншої локалізації: у пацієнток із раком шийки матки ймовірність раку вульви і піхви підвищується у 8 разів, за наявності раку вульви ризик раку анального каналу зростає у 14 разів, а рак анального каналу збільшує у 5 разів імовірність раку ротоглотки, також пов'язаного з 16-м і 18-м типами ВПЛ. Епідеміологічний профіль інфікування різниться за статтю: у жінок пік припадає на період активного статевого життя зі зниженням до 50 років, тоді як у чоловіків високий рівень інфікування зберігається впродовж усього життя.

Вакцинопрофілактика та світові тренди

Ефективність вакцинації підтверджує досвід країн, що першими впровадили відповідні програми, а саме Австралії та Великої Британії, де рівень кондиломатозу знизився більш ніж на 80%. За даними 2022 року, тягар ВПЛ-асоційованого раку в Україні оцінюють у десятки тисяч смертей, сотні тисяч втрачених років життя та економічними збитками на рівні близько 393 млн доларів, не пов'язаних із війною.

Понад 83 країни перейшли на гендерно нейтральну вакцинацію, що охоплює також хлопчиків і чоловіків, за рекомендованою однодозовою схемою. В Україні з 2026 року вакцинацію проти ВПЛ внесено до Національного календаря профілактичних щеплень із однією дозою та безоплатним щепленням дівчат 12-13 років. Крім того, Київрада ухвалила рішення щодо ширшого впровадження вакцинації у столиці.

Дискусійні питання

Окреме місце посідає питання щодо схеми вакцинації. Однодозова схема, рекомендована ВООЗ, забезпечує профілактику інфікування ВПЛ, проте її здатність запобігати ВПЛ-асоційованому раку залишається невизначеною: спостережень, що тривали б понад 10 років, наразі немає, що підживлює дискусію про доцільність другої дози.

Ситуацію ускладнює низьке охоплення вакцинацією підлітків.

Подальший розвиток профілактики пов'язують зі зміною технологій, зокрема з вакцинами, що не потребують внутрішньом'язового введення.

Інший предмет дискусії – типові помилки ведення пацієнтів, до яких дотичні не лише лікарські консультації, а й блогерський простір. Найпоширеніша з них – уявлення про неминучість раку в разі позитивного результату: навіть виявлення 16-го чи 18-го типу ВПЛ не означає обов'язкового розвитку онкопатології, а лише визначає потребу в активному спостереженні та актуалізує питання вакцинації. Друге хибне уявлення – інфікування потрактовують як доказ зради партнера, що не узгоджується з можливістю зараження поза новими статевими контактами.

На противагу цим уявленням клінічний підхід зводиться до простих принципів: ВПЛ-інфекцію не лікують і не призначають імуномодуляторів, а вакцинація не має технічних перешкод і добре переноситься.

Отже, вакцинація залишається єдиною доведеною стратегією протидії ВПЛ-інфекції: її не лікують противірусними засобами й не призначають імуномодуляторів. Уведення однієї дози вакцини у підлітків до початку статевого життя профілактує інфікування ВПЛ, але не рак, асоційований із ВПЛ, оскільки спостережень тривалістю понад 10 років наразі бракує. Охоплення підлітків вакцинацією залишається низьким, що є проблемою світового масштабу. Водночас технології вакцинації змінюються, зокрема з'являються вакцини, що не потребують внутрішньом'язового введення. Впровадження сучасних медичних технологій значною мірою залежить від нового покоління лікарів, яке має можливість змінювати клінічну практику й популяризувати вакцинацію, зокрема через сучасні комунікаційні канали.

Підготувала ***Юлія Коваль***

Перинатальна допомога при екстремально передчасних пологах до 27 тижнів гестації

Клінічна настанова Британської асоціації перинатальної медицини (BAPM) 2026 року

Екстремально передчасні пологи, які відбуваються до 27 тижнів гестації, щорічно торкаються тисяч сімей у всьому світі й залишаються провідною причиною перинатальної смертності та нейророзвиткової інвалідності в дитячому віці. Впровадження нових підходів до виживання-орієнтованої допомоги, зокрема розширення її меж до 22 тижнів, ставить перед клініцистами складні медичні, етичні та організаційні завдання. Відсутність уніфікованих алгоритмів прийняття рішень на національному рівні призводить до значної варіабельності практики між закладами. Оновлена настанова BAPM 2026 року пропонує структурований і ризик-стратифікований підхід, який може бути орієнтиром для розробки відповідних протоколів, зокрема в Україні.
Ключові слова: екстремально передчасні пологи, стратифікація ризику, перинатальна смертність, виживання-орієнтована допомога, неонатальна інтенсивна терапія.

Народження дитини до 27 тижнів гестації залишається одним із найбільш клінічно та етично складних викликів сучасної перинатальної медицини. Надзвичайно передчасно народжені немовлята є найвразливішими пацієнтами неонатальних відділень, і рішення щодо обсягу медичної допомоги для них потребують поєднання актуальних доказових даних, мультидисциплінарної взаємодії та поваги до позиції батьків.

Після впровадження настанов BAPM 2019 року кількість немовлят, народжених на 22-му тижні гестації, яким надавалася виживання-орієнтована допомога (survival focused care), зросла втричі. Це суттєво змінило акушерську практику: різко зросла потреба в допологовому переведенні вагітних до закладів із відділенням неонатальної інтенсивної терапії (ВНІТ). Оновлена редакція настанови 2026 року містить актуальні дані щодо виживаності та нейророзвитку для когорт 2020-2021 років народження в Англії та Уельсі, уточнює підходи до стратифікації ризику і включає розширені рекомендації для неоднозначних клінічних ситуацій. Для акушерів, неонатологів і перинатальних бригад ця настанова є цінним практичним орієнтиром у роботі з найвразливішими пацієнтами та їхніми родинами.

Настанова BAPM 2019 року змінила попередні рекомендації 2008 року й уперше запровадила концепцію виживання-орієнтованої допомоги для немовлят починаючи з 22тижнів гестації на основі стратифікованого за ризиком підходу з обов'язковим мультидисциплінарним обговоренням із батьками. Цей крок був обґрунтований покращенням виживаності екстремально передчасно народжених немовлят у Великобританії та інших країнах (Mehler, 2016; Patel, 2017; Norman, 2019; Myrhaug, 2019). Зростало й визнання ролі батьків у прийнятті перинатальних рішень, а також впливу готовності надавати виживання-орієнтованої допомоги на кінцеві результати (Rysavy, 2015).

Так, з-поміж народжених немовлят, 2 з 10, яким було надано виживання-орієнтовану допомогу, та 3 з 10 госпіталізованих дожили до виписки з неонатального відділення – загалом 13 осіб у 2018-2019 рр. та 39 у 2020-2021 рр. (Smith, 2023). Змінилася й акушерська практика: зросла потреба в переведенні вагітних між 22-23-м тижнями гестації до ВНІТ при загрозі передчасних пологів (Griffin, 2025).

Редакція 2026 року включає оновлені дані про виживаність у немовлят віком 22-26^{+6} тижнів гестації, народжених в Англії та Уельсі у 2020-2021 роках. Настанова акцентує увагу на необхідності командної роботи перинатальних фахівців – акушерів, неонатологів і транспортних служб, – для ретельної оцінки факторів ризику (а не лише гестаційного терміну) при прийнятті рішень у найуразливішій когорті немовлят. Ведення таких пацієнтів завжди потребує індивідуалізованого підходу під керівництвом старших фахівців; спільне консультування акушерської та неонатальної команди рекомендоване в будь-якому можливому випадку.

Підхід до прийняття рішень на основі оцінки ризику

Ключовим аспектом рішень щодо призначення життєзберігаючого лікування є прогноз для дитини – ймовірність прийнятного чи неприйнятного результату. Оцінка ризику має базуватися на загальному профілі ризику для дитини, тобто на поєднанні гестаційного терміну та позитивних чи негативних факторів ризику, а не лише на гестаційному терміні або будь-якому одиночному факторі. Настанова рекомендує покроковий підхід, що включає три ключові етапи: (1) оцінку профілю ризику, (2) консультування батьків та їх залучення до прийняття рішень, (3) узгодження та документування плану ведення.

Оцінка ризику з урахуванням гестаційного терміну

Згідно з вимогами Національного інституту охорони здоров'я і досконалості медичної допомоги (NICE), усім вагітним у Великобританії пропонується раннє ультразвукове дослідження (УЗД) між 10^{+0} та 13^{+6} тижнями з вимірюванням куприкотім'яного розміру (КТР) для визначення гестаційного терміну. Точність методу становить ±5 днів у 95% випадків (NICE NG201). Після 14^{+0} тижнів гестацію оцінюють за окружністю голівки плода з похибкою 6-7 днів на 14-му тижні, що зростає до 12-14 днів на 26-му тижні (Papageorghiou, 2016). Якщо датуюче УЗД не проводилось, оцінка гестаційного терміну може бути неточною.

Виживаність немовлят, народжених екстремально передчасно, поступово покращується з 2006 року. Показники виживаності суттєво відрізняються залежно від знаменника. У немовлят, народжених на 22-му тижні гестації, виживаність до виписки з неонатального відділення складає: близько 8% – серед дітей, живих на початку пологів; 10% – серед живонароджених; 20% – серед немовлят, які отримували виживання-орієнтовану допомогу, і 30% – серед госпіталізованих до ВНІТ. При більших термінах виживаність (як відсоток від госпіталізованих до ВНІТ) значно вища: ~50% на 23-му тижні, ~70% – на 24-му, ~80% – на 25-му, ~85% – на 26-му тижні гестації.

Один із 10 немовлят, народжених на 22-му тижні, та 1 з 5 – на 23-му тижні, госпіталізованих до ВНІТ, виживають без значних коморбідностей (за винятком бронхолегеневої дисплазії, визначеної як потреба в будь-якій респіраторній підтримці на 36-му тижні постменструального віку). Усі немовлята, народжені на 22-23-му тижні, які вижили, мали ознаки бронхолегеневої дисплазії (Smith, 2023).

Довгострокові наслідки

Настанова рекомендує використовувати категорію «тяжкого порушення розвитку» (severe impairment), визначену робочою групою BAPM 2008 року. Вона включає будь-яке з наступного:

- тяжке когнітивне порушення з IQ <55 (< -3 SD), що зазвичай потребує спеціальної освітньої підтримки та постійного нагляду;
- тяжкий церебральний параліч – ≥ 3 ступеня за Системою класифікації великих моторних функцій (GMFCS);
- сліпота або глибока приглухуватість.

Ризик тяжкого порушення розвитку у вижилих немовлят, що отримували виживання-орієнтовану допомогу (дані 2008-2018 рр., van Blankenstein, 2024): 22^{+0}-22^{+6} тижнів – 1 з 3; 23^{+0}-23^{+6} тижнів – 1 з 4; 24^{+0}-24^{+6} тижнів – 1 з 5; 25^{+0}-25^{+6} тижнів – 1 з 9; 26^{+0}-26^{+6} тижнів – 1 з 12.

Модифікована оцінка ризику

До факторів, що підвищують ризик несприятливих наслідків, належать: чоловіча стать плода, багатоплідна вагітність, вроджені вади розвитку, затримка росту плода. У багатоплідній вагітності ризик може різнитися між плодами, тому кожен розглядається індивідуально, й оптимальна тактика може не бути однаковою у всіх дітей одного терміну гестації.

Хоріоамніоніт підвищує ризик неонатальних ускладнень – смертності, ураження мозку та несприятливого нейророзвитку. Клінічна діагностика базується на сукупності симптомів: біль унизу живота або болісність матки, патологічні виділення, лихоманка, зниження рухової активності плода, підвищення базальної частоти серцевих скорочень плода, відхилення материнських параметрів і лабораторних показників (зокрема, С-реактивного білка і лейкоцитів) (RCOG GTG No.73). Передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО) у терміні <23 тижнів пов'язаний з високим ризиком перинатальної та материнської захворюваності; ризик найвищий при дуже ранньому ПРПО (<20 тижнів) у поєднанні з оліго- або ангідрамніоном (Kacerovsky, 2014; Goodfellow, 2024).

Антенатальні кортикостероїди та сульфат магнію асоціюються з покращенням виживаності та зниженням ризику дитячих порушень розвитку навіть до 24 тижнів гестації (Roberts, 2017; Travers, 2017; Ehret, 2018; Doyle, 2019). Призначення антенатальних кортикостероїдів доцільне, якщо дитина має «високий» або «помірний» ризик і може народитися протягом наступних 48 годин, а батьки бажають виживання-орієнтованої допомоги. У терміні <22 тижнів призначення кортикостероїдів є недоцільним (панель).

Панель

Профілі ризику несприятливого наслідку

Надзвичайно високий ризик: Робоча група дійшла консенсусу, що немовлята з > 90% ймовірністю загибелі або виживання з тяжким порушенням розвитку при наданні виживання-орієнтованої допомоги відповідають цьому профілю. Наприклад, до цієї групи ризику належать:

- усі немовлята, народжені до 22 тижнів гестації;
- немовлята, народжені в терміні 22^{+0}-22^{+6} тижнів гестації, з несприятливими факторами ризику (наприклад, ті, що народились у закладах без ВНІТ, і/або в першій половині тижня, і/або за відсутності антенатальних кортикостероїдів);
- деякі немовлята, народжені в терміні 23^{+0}-23^{+6} тижнів гестації, з несприятливими факторами ризику, зокрема з вираженою затримкою росту плода;
- рідко: немовлята, народжені в терміні 24^{+0} тижнів і пізніше, зі значними несприятливими факторами ризику, включаючи вкрай виражену затримку росту плода.

Високий ризик: Робоча група дійшла консенсусу, що немовлята з 50-90% ймовірністю загибелі або виживання з тяжким порушенням розвитку при наданні виживання-орієнтованої допомоги відповідають цьому профілю. Наприклад, до цієї групи ризику належать:

- немовлята, народжені в терміні 22^{+0}-23^{+6} тижнів гестації, зі сприятливими факторами ризику;
- деякі немовлята ≥24^{+0} тижнів гестації з несприятливими факторами ризику й/або коморбідністю.

Помірний ризик: Робоча група дійшла консенсусу, що немовлята з <50% ймовірністю загибелі або виживання з тяжким порушенням розвитку при наданні виживання-орієнтованої допомоги відповідають цьому профілю. Наприклад, до цієї групи ризику належать:

- більшість немовлят ≥24^{+0} тижнів гестації;
- деякі немовлята на 23^{+0}-23^{+6} тижнях гестації зі сприятливими факторами ризику.

Місце народження суттєво впливає на результат: виживаність є найвищою в закладах із досвідченим персоналом і більшим потоком пацієнтів. Жінкам, які звертаються до закладу без ВНІТ, рекомендована рання консультація з відповідним центром переведення. Допологове переведення у терміні <27 тижнів гестації для народження в закладі із ВНІТ є настійно рекомендованим (Marlow, 2014; David, 2018; Helenius, 2019; BAPM NSQI 2017) (рисунок).

Акушерське ведення

При узгодженні виживання-орієнтованої тактики акушерська допомога має бути спрямована на народження дитини в якомога кращому стані. Пакет акушерських втручань розробляється індивідуально та може включати наступні компоненти (не обов'язково всі):

- Допологове переведення до третинного закладу із ВНІТ є пріоритетною рекомендацією і забезпечує кращі результати порівняно з переведенням після народження (NHS England SBL v3; BAPM). Рекомендовано розглянути переведення якнайраніше, хоча більшість жінок із загрозою

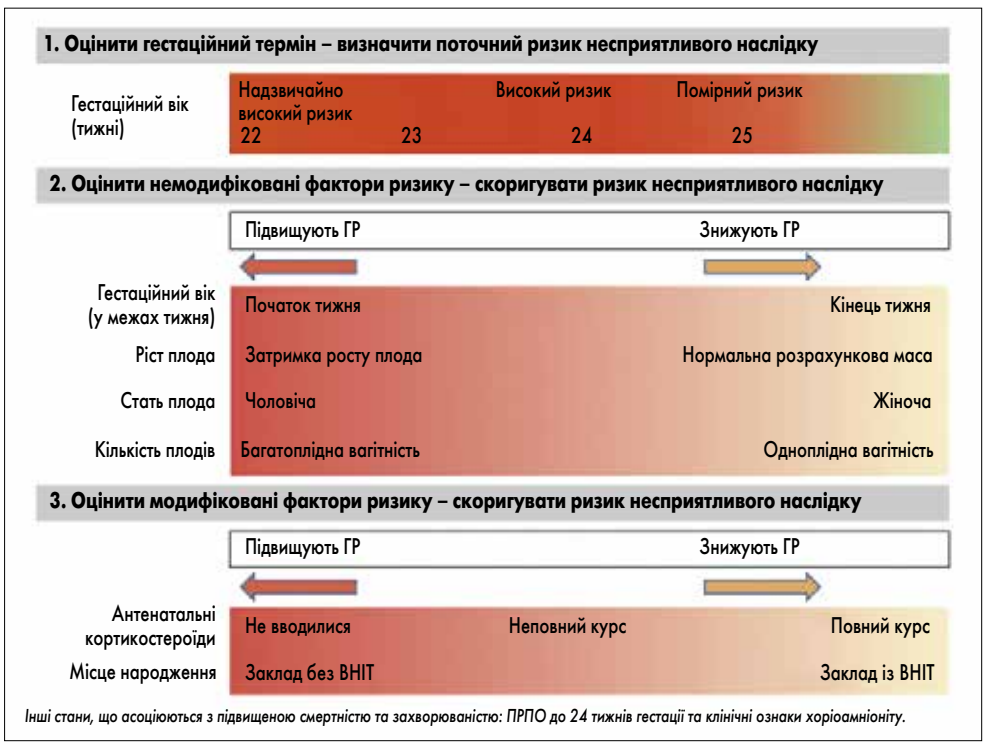


Рис. Візуальний інструмент для уточнення профілю ризику несприятливого наслідку

Примітка: ГР – гестаційний ризик.

передчасних пологів у терміні <27 тижнів не народжують протягом наступних 24 годин. Рішення про переведення має ухвалюватися своєчасно; для полегшення процесу деякі регіони мають служби пошуку вільних ліжок у ВНІТ і пологових відділеннях.

- Спільне акушерське та неонатальне консультування батьків рекомендоване в будь-якому можливому випадку або щонайменше – попереднє обговорення між неонатальним і акушерським консультантами до бесіди з батьками. Ці консультації визначають, чи надається неонатальна виживання-орієнтована або комфорт-орієнтована допомога, і формують акушерську тактику.
- Оптимально розрахований курс антенатальних кортикостероїдів, токолізу та сульфату магнію для нейропротекції. Батьків інформують про недостатність даних щодо переваг і ризиків цих втручань, особливо до 24 тижнів гестації (LeMoine, 2025). До 22 тижнів ці заходи, включаючи допологове переведення, не рекомендовані.
- Інтрапартальна антибіотикопрофілактика для зниження ризику раннього неонатального інфікування стрептококами групи В. Ризик останнього у передчасно народжених немовлят складає 2,3 на 1000, а летальність – у 10 разів вища, ніж у доношених (RCOG GTG No.36).
- Інтрапартальний моніторинг серцевого ритму плода. У немовлят, народжених до 26 тижнів, рішення щодо його проведення приймає старший акушер-гінеколог; немає доказів переваги безперервного електронного кардіомоніторингу (БЕКМ) плода над переривчастою аускультацією (NICE NG25). Від 26^{+0} тижнів при виживання-орієнтованій тактиці у жінок у передчасних пологах, що почалися, БЕКМ рекомендований.
- Спосіб розродження визначається балансом ризиків і переваг для матері та дитини. У більшості випадків жінка надходить у спонтанних пологах і очікується неускладнений вагінальний пологовий акт. Ризик защемлення голівки при сідничному передлежанні становить близько 10%. Докази на користь кесаревого розтину при екстремально передчасних пологах обмежені (Reddy, 2015; Grabovac, 2018). NICE рекомендує розглядати кесарів розтин при сідничному передлежанні після 26 тижнів гестації (NICE NG25). Материнські ризики (кровотеча, інфекція, тромбоз, ушкодження суміжних органів, вплив на майбутні вагітності) є вищими при кесаревому розтині, особливо при найменших термінах (Reddy, 2015; Blanc, 2019). Якщо дитина отримала профіль надзвичайно високого ризику, кесарів розтин виправданий лише за наявності переваг для матері або за її вибором після інформованого консультування.
- При прийнятті рішення про комфорт-орієнтовану допомогу немовляті будь-яке акушерське втручання виправдане лише для блага матері. При ПРПО та хоріоамніоніті необхідно розглянути питання про можливість переривання вагітності за високого ризику материнської й неонатальної захворюваності та смертності – із залученням фахівців із фетальної медицини. Інтрапартальний БЕКМ не рекомендований. Оцінка ознак життя після пологів здійснюється згідно з рекомендаціями MBRRACE-UK 2020. Батьків завчасно попереджають про можливі ознаки життя в новонародженого – видиме серцебиття, утруднене дихання, рухи кінцівок, – але також і про те, що деякі діти, які загинули до народження, можуть демонструвати короткочасні рефлекторні рухи.

Неонатальне ведення

Стабілізація та підтримка адаптації мають проводитися найбільш досвідченим членом неонатальної/педіатричної команди або під безпосереднім його керівництвом відповідно до рекомендацій Resuscitation Council UK. Ідеальний склад бригади: досвідчений інтубатор, досвідчена неонатальна медична сестра, консультант-неонатолог як керівник (BAPM Airway Safety Standard).

Відстрочене щонайменше на 60 секунд перетискання пуповини є рутинною практикою: метааналіз засвідчив зниження смертності в передчасно народжених дітей (Fogarty, 2018). Нормотермія є пріоритетом: застосовуються поліетиленовий пакет та/або інші методи теплового захисту й захисту шкіри. Необхідно розпочати стабілізацію стану та плавний перехід до штучної вентиляції легень за допомогою наповнення їх повітрям через лицьову маску відповідного розміру. Слід бути обережними, щоб не перерозтягнути легені. Інтубація: за відсутності відповіді на масочну вентиляцію або в разі сумнівів щодо її адекватності – дитина інтубується найдосвідченішим фахівцем і отримує сурфактант. Якщо частота серцевих скорочень і загальний стан не покращуються при активних стабілізаційних заходах, необхідно інформувати батьків про зміну клінічної ситуації та доцільність переходу до комфорт-орієнтованої допомоги.

Застосування розширеної реанімації (непрямий масаж серця та введення адреналіну) потрібне рідко. У дітей «високого» профілю ризику, за відсутності відповіді на початкові заходи (включаючи інтубацію та вентиляцію), перехід до комфорт-орієнтованої допомоги може якнайкраще відповідати інтересам дитини (Wilkinson, 2020). Відсутність серцебиття або тяжка брадикардія, що зберігаються попри ефективну реанімацію понад кілька хвилин, пов'язані з високим ризиком смерті та нейророзвитковими порушеннями (Wyckoff, 2012; Haines, 2016). Стабілізацію за можливості проводять у присутності батьків.

Отже, оновлена клінічна настанова Британської асоціації перинатальної медицини систематизує підходи до ведення екстремально передчасних пологів до 27 тижнів гестації на основі актуальних популяційних даних і принципів доказової медицини. Ключовою практичною цінністю документа є чіткий алгоритм стратифікації ризику для кожної клінічної ситуації, рекомендації щодо мультидисциплінарної взаємодії та залучення батьків до прийняття рішень.

Реферативний огляд підготував ***Максим Голуб***

За матеріалами: Battersby C., Bartle D., Bates S. et al. (2026) Perinatal Management of Extreme Preterm Birth Before 27 Weeks of Gestation: A BAPM Framework for Practice. British Association of Perinatal Medicine. February. Available at: https://www.bapm.org.

Анкета читача

Заповніть анкету та надішліть за адресою:

ТОВ «Видавничий дім «Здоров'я України. Медичні видання» офіс 23а, вул. Світлицького, 35, м. Київ, 04215.

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

Прізвище, ім'я, по батькові .....
.....
Спеціальність, місце роботи .....
.....
.....
Індекс .....
місто .....
село .....
район ..... область .....
вулиця ..... будинок .....
корпус ..... квартира .....
Телефон контактний: .....
E-mail: .....

* Я добровільно надаю вказані в анкеті персональні дані ТОВ «Видавничий дім «Здоров'я України. Медичні видання», даю згоду на їх використання для отримання від компанії (її пов'язаних осіб, комерційних партнерів) видань, інформаційних матеріалів, рекламних пропозицій, а також на включення моїх персональних даних у базу даних компанії, необмежене в часі зберігання даних.

Підпис _____

Здоров'я України
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Для нас важливо знати вашу думку!

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

Чи сподобався вам тематичний номер «Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»? .....

Назвіть три найкращі матеріали номера.
1. .....
2. .....
3. .....

Які теми, на ваш погляд, варто розглянути у наступних номерах? .....
.....

Публікації яких авторів вас цікавлять? .....

Чи маєте ви бажання стати автором статті для тематичного номера «Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»? .....

На яку тему? .....

Чи є наше видання корисним для підвищення вашої кваліфікації? .....
.....

Актуальні підходи до скринінгу раку шийки матки: рекомендації ACOG 2026

Американський коледж акушерів і гінекологів (American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG) підтримав оновлені рекомендації Ініціативи профілактичних послуг для жінок (Women's Preventive Services Initiative) щодо скринінгу раку шийки матки. Документ закріплює перехід до первинного тестування на високоонкогенні типи вірусу папіломи людини (high-risk HPV – hrHPV) як основної стратегії для жінок віком 30-65 років. Такий підхід базується на вищій чутливості hrHPV-тестування порівняно із традиційною цитологією та кращій здатності виявляти передракові зміни на доклінічному етапі.

У жінок 21-29 років рекомендовано зберегти цитологічний скринінг кожні три роки. У віковій групі 30-65 років пріоритетним методом визначено первинне hrHPV-тестування, виконане медичним працівником, з інтервалом п'ять років. Якщо така можливість відсутня, допустимою альтернативою залишається ко-тестування – поєднання hrHPV-тесту з цитологічним дослідженням. Використання лише цитології тепер розглядатиметься як резервний варіант для закладів з обмеженими ресурсами або за вибором пацієнтки після консультування.

Одним із найбільш дискусійних нововведень стало включення самостійного забору матеріалу для hrHPV-тестування. ACOG визнає, що така ініціатива може суттєво розширити охоплення скринінгом, особливо серед жінок, які уникають гінекологічних оглядів або мають обмежений доступ до медичної допомоги. Водночас експерти наголошують: цей підхід можливий лише за наявності чіткої системи документування, повідомлення результатів і подальшої маршрутизації пацієнтки. Через ризик втрати спостереження та пропущених випадків дисплазії самостійне тестування рекомендовано проводити під контролем медичної системи та лише із застосуванням схвалених тест-наборів.

Окремо наголошується на проблемі надмірного або нерегламентованого скринінгу. Частіші обстеження без клінічних показань можуть призводити до зайвих кольпоскопій, інвазивних процедур і психоемоційного навантаження для пацієнток. Саме тому дотримання рекомендованих інтервалів розглядається як важливий компонент безпечної профілактичної стратегії.

Рекомендації не поширюються на жінок із ВІЛ-інфекцією, імунодефіцитними станами або внутрішньоутробним впливом діетилстильбестролу, синтетичного аналога естрогену, для яких необхідні окремі алгоритми спостереження. Також рутинний скринінг не показаний жінкам старше 65 років за умови адекватних попередніх негативних результатів або після гістеректомії з видаленням шийки матки за відсутності онкологічного анамнезу.

Джерело: https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/9900/screening_for_cervical_cancer.1515.aspx

Ендоксифен vs тамоксифен у профілактиці раку грудної залози: результати дослідження KARISMA

Тамоксифен уже понад 40 років залишається одним із ключових препаратів для ад'ювантної терапії та профілактики раку грудної залози (РГЗ) у жінок із підвищеним ризиком. Проте його широке застосування у превентивній медицині суттєво обмежують побічні ефекти, насамперед вазомоторні симптоми, через які багато пацієнток достроково припиняють лікування. Нові результати дослідження KARISMA Endoxifen, опубліковані у Journal of the National Cancer Institute, свідчать, що низькі дози ендоксифену можуть забезпечувати аналогічний біологічний ефект із кращою переносимістю.

Ендоксифен є найактивнішим метаболітом тамоксифену і має високу спорідненість до естрогенових рецепторів. На відміну від тамоксифену, який потребує печінкового метаболізму для активації, ендоксифен діє безпосередньо, що потенційно зменшує міжіндивідуальну варіабельність відповіді та ризик лікарських взаємодій. Саме ця особливість препарату привернула до нього увагу дослідників як до можливого інструменту більш персоналізованої профілактики гормонозалежного РГЗ.

У подвійному сліпому плацебо-контрольованому дослідженні II фази аналізували 240 здорових жінок пременопаузального віку, які проходили скринінгову мамографію у Швеції. Учасниць рандомізували на три групи: плацебо, прийом 1 мг та 2 мг ендоксифену щоденно протягом шести місяців. Основним критерієм ефективності стала зміна мамографічної щільності грудної залози – показника, який розглядають як сурогатний маркер відповіді на антиестрогенну терапію та фактор ризику розвитку РГЗ.

Результати продемонстрували статистично значуще зниження мамографічної щільності в обох групах прийому ендоксифену. При застосуванні 1 мг препарату цей показник зменшився в середньому на 19,3%, а при дозі 2 мг – на 26,5%. Для порівняння, у попередніх дослідженнях стандартна доза тамоксифену 20 мг забезпечувала зниження на близько 18,5%. Отже, навіть мінімальні дози ендоксифену демонструють біологічний ефект, зіставний або навіть вищий за традиційну терапію.

Особливо дослідники зосередилися на переносимості лікування. Саме токсичність тамоксифену часто стає причиною низької прихильності до профілактичної терапії у практично здорових жінок. У групі прийому 2 мг ендоксифену частіше реєстрували припливи жару та нічну пітливість, тоді як за дози 1 мг профіль безпеки майже не відрізнявся від плацебо. Водночас клінічно значущих змін лабораторних показників, гемодинаміки або серйозних небажаних явищ не виявили.

Клінічне значення цих результатів полягає не лише у потенційному розширенні можливостей профілактики РГЗ. Зменшення мамографічної щільності також може підвищувати чутливість мамографії, оскільки щільна залозиста тканина часто маскує ранні пухлинні зміни. Це особливо актуально у жінок молодшого віку та пацієнток із високою щільністю грудних залоз, у яких ефективність стандартного скринінгу залишається нижчою.

Попри перспективні результати автори наголошують, що дослідження не оцінювало безпосередній вплив ендоксифену на ризик виникнення або рецидиву РГЗ. Для цього необхідні масштабніші та триваліші дослідження. Водночас отримані дані свідчать, що низькодозовий ендоксифен може стати важливим кроком до більш безпечної та прийнятної профілактичної терапії у жінок із підвищеним онкологічним ризиком.

Джерело: https://academic.oup.com/jnci/advance-article/doi/10.1093/jnci/djag087/8665489?login=false

50 генів для вибору хіміотерапії: актуальні дані персоналізованої онкології

Персоналізація лікування залишається одним із головних напрямів сучасної онкології, проте за РГЗ призначення ад'ювантної хіміотерапії досі часто вирішується на підставі традиційних клініко-патологічних критеріїв. Розмір пухлини, ступінь диференціювання, ураження лімфатичних вузлів та інші прогностичні фактори мають важливе значення, однак не завжди дозволяють точно визначити, які пацієнтки справді отримають користь від цитотоксичного лікування. Результати міжнародного дослідження OPTIMA свідчать, що геномне профілювання пухлини може суттєво змінити цей підхід.

Дослідження було проведене під керівництвом фахівців Університетського коледжу Лондона (Велика Британія) та представлене на щорічному конгресі Американського товариства клінічної онкології (ASCO). У випробуваннях взяли участь понад 4400 пацієнтів із раннім гормонозалежним HER2-негативним РГЗ. Саме цей молекулярний підтип є найпоширенішим і становить більшість випадків захворювання у світі.

Ключовим елементом дослідження став геномний тест Prosigna, який аналізує експресію 50 генів у зразку пухлинної тканини. На основі отриманих даних система визначає молекулярний підтип пухлини та формує індивідуальний показник ризику рецидиву протягом наступних десяти років. Таким чином лікар отримує додатковий інструмент для оцінки потенційної користі від хіміотерапії.

Пацієнтів рандомізували у дві групи: у першій лікувальна тактика визначалася відповідно до стандартних клінічних критеріїв, у другій рішення щодо необхідності хіміотерапії ухвалювали з урахуванням результатів геномного тестування. Хворі з високим ризиком рецидиву отримували хіміотерапію в поєднанні з ендокринною терапією, тоді як пацієнти з низьким ризиком лікувалися лише гормональними препаратами. Інші методи лікування, включно із променевою терапією, застосовувалися відповідно до чинних стандартів.

Найважливішим результатом стало те, що серед пацієнтів із низьким геномним ризиком віддалені результати практично не залежали від використання хіміотерапії. Через п'ять років після лікування частка хворих без ознак рецидиву й зі збереженою виживаністю була майже однаковою незалежно від того, чи отримували вони цитостатичне лікування. Здобуті дані свідчать, що у значної кількості пацієнтів із гормонозалежним HER2-негативним РГЗ хіміотерапія не забезпечує клінічно значущої додаткової користі.

Практичне значення цих результатів виходить далеко за межі статистичних показників. Хіміотерапія залишається одним із найтоксичніших компонентів онкологічного лікування. Вона може супроводжуватися алопецією, нудотою, периферичною нейропатією, вираженою втомою, порушеннями фертильності, передчасною менопаузою та тривалим погіршенням якості життя.

Результати дослідження OPTIMA можуть стати підставою для оновлення міжнародних клінічних рекомендацій щодо ведення пацієнтів із раннім гормонозалежним HER2-негативним РГЗ. Якщо ці дані будуть інтегровані в повсякденну практику, мільйони жінок у світі зможуть уникнути непотрібної хіміотерапії без погіршення результатів лікування.

Джерело: https://www.theguardian.com/society/2026/may/29/groundbreaking-genomic-test-spare-breast-cancer-patients-chemotherapy-hormone-therapy

Чи безпечні вагінальні естрогени після раку ендометрія: надійні дані великого дослідження

Зростання захворюваності на рак ендометрія (РЕ) серед молодших жінок створює для клініцистів нову проблему: значна частина пацієнток після лікування стикається з ранньою менопаузою та вираженими урогенітальними симптомами. Водночас використання естроген-вмісної терапії у таких хворих традиційно обмежується через побоювання щодо ризику рецидиву пухлини. Нове велике дослідження, опубліковане у виданні Menopause, свідчить, що локальна низькодозова вагінальна естрогенна терапія може бути безпечною в молодих жінок, які перенесли РЕ.

Лікування РЕ складається із променевої або хіміотерапії, а також гістеректомії із двобічною сальпінгоофоректомією. У багатьох пацієнток це призводить до різкого гормонального дефіциту й розвитку ранньої менопаузи із припливами, нічною пітливістю та урогенітальними симптомами. Серед найбільш поширених проявів – вагінальна сухість, диспареунія, дизурія та рецидивні урогенітальні інфекції, що істотно погіршує якість життя і сексуальне здоров'я.

Попри те що локальні вагінальні естрогени відзначаються мінімальною системною абсорбцією, протягом багатьох років вони мали таке саме застереження, як і системна гормональна терапія. Відсутність надійних доказів сформувала значні клінічні побоювання та призвела до широкого використання негормональних засобів з обмеженою ефективністю. Водночас епідеміологічні дані демонструють поступове зростання захворюваності на РЕ серед жінок віком до 50 років: у США показник зріс із 2,2 до 3,3 випадку на 100 тис. населення в період із 2000 до 2019 року.

У новому ретроспективному когортному дослідженні проаналізовано електронні медичні записи та страхові дані 68 медичних організацій США. До аналізу залучили понад 2,8 тис. жінок віком 18-51 рік із діагнозом РЕ. Середня тривалість застосування вагінальної естрогенної терапії становила 1,88 року. Попри потенційні переваги, частота її призначення виявилася дуже низькою – лише 5,6% пацієнток отримували таке лікування.

Найважливішим результатом дослідження стало те, що короткострокове застосування локальної низькодозової вагінальної естрогенної терапії не асоціювалося зі зростанням ризику рецидиву РЕ порівняно з пацієнтками, які не використовували гормональне лікування. Це найбільше на сьогодні дослідження, яке оцінює зв'язок між вагінальною естрогенною терапією та ризиком рецидиву захворювання.

Покращення ранньої діагностики та сучасні підходи до лікування зумовили збільшення кількості жінок, які пережили РЕ. Проте віддалені наслідки лікування, зокрема урогенітальні менопаузальні симптоми, часто суттєво знижують якість життя. Представлені результати свідчать, що локальна низькодозова вагінальна естрогенна терапія може бути безпечним і ефективним інструментом симптоматичної допомоги у цій групі пацієнток. Подальші проспективні дослідження допоможуть уточнити оптимальні режими терапії та визначити її довгострокову безпеку, однак уже сьогодні ці дані можуть сприяти більш зваженим клінічним рішенням і розширенню можливостей лікування для жінок, які перенесли РЕ.

Джерело: https://journals.lww.com/menopausejournal/abstract/9900/vaginal_estrogen_therapy_utilization_and.620.aspx

Ще більше новин на спеціалізованому медичному порталі

Health-ua.com
Спеціалізований медичний портал

Інфогігієна для лікаря й пацієнта: кейс Німесилу як тест на довіру до соцмереж

«Що трапилося з Німесилом? Чому він став таким дешевим?» – під таким гаслом однією з популярних соціальних мереж поширюється відео, у якому невідома жінка в білому халаті (очевидний натяк на її причетність до медицини чи фармацевтики) тримає в руках пакетик препарату Німесил і говорить наступне: «Питання: чому Німесил став дешевшим? Відповідь: тому що змінився виробник – не Berlin-Chemie, Німеччина, як було раніше, а інший виробник – «на замовлення "Лабораторії Guidotti "». Таким чином аудиторії у формі «викриття» подається інформація, що Німесил нібито тепер виробляється не німецькою компанією Berlin-Chemie, а якоюсь іншою, невідомою компанією, і саме з цим пов'язується зниження ціни на препарат. Жодних уточнень чи пояснень у відео немає, тому глядач змушений самостійно робити висновки та будувати здогадки на підставі двох озвучених фактів: «стала нижча ціна» та «інший виробник». У такій ситуації логіка додумування працює просто: якщо ціну знижено і виробник «інший», то, ймовірно, це пов'язано з іншою, більш низькою якістю препарату або нижчими стандартами виробництва, хоча прямо в ролику цього не озвучують.

Постає низка запитань: наскільки ця інформація відповідає дійсності? Які враження та сенси вона формує у пацієнтів і лікарів? Як впливає подібний контент на довіру до брендових лікарських засобів? Давайте розбиратися й досліджувати це, на перший погляд неважливе, питання більш уважно.

Ключові слова: Німесил, Berlin-Chemie Menarini, Laboratori Guidotti, зміна маркування, інформаційна гігієна, дезінформація, маніпуляції у соцмережах.

Питання 1. Наскільки можна довіряти відео про причини здешевлення Німесилу і хто така «експертка» в кадрі?

У відео про Німесил глядач бачить невідому жінку в білому халаті, яка не представляється, не повідомляє про свою освіту, досвід або професійний статус, а отже, її авторитет як медичного чи фармацевтичного експерта не підтверджений жодними даними. Відсутні будь-які посилання на офіційні джерела – сайт виробника, нормативні акти, роз'яснення регулятора, – тому твердження про «іншого виробника» та зв'язок між зміною маркування і здешевленням препарату подані виключно як її особисті висновки, а не як доказова інформація. У ролику озвучуються лише два факти: «Німесил став дешевшим» і «на упаковці тепер інший логотип, не Berlin-Chemie, а Guidotti», – але не наведено жодних даних, які б вказували на причинно-наслідковий зв'язок між цими подіями.

Питання 2. Що таке дезінформація та інформаційна гігієна в контексті подібних кейсів?

Дезінформація – це свідомо неправдива або маніпулятивна інформація, що поширюється з метою введення людей в оману й досягнення політичної, економічної або соціальної вигоди; її небезпека полягає у швидкості поширення та впливі на рішення великої кількості людей. Інформаційна гігієна – галузь знань, яка досліджує вплив інформаційних потоків на психічне, фізичне та соціальне благополуччя людини і має на меті захистити людей від негативного впливу викривлених фактів, маніпуляцій та інформаційних «вірусів». Серед популяризаторів інфогігієни в Україні – Оксана Мороз та її ініціатива «Як не стати овочем», що навчає фільтрувати джерела та критично мислити щодо медіа- та онлайн-контенту.

Питання 3. Які типові форми маніпуляцій і дезінформації проявляються в медичному контенті соцмереж?

Як показує, зокрема, дослідження Вікторії Шевченко «Різновиди маніпуляцій в онлайн-медіа і соцмережах» (2025), у цифровому середовищі поширюються різні форми інформаційних викривлень:

- дезінформація (свідомо неправдива, провокаційно тенденційна інформація, що подається як правдива з метою ввести в оману та заподіяти шкоду інтересам окремих осіб чи спільнот);
- малінформація (використовує справжні, але вибіркові факти у такому контексті, який вводить в оману);
- місінформація (ненавмисно хибна інформація, що виникає через помилки або неправильне тлумачення фактів);
- фейки, пропаганда, прихована та емоційна реклама.

На маніпулятивні й потенційно недостовірні матеріали вказують характерні ознаки: емоційні заголовки, відсутність конкретних джерел, використання невідомих персонажів як «експертів», навішування ярликів, безпідставні звинувачення або вихваляння, емоційне накручування, хибна аргументація та незбалансованість даних. У випадку з відео про Німесил ми спостерігаємо низку таких ознак, що дає підстави ставитися до нього як до контенту, який може містити елементи маніпуляції та частково недостовірної інформації, а не як до надійного джерела даних про препарат.

Питання 4. Чому така подача інформації може вважатися маніпулятивною і як тут працюють алгоритми соцмереж?

У відео про Німесил присутні кілька характерних рис, які дають підстави говорити про можливу маніпулятивність: емоційний, «тривожний» заголовок, відсутність посилань на джерела, використання невідомої особи в білому халаті як «експерта» та подання інформації у форматі однозначного «викриття» без альтернативних пояснень. Авторка поєднує частковий факт (зміна логотипу та поява маркування Guidotti) із власною інтерпретацією, поданою так, що у глядача може скластися враження про «іншого виробника» та можливе погіршення якості, хоча реальний статус Laboratori Guidotti у відео не пояснюється.

Важливо розуміти, що подібні ролики створюються й оформлюються не випадково: автори враховують те, як працюють алгоритми соцмереж. Алгоритм «Engagement» (залучення) просуває пости, які швидко набирають лайки, коментарі та репости; «Relevance» (релевантність) віддає перевагу контенту від тих, із ким користувач частіше взаємодіє; «Content Type» показує той тип контенту (відео, фото, текст), із яким користувач найчастіше працює; «Trending Topics» підсилює популярні теми. Контент із високим емоційним навантаженням отримує перевагу, а дослідження показують, що значна частина відео на тему новин, які рекомендує YouTube, мають сенсаційні назви, що збільшує шанси таких роликів потрапити у стрічку якомога більшої кількості людей.

З цієї точки зору відео про Німесил не лише передає неповну й потенційно викривлену картину, а й структуроване так, щоб максимально «зайти» під алгоритми – воно емоційне, просте, без складних деталей, створює відчуття «секрету, який вам відкрили» і саме тому швидко набирає перегляди та взаємодії.

Питання 5. Що офіційно повідомляє компанія Berlin-Chemie щодо змін маркування та ціни Німесилу?

Як відповідальний учасник фармацевтичного ринку, компанія наголошує, що постійно працює над удосконаленням своїх процесів відповідно до вимог чинного законодавства та потреб системи охорони здоров'я України.

Оновлення маркування упаковки та саше (однодозового пакетика)

З метою приведення маркування у повну відповідність до нових вимог українського законодавства (Закон України № 3910-IX, який вносить зміни до базового Закону «Про лікарські засоби») компанія внесла зміни у візуальне оформлення упаковки.

Чому з'явилось маркування Guidotti

Оскільки офіційним заявником препарату Німесил є італійська компанія Laboratori Guidotti S.p.A. (яка входить до групи Menarini), закон вимагає, щоб саме її логотип був на упаковці. Логотип групи Berlin-Chemie Menarini раніше використовувався як корпоративний бренд, але тепер він вважається «зайвим» із точки зору закону. На упаковках та індивідуальних саше препарату замість логотипу Berlin-Chemie Menarini відтепер зазначається логотип компанії-заявника Guidotti (Laboratori Guidotti S.p.A.).

Незмінність дизайну

Кольорова гама, айдентика, загальна стилістика та назва препарату залишаються ідентичними до попередніх серій, що дозволяє зберегти впізнаваність бренду для фахівців і пацієнтів.

Чому змінилася ціна на Німесил

Підтримуючи ініціативи Міністерства охорони здоров'я України щодо підвищення доступності лікарських засобів для населення, ціну на Німесил було знижено. Компанія наголошує, що прагне зробити якісну терапію європейського рівня максимально досяжною для кожного українського пацієнта.

Незмінність якості та гарантії партнерства

Офіційно зазначено, що зміни стосуються виключно технічних аспектів маркування та ціноутворення, а якість і доведена ефективність препарату Німесил залишаються абсолютно незмінними: це той самий лікарський засіб, якому ви довіряєте. Представництво компанії в Україні «Берлін-Хемі/А. Менаріні Україна ГмбХ» продовжує повноцінно здійснювати маркетинг і промоцію препарату на території України й залишається головним контактним партнером з усіх питань. Перевірити оновлену ціну та наявність препарату в аптечних мережах свого регіону пацієнти можуть на сервісі моніторингу tabletki.ua.

Питання 6. Якої шкоди завдає така недостовірна інформація пацієнтам, лікарям і бренду Німесил?

Подібні відео можуть послаблювати довіру до брендових лікарських засобів, створюючи враження, що будь-яка зміна маркування й/або ціни автоматично пов'язана зі зміною країни виробництва або погіршенням якості, хоча на практиці такі зміни часто зумовлені вимогами законодавства чи корпоративним ребрендингом. Для пацієнтів це створює ризик емоційних, а не раціональних рішень щодо терапії, для лікарів – додаткові комунікаційні виклики, коли доводиться пояснювати регуляторні аспекти замість зосереджуватися на клінічних питаннях, а для виробника – потенційні репутаційні втрати та помилкові асоціації щодо якості.

Парламентське дослідження Дослідницької служби Верховної Ради України щодо правового регулювання діяльності інфлюенсерів і блогерів у своїх висновках зазначає, що ці суб'єкти цифрового простору мають значний вплив на суспільну свідомість і поведінку значної частки населення, тоді як в Україні досі немає окремого базового закону, який би прямо регулював їхню діяльність. У документі підкреслюється потреба в законодавчому визначенні термінів «інфлюенсер» і «блогер», встановленні вимог до контенту, стандартів прозорості й правомірності рекламної діяльності та окресленні меж підзвітності таких суб'єктів у цифровому просторі задля кращого захисту споживачів інформації – у тому числі в чутливій сфері охорони здоров'я.

Питання 7. Якою може бути роль фармкомпаній у медичній комунікації в соцмережах і чому це стає важливим на тлі кейсів, подібних до відео про Німесил?

За даними публікації The Pharma Media «Медпрацівникам бракує комунікації з фармкомпаніями в соцмережах» (19 липня 2024 року), майже 90% опитаних постачальників медичних послуг вважають, що фармацевтична індустрія недостатньо використовує соціальні медіа як канал комунікації з лікарями та пацієнтами. Медичні фахівці зазначають, що фармкомпанії не повною мірою користуються перевагами широкої аудиторії, яку можна охопити через різні онлайн-платформи, тоді як 85% респондентів повідомили, що пацієнти посилаються на дописи із соцмереж під час прийому, фактично приносячи цей контент у кабінет лікаря.

Доктор Санджай Джунеджа, президент з інновацій агенції MedFluencers, наголошує, що пацієнти, які проводять багато часу в соціальних мережах, довіряють контенту, який там бачать, а точна і цікава інформація від лікарів може стати важливим інструментом протидії дезінформації; на його думку, «настав час для фармацевтики активізуватися». Водночас понад 90% лікарів хотіли б отримувати інформацію про нові лікарські засоби й медичні вироби через онлайн-платформи, при тому що понад 50% респондентів радше уникають візитів торгових представників, а майже 40% – типових спонсорованих лекцій; це вказує на те, що відсутність якісного контенту від фармкомпаній у соцмережах залишає інформаційний простір відкритим для псевдоекспертного контенту на кшталт відео про Німесил.

Отже, історія з відео про Німесил показує, як половинна правда, неперевірена інформація й емоційна подача в короткому ролику можуть впливати на сприйняття препарату та зміщувати увагу від офіційних даних і юридичного контексту. Для фармацевтичних компаній це додатковий аргумент на користь більш відкритої та зрозумілої комунікації щодо змін маркування й ціноутворення, а також присутності у соцмережах із доказовим і коректно маркованим контентом. Саме така позиція може зменшити простір для хибних інтерпретацій і підтримати довіру до брендових препаратів.

Список використаних джерел

1. https://www.oksanamoroz.com/project.
2. Шевченко В. (2025). Різновиди маніпуляцій в онлайн-медіа і соцмережах. Образ 1 (47), 6-18. https://doi.org/10.21272/Obraz.2025.1(47)-6-18.
3. https://berlin-chemie.ua/uk/ua-news/current-news.html.
4. https://research.rada.gov.ua/uploads/documents/33464.pdf.
5. https://thepharma.media/uk/news/35353-medpracivnikam-brakuje-komunikaciyi-z-farmkompaniyami-v-socmerezax-19072024.

Підготувала ***Марія Ареф'єва***

Суїцидальна поведінка

Стандарт медичної допомоги

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), «суїцидальна поведінка» включає суїцидальні думки (ідеї), плани самогубства, спроби самогубства та самогубство (WHO operational handbook on tuberculosis. Module 6: tuberculosis and comorbidities, second edition. Geneva: World Health Organization, 2024). Суїцидальна поведінка часто виникає в контексті не лише психічних розладів, а й психосоціальних криз або недостатньої соціальної та міжособистісної підтримки. Водночас значна частина осіб, які вчиняють самогубство, не звертаються по допомогу, що вказує на важливість системного виявлення ризиків у межах первинної медичної допомоги та інших точок контакту із системою охорони здоров'я. Цей стандарт медичної допомоги описує надання медичної допомоги особі із суїцидальною поведінкою.
Ключові слова: суїцид, суїцидальна поведінка, суїцидальні думки, самогубство, посттравматичний стресовий розлад.

Загальна частина

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»: X60-X84 Навмисне завдання собі шкоди.

Розділ І. Охорона громадського здоров'я

Положення стандарту медичної допомоги. Ранній скринінг щодо наявності суїцидальних думок і суїцидальної поведінки проводиться для виявлення таких осіб, що дозволяє здійснити своєчасне направлення їх до фахівців, ініціювати належну оцінку клінічного стану, забезпечити доступ до послуг із підтримки й лікування та запобігти розвитку кризових станів, таким чином попередивши спроби та завершені самогубства.

Має бути впроваджена система профілактики, раннього скринінгу щодо суїцидальних намірів і поведінки з фокусом на розлади психіки та поведінки, які зустрічаються в більшості осіб, які мають суїцидальні думки та наміри або вчиняли спроби самогубства; підтримки для особи, яка має такі думки та наміри, чи здійснила спробу самогубства; підтримки для членів близького оточення особи із суїцидальною поведінкою з метою профілактики психічних розладів та попередження спроб самогубств серед цієї категорії осіб.

Психіатрична допомога надається відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу».

Обґрунтування. Увага щодо ознак суїцидальної поведінки та впровадження раннього скринінгу сприяє своєчасному виявленню осіб із суїцидальною поведінкою та знижує кількість спроб та завершених самогубств завдяки своєчасному наданню необхідної допомоги.

Профілактичні програми суїцидальної поведінки в освітньому середовищі, що проводяться у формі загальних лекцій або бесід, не є ефективними у зниженні суїцидальної поведінки, не сприяють збільшенню звернень по медичну допомогу і можуть провокувати суїцидальні думки серед учнів із психічними розладами, які часто залишаються невідомими викладачам. Заходи, спрямовані на виявлення клінічних симптомів депресії та інших психічних розладів, пов'язаних із суїцидальним ризиком та безпосереднє виявлення суїцидальних думок і намірів із використанням прямих питань про них та подальше направлення до фахівців у сфері психічного здоров'я. Скринінгові або освітні програми, що не передбачають чітких механізмів оцінки та маршрутизації осіб із виявленими ризиками, не повинні застосовуватися, і лише за умови наявності таких процедур можливе використання програм прямого скринінгу як допоміжного інструменту раннього виявлення підлітків групи ризику.

У випадку спроби самогубства в особи зростають ризики повторних спроб, а відтак, вона потребує особливої уваги з боку фахівців, подальшого супроводу і регулярного огляду щодо станів психічного здоров'я та суїцидальних думок і намірів.

У випадку завершеного самогубства члени родини та близького оточення померлої особи мають підвищені ризики щодо виникнення розладів психіки і поведінки та підвищені ризики щодо здійснення самогубства. З метою попередження вищезазначеного необхідним є впровадження цілеспрямованого клінічного втручання, направленого на підтримку родичів, друзів, вчителів та інших осіб із близького соціального кола померлого, з метою полегшення горя, зменшення почуття провини, депресивних і тривожних симптомів, профілактики посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а також зниження ризику копіювання або ототожнення з поведінкою померлого як моделлю подолання життєвих труднощів. Особливої уваги потребують діти передпубертатного віку, у яких після самогубства близького родича або друга можуть розвиватися афективні та тривожні розлади, ПТСР або інші психічні стани, що зумовлюють необхідність індивідуального, групового чи сімейного втручання, включно із психопедагогічним консультуванням, шкільною психологічною підтримкою та довготривалими програмами супроводу, які також повинні охоплювати дітей і підлітків, чий знайомий здійснив спробу самогубства, з урахуванням того, що психічний стан батьків також впливає на психоемоційне здоров'я дитини, а робота з почуттям провини має включати наголос на незворотності наслідків суїциду.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) скринінг щодо наявності суїцидальних думок, намірів або спроб самогубств проводиться на первинному рівні медичної допомоги для всіх осіб, які мають одну з наступних ознак:
- виражене відчуття безнадії та відчаю;
- поточні думки/плани/дії із самоушкодження/ суїциду або наявність їх у минулому;
- акт самоушкодження з ознаками отруєння/ інтоксикації, кровотечі з ран, нанесених самому собі, втратою свідомості та/або надмірною сонливістю;
- будь-які з пріоритетних психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин;
- хронічний біль;
- сильний емоційний дистрес;

2) після проведення скринінгу на рівні первинної медичної допомоги подальші дії здійснюються відповідно до алгоритму, що визначений «Керівництвом для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я», розробленим у межах Програми дій ВООЗ із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я (Mental Health Gap Action Programme – mhGAP);

3) у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають спеціалізовану психіатричну допомогу та послуги з психічного здоров'я, скринінг щодо наявності суїцидальних думок, намірів або спроб самогубств проводиться для всіх осіб, які мають психічні та поведінкові розлади;

4) у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, скринінг щодо наявності суїцидальних думок, намірів або спроб самогубств проводиться для осіб, перелік яких визначено у пункті «Фізичні захворювання» (панель 1);

5) для проведення скринінгу у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, використовується Колумбійська шкала оцінки ризику самогубства (C-SSRS), наведена у табл. 1;

6) у випадку отримання позитивних результатів скринінгу щодо наявності суїцидальних думок, намірів або спроб самогубств здійснюється комплексна оцінка осіб із суїцидальною поведінкою;

7) у випадку отримання інформації щодо здійснення спроби або завершеного самогубства члена родини або близького оточення особи, медичний працівник, який надає первинну медичну допомогу або психіатричну медичну допомогу, або працівник, який надає соціально-психологічні послуги на базі ЗОЗ чи інших установ, ініціює проведення оцінки психоемоційного стану члена родини або близького оточення особи, яка здійснила спробу або завершене самогубство (за його згодою);

8) метою проведення такої оцінки є виявлення ознак патологічного горювання, почуття провини, ранній скринінг депресивних і тривожних розладів, ПТСР;

9) одночасно з проведенням оцінки члену родини або близького оточення особи, яка здійснила спробу або завершене самогубство надається психологічна підтримка за зазначеними напрямами:
- опрацювання почуття провини;
- зниження рівня гострої реакції на стрес;
- нормалізація почуття втрати та підтримка процесу переживання горя;
- виявлення і подолання деструктивних копінг-стратегій;
- профілактика ПТСР;
- підтримка в адаптації до змінених життєвих обставин;

10) у випадку якщо самогубство було здійснено іншою дитиною чи підлітком із близького оточення дитини чи підлітка, батькам або особам, які здійснюють догляд за дитиною, надається інформація щодо ознак ускладненого горя, депресії, суїцидальних намірів у дітей та підлітків.

Таблиця 1. **Колумбійська шкала оцінки ризику самогубства (C-SSRS)**

Кроки та підказки*	Так	Ні
1. Бажання померти *Особа висловлює думки або настрої про небажання жити або бажання заснути і не прокинутись.* **Чи виникало у вас бажання померти? Чи хотіли ви заснути і ніколи не прокидатися?**		
2. Суїцидальні думки *Особа має загальні невизначені думки про бажання покінчити життя самогубством. Проте вона не думає про план, методи або шляхи вчинення суїциду.* **Чи думали ви про те, щоб убити себе?**		
Якщо є позитивна відповідь на питання 2, продовжуйте опитування 3-6. Якщо відповідь «Ні» на питання 2, переходьте до питання 6.		
3. Суїцидальні думки з методом (без певного плану або наміру) *Особа має суїцидальні думки та вже думала про щонайменше один метод протягом останнього місяця. Це відрізняється від визначеного плану з відпрацьованими деталями часу, місця чи методу. «Я думав про передозування, але ніколи не складав конкретного плану щодо того, де чи як я б це власне зробив ... і я б ніколи до цього не дійшов».* **Чи думали ви, як би ви покінчили з життям (яким чином)?**		
4. Намір здійснити суїцид (без конкретного плану) *Активні думки про те, щоб покінчити з життям в деталях та повідомлення від особи про певний намір діяти на відміну від «у мене є думки, але я точно не вчиню самогубство».* **Чи починали ви планувати, чи вже спланували деталі самогубства? Чи маєте ви намір втілити цей план?**		
5. Суїцидальний намір із конкретним планом *Думки про вбивство себе з детально або частково розробленим планом і певним наміром здійснити його.* **Чи почали ви планувати, чи вже спланували деталі самогубства? Чи маєте ви намір втілити цей план?**		
6. Питання про суїцидальну поведінку **Чи робили ви колись щось, або починали робити, або готувалися до того, щоб покінчити з життям?** Приклади: знайшов пігулки; дістав пістолет; роздав цінні речі; написав заповіт чи записку про самогубство; вийняв таблетки, але не проковтнув жодної; тримав пістолет, але передумав або хтось забрав його з рук; пішов на дах, але не стрибав; або: вже випив пігулки, намагався стріляти себе, різати себе, намагався повіситися тощо. Якщо відповідь «Так» – **Як давно ви почали це робити?** *Впродовж року – середній ризик; за останні три місяці – високий ризик.*		

** Рекомендовані питання виділено жирним шрифтом і підкреслено.*
Колумбійська шкала оцінки ризику самогубства (C-SSRS) включає чотири етапи: бажання померти, суїцидальні думки, наявність шляхів вчинення суїциду (пошук знаряддя, таблеток), спланованість часу і місця.
Будь-яка відповідь «Так» означає, що особа потребує психологічної допомоги. Відповідь «Так» на питання 4-6 – особа потребує термінової, невідкладної допомоги.

Панель 1

Фактори, пов'язані з підвищеним ризиком самогубства, та фактори «захисту»

Фактори ризику

1) Суїцидальні думки/поведінка
- Суїцидальні думки (поточні або попередні).
- Суїцидальні плани (поточні або попередні).
- Суїцидальні спроби (в тому числі відмінені чи перервані спроби).
- Летальний результат суїцидальних планів або спроб.
- Суїцидальні наміри.

2) Психіатричні діагнози
- Великий депресивний розлад.
- Біполярний розлад (переважно під час депресивних або змішаних епізодів).
- Шизофренія.
- Нервова анорексія.
- Розлад, пов'язаний із вживанням алкоголю або психоактивних речовин.
- Розлади особистості (зокрема, межовий розлад особистості).

3) Фізичні захворювання
- Захворювання нервової системи.
- Розсіяний склероз.
- Хвороба Гантінгтона.
- Травми головного та спинного мозку.
- Судомні синдроми.
- Злоякісні новоутворення.
- ВІЛ/СНІД.
- Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки.
- Хронічне обструктивне захворювання легень, особливо у чоловіків.
- Хронічна ниркова недостатність, що лікується гемодіалізом.
- Системний червоний вовчак.
- Больовий синдром.
- Функціональні порушення.

4) Психосоціальні особливості
- Відсутність соціальної підтримки останнім часом (у тому числі проживання на самоті).
- Безробіття.
- Погіршення соціально-економічного статусу.
- Погані стосунки з членами родини.
- Домашнє насильство з боку партнера.
- Нещодавня стресова подія в житті.

5) Перенесені травми в дитинстві
- Сексуальне насильство.
- Фізичне насильство.

6) Сімейний анамнез та фактори генетичної вразливості
- Сімейна історія суїциду (особливо у родичів першого ступеня спорідненості).
- Сімейний анамнез психічних захворювань, у тому числі розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, включаючи алкоголь.

7) Психологічні стани
- Стан безнадійності.
- Психічний біль.
- Сильна або безперервна тривога.
- Панічні атаки.
- Сором або приниження.
- Психологічні потрясіння.
- Зниження самооцінки.
- Надзвичайна нарцистична вразливість.
- Імпульсивність.
- Агресія, у тому числі насильство над іншими.

8) Когнітивні особливості
- Втрата здатності до цілеспрямованої діяльності.
- Когнітивне обмеження («тунельне» бачення ситуації).
- Поляризоване (дихотомічне) мислення.
- Вузькість мислення.

9) Додаткові фактори
- Доступ до вогнепальної зброї.
- Інтоксикація психоактивними речовинами (за відсутності офіційного діагнозу розладу, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин).
- Нестабільні або погані терапевтичні відносини.

Фактори «захисту» щодо самогубства
- Присутність дітей у домі.
- Почуття відповідальності перед сім'єю.
- Вагітність.
- Релігійність.
- Задоволеність життям.
- Здатність тестувати реальність.
- Позитивні навички подолання труднощів та вирішення проблем.
- Наявність соціальної підтримки.
- Позитивні терапевтичні відносини.

Бажані:

11) скринінг щодо наявності суїцидальних думок, намірів або спроб самогубства проводиться надавачами соціальних і психологічних послуг для осіб, перелік яких визначено на панелі 1, пункти: 4. «Психосоціальні особливості»; 5. «Перенесені травми в дитинстві»; 6. «Сімейний анамнез та фактори генетичної вразливості»; 7. «Психологічні стани»;

12) забезпечення проведення регулярного навчання щодо навичок поводження з пацієнтами із суїцидальною поведінкою в будь-якому доступному для всього персоналу ЗОЗ форматі (первинна, спеціалізована, психіатрична, екстрена), що надають медичну допомогу особам із суїцидальною поведінкою.

Розділ II. Комплексна оцінка осіб із суїцидальною поведінкою

Положення стандарту медичної допомоги. Оцінка осіб з суїцидальною поведінкою здійснюється у форматі психіатричного обстеження, яке включає оцінку поточного стану пацієнта, його індивідуальних сильних і слабких сторін, опитування щодо суїцидальних думок, намірів, наявності плану самогубства (здійснюється щодо кожної зі спроб), наявності психічних розладів.

Інформація про стан пацієнта від членів його найближчого оточення є важливою і має збиратися з урахуванням конфіденційності та дотриманням принципу лікарської таємниці.

Обґрунтування. Важливим джерелом інформації про стан пацієнта є інформація від членів його найближчого оточення, яка, в свою чергу, має збиратися з урахуванням конфіденційності та дотриманням принципу лікарської таємниці. При проведенні оцінки важливо врахувати, що пацієнти часто заперечують наявність суїцидальних намірів у відповідь на прямі запитання, тому треба мати настороженість щодо висловлювань, які виражають почуття песимізму та безнадії щодо майбутнього, що зокрема може бути виражено висловлюванням на кшталт «життя не варте того, щоб жити», «краще вже ніколи не стане».

Враховуючи, що шкали оцінки суїцидальних намірів мають високий рівень хибнопозитивних і хибнонегативних результатів і дуже низьку позитивну прогностичну цінність, вони використовуються як допоміжні засоби, але не можуть замінити психіатричне обстеження.

Разом із психіатричною оцінкою здійснюється оцінка наявності психосоціальних стресорів у житті пацієнта, як гострих, так і хронічних, поточного функціонування, соціальної ситуації. Виявлення фізичних захворювань, особливо таких, які пов'язані з больовим синдромом та призводять до значного обмеження життєдіяльності, має важливе значення, оскільки такі діагнози також можуть бути пов'язані з підвищеним ризиком самогубства.

Здійснюється оцінка факторів ризику та захисних факторів щодо самогубства. Такі фактори ризику, як нещодавня спроба самогубства (особливо з високим рівнем летального результату), доступ до вогнепальної зброї або інших засобів, як-от певні лікарські засоби (ЛЗ) або хімічні речовини, наявність передсмертної записки, наявність плану самогубства (особливо із застосуванням методу, який має високу летальність), слід вважати серйозними самі по собі, незалежно від того, чи наявні інші фактори ризику.

Отримання інформації щодо того, чи розробив пацієнт план самогубства, є ключовою частиною оцінки ризику самогубства. Чим детальніший і конкретніший план самогубства, тим вищим є рівень ризику щодо його здійснення. Плани, що передбачають застосування летальних методів або розроблені таким чином, щоб уникнути виявлення, або наявність доступу до знарядь самогубства, особливо таких, які мають високу летальність, свідчать про високий ризик. Зважаючи на те що до самогубства можуть призвести імпульсивні дії, при оцінці ризику у всіх пацієнтів необхідно визначати доступ до знарядь самогубства.

Беручи до уваги, що інтоксикація алкоголем або психоактивними речовинами є фактором ризику самогубства, при проведенні психіатричної оцінки необхідно з'ясувати патерни вживання алкоголю та психоактивних речовин і здійснити оцінку наявності розладів, пов'язаних із їх вживанням.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) комплексна оцінка особи з суїцидальною поведінкою або підозрою щодо наявності суїцидального ризику включає:
- комплексне психіатричне обстеження;
- оцінку психосоціального статусу та соціальної ситуації;
- оцінку соматичного статусу, зокрема наявності захворювань, що призводять до обмеження життєдіяльності та/або прогнозованої обмеженої тривалості життя;
- комплексна психіатрична оцінка проводиться лікарем-психіатром;
- оцінка психосоціального статусу та соціальної ситуації проводиться одним із спеціалістів: лікар-психіатр, психотерапевт, психолог, соціальний працівник, медична сестра або медичний брат;

2) перед проведенням оцінки необхідно налагодити довірливі стосунки з пацієнтом та проводити оцінку в приміщенні, що забезпечує конфіденційність розмови;

3) оцінка суїцидальності здійснюється для осіб, які:
- отримали позитивні результати скринінгу щодо наявності суїцидальних думок або намірів;
- озвучують думки, наміри щодо здійснення самогубства;
- отримують медичну допомогу у зв'язку із вчиненою спробою самогубства;
- отримують медичну допомогу в результаті інтоксикації, що пов'язана з прийомом отруйних чи токсичних речовин, або травмування, яке може бути спробою самогубства, навіть якщо пацієнт це заперечує;
- мають ознаки самоушкоджень;

4) у випадку якщо пацієнта госпіталізовано зі спробою самогубства, первинна оцінка проводиться невідкладно; оцінка відкладається за наявності гострої інтоксикації, викликаної вживанням психоактивних речовин чи алкоголю, або такого стану пацієнта, що унеможливлює її проведення; якщо пацієнт не може повноцінно брати участь в оцінці через непритомність або високий рівень інтоксикації, необхідно регулярно перевіряти умови, щоб якнайшвидше провести оцінку; наявність вмісту алкоголю в крові або видихуваному повітрі не є підставою для відмови від проведення оцінки;

5) комплексна психіатрична оцінка передбачає:
- оцінку суїцидальних думок, зокрема їх частоти, тривалості, змісту, наявності конкретних планів щодо здійснення самогубства, включаючи будь-які кроки, зроблені для реалізації планів або підготовки до смерті, наявності суб'єктивного сприйняття летальності методу самогубства, який обирається для його здійснення;
- оцінку факторів ризику та факторів захисту щодо здійснення самогубства (панель 1);
- оцінку психічних розладів;
- збір інформації щодо попередніх спроб самогубства або самоушкоджувальної поведінки, зокрема про час, метод здійснення, життєву ситуацію на момент здійснення, перебування у стані інтоксикації, що пов'язана із вживанням психоактивних речовин або алкоголю;
- збір інформації щодо наявності фактів або спроб самогубства в родині, наявності психічних розладів у родині;
- оцінку наявності думок, планів або намірів вчинити насильство по відношенню до інших людей;
- оцінку схильності до ризикованої поведінки, включаючи необережне керування автотранспортом, ризиковані сексуальні стосунки;

6) комплексна оцінка відбувається у формі клінічного інтерв'ю щодо вивчення суїцидальності пацієнта (панель 2);

7) при проведенні комплексної оцінки використовуються опитувальники:
- шкала суїцидальних думок (Scale for Suicide Ideation) (панель 3);
- скринінг на наявність депресії – Анкета пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9);
- опитувальник суїцидальної поведінки (SBQ-R);
- шкала суїцидальних намірів (The Suicide Intent Scale);
- шкала причин для життя (панель 4);
- короткий опитувальник суїцидальної кризи – адаптований (КОСА) (панель 5);
- опитувальник суїцидальних думок (SIQ);

8) інструменти для оцінки суїцидальних думок використовуються як допоміжні в рамках комплексної оцінки і не використовуються для оцінки ступеня ризику самогубства та як прогностичний інструмент вчинення повторних епізодів самоушкодження або самогубства в майбутньому;

9) оцінка розладів психіки та поведінки включає оцінку: анамнезу психічних розладів, включаючи збір інформації про попередні діагнози, призначене лікування або самолікування; ефективності лікування; досвіду госпіталізації

Продовження на стор. 24.

Суїцидальна поведінка

Стандарт медичної допомоги

Продовження. Початок на стор. 22.

Панель 2

Перелік питань для проведення клінічного інтерв'ю з пацієнтами щодо вивчення суїцидальності та інструкція щодо його проведення (скорочено)

1. Почніть із запитань, які стосуються почуттів пацієнта щодо життя:
- Чи відчували ви коли-небудь, що життя не варте того, щоб його прожити?
- Чи хотіли ви коли-небудь заснути і просто не прокинутися?

2. Поставте конкретні запитання, які стосуються думок про смерть, самоушкодження чи самогубство:
- Чи думали ви про смерть останнім часом?
- Чи доходило коли-небудь до того, що ви думали заподіяти собі шкоду?

3. В осіб, які мають думки про те, щоб заподіяти собі шкоду, або про самогубство, запитайте таке:
- Коли ви вперше помітили такі думки?
- Що вас спонукало до появи таких думок (наприклад, міжособистісні, психосоціальні проблеми, включаючи реальні або уявні; зміна настрою, ангедонія, стан безнадійності)?
- Як часто у вас виникали такі думки?
- Чи маєте ви конкретний план, як заподіяти собі шкоду чи вбити себе?
- Що могло б змусити вас відчувати більшу (або меншу) надію на майбутнє?

4. В осіб, які намагалися покінчити життя самогубством або вдавалися до самоушкоджувальної поведінки:
- Поставте питання про попередні спроби, наведені в попередньому розділі. Додаткові запитання можуть бути поставлені в загальних рисах або стосуватися конкретного методу, який використовувався.

5. В осіб з неодноразовими суїцидальними думками або спробами поставте такі питання:
- Як часто ви намагалися заподіяти собі шкоду (або вбити себе)?
- Коли це було востаннє?
- Чи можете ви описати свої думки в той час, коли ви дуже серйозно думали про самогубство?

6. У людей із психозом запитайте конкретно про галюцинації та марення:
- Чи можете ви описати голоси (наприклад, один чи кілька, чоловічий чи жіночий, внутрішній чи зовнішній, впізнаваний чи невпізнаваний)?
- Про що говорять ці голоси (наприклад, позитивні зауваження, негативні зауваження чи погрози...)?
- Чи є речі, за які ви відчували провину або звинувачували себе?

7. Розгляньте можливість пацієнта завдати шкоди не лише собі, а й іншим:
- Чи є, на вашу думку, інші люди, які можуть бути відповідальними за те, що ви відчуваєте? Чи виникають у вас думки про те, щоб завдати їм шкоди?
- Чи хотіли б ви, щоб із вами померли інші люди, хто вони?

Панель 3

Шкала суїцидальних думок (Scale for Suicide Ideation – SSI)

Шкала представлена у форматі напівструктурованого інтерв'ю, яке складається з 21 пункту, 19 із яких містять висловлювання, які оцінюються респондентом від 0 до 2 балів. Сума всіх балів (максимум – 38) визначає ризик суїциду на момент інтерв'ю: чим більший бал, тим вищий ризик. Два додаткових пункти фіксують випадки попередніх спроб суїциду та їх кількість. Шкала дозволяє оцінити три складових суїцидального мислення: активне суїцидальне бажання, пасивне суїцидальне бажання та підготовчі дії. Клінічно значущим «порогом» суїцидального ризику в дослідженнях на дорослих прийнято вважати ≥6 балів. Час заповнення шкали становить близько 10 хвилин. SSI стандартизована як для осіб, госпіталізованих до психіатричного стаціонару, так і для амбулаторних пацієнтів; вона апробована в мережі закладів первинної ланки медичної допомоги, у відділеннях невідкладної допомоги, у реабілітаційних програмах та приватній практиці.

Текст опитувальника

I. Ставлення до життя/смерті

1. Бажання жити:
0. від помірного до сильного;
1. слабке;
2. відсутнє.

2. Бажання померти:
0. відсутнє;
1. слабке;
2. від помірного до сильного.

3. Доводи на користь життя/смерті:
0. доводів на користь життя більше, ніж на користь смерті;
1. приблизно однакові;
2. доводів на користь смерті більше, ніж на користь життя.

4. Бажання вчинити активну суїцидальну спробу:
0. відсутнє;
1. слабке;
2. від помірного до сильного.

5. Пасивна суїцидальна спроба:
0. вжив би запобіжних заходів, щоб залишитися в живих;
1. поклався б на волю випадку (наприклад, вийшов би на проїжджу частину на жвавій вулиці);
2. не зробив би нічого для того, щоб залишитися в живих (наприклад, припинення прийому інсуліну діабетиком).

II. Характеристики суїцидальної ідеаторної активності

6. Тривалість думок:
0. скоромінущі;
1. досить тривалі;
2. невідступні.

7. Частота:
0. виникають дуже рідко;
1. то виникають, то зникають;
2. не відпускають.

8. Ставлення до суїцидальних думок/бажань:
0. негативне;
1. амбівалентне, індиферентне;
2. згода.

9. Контроль над суїцидальною поведінкою:
0. упевнений, що може протистояти суїцидальним думкам/бажанням;
2. не впевнений у цьому;
3. не контролює себе.

10. Стримуючі фактори (сім'я, релігійні переконання; можлива інвалідизація в разі безуспішної спроби; незворотність вчинку):
0. не вчинить самогубства в силу стримуючих факторів (вказати яких);
1. бере до уваги стримуючі фактори;
2. не зважає на стримуючі фактори.

11. Причини можливої суїцидальної спроби:
0. маніпулювати оточуючими, привернути до себе увагу, помститися комусь;
1. поєднання «0» і «2»;
2. покласти край стражданням, разом вирішити всі проблеми.

III. Характеристики можливої суїцидальної спроби

12. Метод (ступінь продуманості):
0. не обміркований;
1. обміркований у загальному вигляді;
2. детально опрацьований.

13. Ступінь доступності методу та наявність можливості для скоєння суїциду:
0. недоступний у принципі (можливість відсутня);
1. для підготовки потрібен час (на даний момент можливість відсутня);
2. метод доступний, можливість є.

14. Суб'єктивно відчувається здатність до скоєння суїциду:
0. вважає, що йому не вистачить сміливості або що в нього не вийде накласти на себе руки;
1. не впевнений у тому, що йому вистачить сміливості або що в нього вийде накласти на себе руки;
2. впевнений у власній сміливості та компетентності.

15. Очікування/можливість суїцидальної спроби:
0. ні;
1. слабке (під сумнівом);
2. є.

IV. Реалізація можливого суїциду

16. Реальна підготовка:
0. ні;
1. часткова (наприклад, почав запасатися таблетками);
2. завершена (має достатній запас таблеток, зарядженний пістолет тощо).

17. Передсмертна записка:
0. ні;
1. тільки почав складати (тільки обмірковує);
2. написана.

18. Останні дії та вказівки (оформлення заповіту, страховки на близьких, подарунки друзям і родичам тощо):
0. ні;
1. думає про це (зробив деякі вказівки);
2. зробив усі необхідні вказівки.

19. Приховування суїцидальних намірів:
0. висловлює їх відкрито;
1. не говорить про них;
2. приховує їх.

V. Передумови для здійснення суїциду

20. Наявність суїцидальних спроб у минулому:
0. ні;
1. одна;
2. кілька.

21. Бажання померти після останньої суїцидальної спроби:
0. слабке;
1. амбівалентні почуття;
2. сильне.

з приводу психічного розладу; поточних психічних розладів;

10) оцінка поточних психічних розладів включає визначення наявності:
- депресивного розладу;
- тривожного розладу;
- шизофренії;
- розладів особистості з фокусом на межові та антисоціальні розлади особистості;
- розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, включаючи алкоголь;
- розладу харчової поведінки;
- патологічної пристрасті до азартних ігор;

11) оцінка психосоціального статусу та соціальної ситуації включає оцінку:
- культурних і релігійних переконань пацієнта щодо смерті;
- наявності гострих або хронічних психосоціальних стресорів, які можуть включати міжособистісні втрати, фінансові труднощі або зміни соціально-економічного статусу, розлад у сімейних стосунках;
- домашнього насильства, що включає фізичне, психологічне, сексуальне, економічне насильство;
- минулих або поточних випадків сексуального чи фізичного насильства;
- занедбаності;
- статусу зайнятості;
- сімейної ситуації з акцентом на наявність та спільне проживання з дітьми;
- характеру стосунків між членами сім'ї, наявності внутрішньосімейної підтримки;
- навичок подолання стресу та реакції на стрес у минулому;
- особистісних рис та сильних і слабких сторін особистості;

Панель 4

Шкала причин для життя (RFL)

Інструкції: У багатьох людей хоча б раз в житті виникала думка про самогубство; в інших – ніколи. Замислювалися ви про це чи ні – нас цікавлять причини, які б утримали вас від вчинення самогубства, якби це спало вам на думку або хтось запропонував би вам піти на це. Ми хочемо дізнатися, наскільки важливою була б кожна з можливих причин для вас на сьогодні; що було б вагомою підставою не позбавляти себе життя. Будь ласка, оцініть кожне з наведених тверджень. Поруч із кожним твердженням позначте цифрою його важливість у тому, щоб не скоїти самогубство. Навіть якщо ви ніколи не задумувалися про самогубство або ж твердо переконані, що в жодному разі не розглядали б всерйоз думку позбавити себе життя, – все ж важливо оцінити кожну причину.

1. Зовсім не важливо (не має ваги як причина не вбивати себе, або не має відношення до мене, я в це не вірю).
2. Швидше не важливо.
3. Частково не важливо.
4. Частково важливо.
5. Швидше важливо.
6. Дуже важливо (вагома причина не позбавляти себе життя, це справді має значення).

Текст опитувальника

___1. У мене є відповідальність та зобов'язання перед моєю сім'єю.
___2. Я вірю у свою спроможність пристосуватися до труднощів або справлятися з ними.
___3. Я вірю, що самостійно визначаю свою долю та життя.
___4. У мене є бажання жити.
___5. Я вірю, що лише Бог має право визначати, коли людині час померти.
___6. Я боюсь смерті.
___7. Моя сім'я може подумати, що я не любив їх.
___8. Я не вважаю, що все може бути настільки погано і безнадійно, що краще померти.
___9. Моя сім'я покладається на мене і потребує мене.
___10. Я не хочу помирати.
___11. Я хочу бачити, як зростають мої діти.
___12. Життя – це все, що ми маємо, і це краще, ніж нічого.
___13. У мене є плани на майбутнє, які я дуже хочу здійснити.
___14. Не має значення, як мені погано – я знаю, що це не триватиме вічно.
___15. Мене лякає невідомість.
___16. Моя сім'я – моя радість і втіха, я б не покинув їх.
___17. Я хочу проживати все, що життя може запропонувати: є так багато речей, яких я ще не звідав і хочу пережити.
___18. Мене турбує, що мій спосіб покінчити із собою не спрацює.
___19. Мені на себе достатньо не байдуже задля того, аби жити.
___20. Життя – занадто прекрасне і цінне, щоб його закінчувати.
___21. Було б нечесно полишати турботи про дітей на інших людей.
___22. Я вірю, що можу знайти інші шляхи вирішення моїх проблем.
___23. Я боюсь потрапити в пекло.
___24. Я люблю життя.
___25. Я занадто витривалий, щоб вдатися до самознищення.
___26. У мене не стало б мужності наважитися на самогубство.
___27. Мої релігійні переконання забороняють це.
___28. Це мало б згубні наслідки для моїх дітей.
___29. Мені цікаво жити, щоб дізнатися, що відбудеться в майбутньому.
___30. Це завдало б значного болю моїм близьким, а я не хочу, щоб вони страждали.
___31. Мене непокоїть, що б інші подумали про мене.
___32. Я вірю, що в житті все відбувається на краще.
___33. Я б не зміг вирішити, де, коли та як саме зробити це.
___34. Я вважаю самогубство морально неправильним.
___35. У мене залишається безліч справ, які потрібно зробити.
___36. У мене є мужність мати справу з життям.
___37. Я щасливий, і мене задовільняє моє життя.
___38. Я боюсь реальних компонентів самогубства (болю, крові, насилля).
___39. Я переконаний, що самогубством нічого не досягнеш і це насправді не вирішило б нічого.
___40. Я сподіваюсь, що все налагодиться і майбутнє буде щасливішим.
___41. Інші подумали б, що я слабкий та егоїстичний.
___42. У мене є внутрішній стимул до виживання.
___43. Я б не хотів, щоб люди думали, що я не керував своїм життям.
___44. Я вірю, що можу знайти ціль у житті, привід для того, щоб жити.
___45. Не бачу жодного сенсу квапити смерть.
___46. Я такий невдаха, що мій спосіб покінчити з життям не спрацював би.
___47. Я не хотів би, щоб моя сім'я почувалась винною після цього.
___48. Не хочу, щоб мої близькі думали, що я був егоїстом або боягузом.

Додаткові твердження шкали причин для життя

___49. Я б не зміг бачити наслідки моєї смерті для інших.
___50. Близькі друзі покладаються на мене і потребують мене.
___51. Я здатен побачити сенс у стражданні.
___52. У мене є друзі, яких я люблю надто сильно, щоб залишити.
___53. Я занадто пишаюсь собою.
___54. Раціональні люди не знищують себе.
___55. Якби я був пригнічений такою мірою, щоб хотіти вмерти, – то мені не стало б сили заподіяти собі смерть.
___56. Я роблю внесок у суспільство.
___57. Суспільство не схвалює самогубство.
___58. У мене в житті є люди, які люблять мене і можуть вислухати та зрозуміти.
___59. Не бачу сенсу в тому, щоб помирати і давати іншим можливість насолоджуватись усім, задля чого я працював.
___60. Це – ознака слабкості, а я не бажаю бути слабаком чи невдахою.
___61. Мені страшно, що моя смерть ні для кого не матиме значення.
___62. Остаточність цього вчинку зупинила б мене.
___63. Це накликало б значний сором на мою родину.
___64. Мої близькі друзі були б спустошені.
___65. Я відчуваю, що існують зобов'язання, яких я повинен дотриматися.
___66. Я б подумав про інших людей, яким набагато гірше, ніж мені.
___67. У мене є робота, у якій я залучений і потрібний.
___68. У мене є відповідальність і зобов'язання перед моїми друзями.
___69. Я б усвідомив, що ця думка про суїцид – несерйозна й, вірогідно, скоро мине.
___70. Переживати страждання – це важлива складова життя.
___71. Я б припинив жаліти себе.
___72. Сама думка про самогубство є абсолютно незбагненною для мене.

Панель 5

Короткий опитувальник суїцидальної кризи адаптований (КОСА) (адаптація Н. Яценко, О. Сомової та Ю. Свіріної)

Інструкція: Дайте відповіді на кожне запитання за шкалою: 0 = зовсім не властиво; 1 = трохи властиво; 2 = помірно властиво; 3 = значно властиво; 4 = дуже сильно властиво.

Текст опитувальника

1. Чи було у вас відчуття, що надії більше немає?
2. Чи було у вас відчуття, що немає виходу?
3. Чи відчували ви внутрішній біль, який потрібно було припинити?
4. Чи були у вас будь-які надзвичайно інтенсивні переживання або ж перепади настрою?
5. Чи траплялося з вами, що в голові забагато думок?
6. Чи помічали ви знижену здатність думати, концентруватися або приймати рішення через надто велику кількість думок?
7. Чи відчували ви, що хочете «вилізти із власної шкіри»?
8. Чи почувалися ви настільки неспокійно, що не могли всидіти на місці?
9. Чи відчували ви, що не відкрилися повністю членам вашої родини або друзям?

Обробка результатів: здійснюється шляхом підрахунку загальної суми балів за всіма пунктами опитувальника (макимальний бал – 36, мінімальний – 0).

Інтерпретація результатів: чим вищий загальний результат, тим більш виражені симптоми суїцидальної кризи.

Розділ III. Фармакологічні та нефармакологічні методи надання допомоги особам із суїцидальною поведінкою

Положення стандарту медичної допомоги. Основне завдання лікування та/або психологічної корекції (супроводу) осіб із суїцидальною поведінкою спрямоване на пом'якшення факторів ризику та посилення факторів захисту щодо суїцидальної поведінки, стабілізації психічного стану та лікування коморбідних психічних розладів. Основним підходом до лікування та/або психологічної корекції (супроводу) є застосування комбінації фармакологічних і нефармакологічних методів, зокрема доказових психосоціальних інтервенцій різної інтенсивності.

При організації лікування та/або психологічної корекції (супроводу), зокрема умов та вибору необхідних втручань, застосовується принцип ступінчатого підходу: від найменш інтенсивного у відповідності до поточного стану пацієнта та балансу оцінки переваг і ризиків до більш інтенсивного у випадку неефективності втручання або потреби у більш інтенсивних втручаннях.

Лікування та/або психологічна корекція (супровід) надається амбулаторно або в умовах стаціонару. Формат лікування та/або психологічної корекції (супроводу) визначається індивідуально з урахуванням комплексної оцінки стану пацієнта, ризиків і переваг кожного з форматів лікування та/або психологічної корекції (супроводу), зокрема з урахуванням поточного суїцидального ризику пацієнта, потенційної небезпеки для пацієнта та оточуючих, соматичних і психіатричних патологій, здатності й готовності налагоджувати та підтримувати терапевтичний зв'язок із лікарем.

Обгрунтування. Психосоціальна допомога має бути спрямована на покращення міжособистісних стосунків, психосоціального функціонування, розвиток стресостійкості, емоційної компетентності, стратегій подолання життєвих труднощів та стійкості. У якості психосоціальної допомоги використовуються короткотривалі втручання, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), міжособистісна психотерапія, психодинамічна терапія, діалектична поведінкова терапія (ДПТ).

Специфічне фармакологічне лікування не показане, ЛЗ застосовуються для корекції кризового стану, а також для купірування супутніх психічних розладів і станів. При фармакологічній терапії психічних розладів і станів застосовуються антидепресанти, антипсихотики, нормотиміки та анксіолітики.

Переваги надання медичної/психологічної/психотерапевтичної допомоги в умовах стаціонару необхідно порівнювати з їхніми можливими негативними наслідками (наприклад, переривання трудової діяльності, фінансовий та інший психосоціальний стрес, соціальна стигма). Ризик самогубства є лише одним і не єдиним фактором, який слід брати до уваги при прийнятті рішення щодо госпіталізації,

Продовження на стор. 26.

- здатності критично оцінювати реальність;
- здатності витримувати психологічний біль і задовольняти психологічні потреби;

12) при оцінці соціальної ситуації особлива увага спрямовується на з'ясування питань, пов'язаних із безпекою пацієнта, зокрема перебування в ситуації ризику або наявного насильства;

13) в осіб, які мають повторні госпіталізації з приводу суїцидальних спроб, кожна суїцидальна спроба оцінюється окремо і комплексна оцінка повторюється;

14) у пацієнтів, які отримують стаціонарне лікування при зміні формату лікування, зокрема у випадку виписки зі стаціонару або зменшення інтенсивності нагляду, проводиться повторна оцінка стану;

15) за умови дотримання конфіденційності додаткова інформація збирається від членів близького оточення пацієнта;

16) у випадку якщо пацєнт із суїцидальної поведінкою не може пояснити свій стан вербально, пропонується використання альтернативних методів спілкування, таких як написання листів, ведення щоденників емоційного стану, використання узгоджених фраз або емотиконів, малювання.

Бажані:

17) комплексна оцінка здійснюється мультидисциплінарною командою до якої, за потреби, можуть бути залучені лікар-психіатр, лікар-психотерапевт, лікар-психолог, соціальний працівник, медична сестра або медичний брат, лікар загальної практики – сімейний лікар;

18) додатково при проведенні комплексної оцінки у якості опитувальників може використовуватись:

- тест тематичної апперцепції для виявлення дихотомічного мислення як фактора ризику самогубства;
- шкала безнадійності Бека (табл. 2, 3).

Суїцидальна поведінка

Стандарт медичної допомоги

Продовження. Початок на стор. 22.

оскільки пацієнти можуть відчувати себе приниженими або наляканими, перебуваючи в лікарні, замість того, щоб відчути емоційне полегшення. У деяких пацієнтів лікування в таких обмежувальних умовах, як стаціонар, може сприяти розвитку залежності та регресивному циклу посилення суїцидальних думок.

При організації лікування та/або психологічної корекції (супроводу) важливим є створення терапевтичного альянсу як одного з факторів захисту від суїцидальної поведінки та координація лікування у разі ведення пацієнта декількома медичними спеціалістами.

Безперервний моніторинг безпеки та клінічного стану пацієнта, а також динамічний перегляд оцінки факторів ризику щодо здійснення самогубства є невід'ємною частиною планування та супроводу лікувального процесу.

Вживання психоактивних речовин і наявність пов'язаних із цим розладів, включаючи алкоголь, підвищують ризик суїциду і знижують прихильність та ефективність лікування.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) надання медичної допомоги пацієнту із суїцидальною спробою здійснюється відповідно до алгоритму (рисунок);

2) особам, які були госпіталізовані до ЗОЗ або яким надається невідкладна медична допомога в результаті інтоксикації, що пов'язана з прийомом отруйних чи токсичних речовин, або травмування, яке може бути спробою самогубства:

- надається медична допомога відповідно до соматичного стану;
- здійснюється моніторинг їхнього стану та забезпечуються умови задля попередження можливих спроб самогубства, зокрема обмеження доступу до знарядь їх здійснення;
- проводиться комплексна психіатрична оцінка;
- за відсутності в ЗОЗ лікаря-психіатра здійснюється перенаправлення пацієнта до ЗОЗ, що надає спеціалізовану психіатричну допомогу;

3) перед початком лікування та/або психологічної корекції (супроводу) для кожного пацієнта складається індивідуальний план, розроблений на основі проведеної первинної психіатричної оцінки; із пацієнтом узгоджується мета, цілі та вибір конкретного методу лікування та/або психологічної корекції (супроводу), а також заохочується його активна роль при формуванні індивідуального плану;

4) для всіх пацієнтів із суїцидальною поведінкою складається план безпеки (панель 6), який може бути складовою індивідуального плану лікування або складатися самостійно у випадку відмови пацієнта від подальшого лікування;

5) рішення про вибір формату лікування та/або психологічної корекції (супроводу) – в амбулаторних чи стаціонарних умовах – здійснюється з урахуванням критеріїв, наведених на панелі 7; при перегляді та зміні формату лікування та/або психологічної корекції (супроводу) проводиться повторна оцінка стану пацієнта;

6) перед випискою із ЗОЗ медичний персонал обговорює з пацієнтом і з членами близького оточення (за згоди пацієнта) мету та формат отримання подальшої допомоги, а також складає та узгоджує з пацієнтом індивідуальний план лікування та/або психологічної корекції (супроводу); у пацієнтів із тяжкою або хронічною самоушкоджувальною поведінкою медичним персоналом забезпечується спостереження та догляд протягом 48 годин після виписки зі стаціонару у спосіб, узгоджений із пацієнтом або членами близького оточення (за згоди пацієнта);

7) фармакотерапія призначається пацієнтам із суїцидальною поведінкою або такою, що веде до суїцидальної поведінки, та які мають супутні психічні захворювання; призначення здійснюється у відповідності до галузевих стандартів медичної допомоги з урахуванням особливостей призначення ЛЗ, ризиків, що впливають на суїцидальну поведінку, потенціал щодо летальності у випадку передозування; за наявності суїцидальності ЛЗ слід виписувати в мінімально можливій кількості;

8) при лікуванні пацієнтів із депресивним розладом:

- першою лінією лікування є антидепресанти групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну або інші антидепресанти;
- призначення трициклічних антидепресантів та антидепресантів групи інгібіторів моноаміноксидази здійснюється з обережністю й у випадку, якщо переваги їх призначення перевищують ризики та, зважаючи на високий рівень летальності при їх передозуванні, лише як резервних ЛЗ при резистентних станах;
- при вираженому неорганічному безсонні здійснюються навчання гігієні сну, регуляції циркадних ритмів, психотерапевтичні втручання та, за потреби, призначаються антидепресанти із сомнолентним ефектом;
- після призначення антидепресантів, протягом перших тижнів лікування, здійснюється постійний моніторинг стану пацієнта щодо проявів симптомів тривоги, збудження, порушення сну, психозу, суїцидальних думок;
- надається інформація про затримку дії ЛЗ і відповідну затримку часу полегшення симптомів розладу;
- при тяжкому депресивному розладі антидепресанти призначаються максимально швидко; за відсутності відповіді на фармакологічне лікування призначається

Таблиця 2. **Шкала безнадійності Бека**

№	Варіанти відповідей		Твердження
1	Вірно	Невірно	Я чекаю майбутнього з надією та ентузіазмом
2	Вірно	Невірно	Мені пора здатися, оскільки я нічого не можу змінити на краще
3	Вірно	Невірно	Коли справи йдуть погано, мені допомагає думка, що так не може тривати завжди
4	Вірно	Невірно	Я не можу уявити, на що буде схоже моє життя через 10 років
5	Вірно	Невірно	У мене достатньо часу, щоб завершити справи, якими я найбільше хочу займатися
6	Вірно	Невірно	У майбутньому я сподіваюся досягти успіху в тому, що мені найбільше подобається
7	Вірно	Невірно	Майбутнє уявляється мені в пітьмі
8	Вірно	Невірно	Я сподіваюся отримати в житті більше доброго, хорошого, ніж пересічна людина
9	Вірно	Невірно	У мене немає ніяких просвітів і немає причин вірити, що вони з'являться в майбутньому
10	Вірно	Невірно	Мій минулий досвід добре підготував мене до майбутнього
11	Вірно	Невірно	Все, що я бачу попереду, – швидше неприємності, ніж радості
12	Вірно	Невірно	Я не сподіваюся досягти того, чого дійсно хочу
13	Вірно	Невірно	Коли я заглядаю в майбутнє, я сподіваюся бути щасливішим, ніж я є зараз
14	Вірно	Невірно	Справи йдуть не так, як мені хочеться
15	Вірно	Невірно	Я дуже вірю в своє майбутнє
16	Вірно	Невірно	Я ніколи не досягаю того, що хочу, тому безглуздо чогось хотіти
17	Вірно	Невірно	Досить малоймовірно, що я отримаю реальне задоволення в майбутньому
18	Вірно	Невірно	Моє майбутнє здається мені дуже туманним і невизначеним
19	Вірно	Невірно	У майбутньому мене чекає більше хороших днів, ніж поганих
20	Вірно	Невірно	Марно намагатися отримати те, що я хочу, оскільки, ймовірно, я не доб'юся цього

Таблиця 3. **Обробка та інтерпретація результатів**

№	Відповідь	Бал	№	Відповідь	Бал
1	Невірно	1	11	Вірно	1
2	Вірно	1	12	Вірно	1
3	Невірно	1	13	Невірно	1
4	Вірно	1	14	Вірно	1
5	Невірно	1	15	Невірно	1
6	Невірно	1	16	Вірно	1
7	Вірно	1	17	Вірно	1
8	Невірно	1	18	Вірно	1
9	Вірно	1	19	Невірно	1
10	Невірно	1	20	Вірно	1

Максимальний бал – 20.
0-3 бали – безнадійність не виявлена; 4-8 балів – легка безнадійність; 9-14 балів – помірна безнадійність; 15-20 балів – тяжка безнадійність.

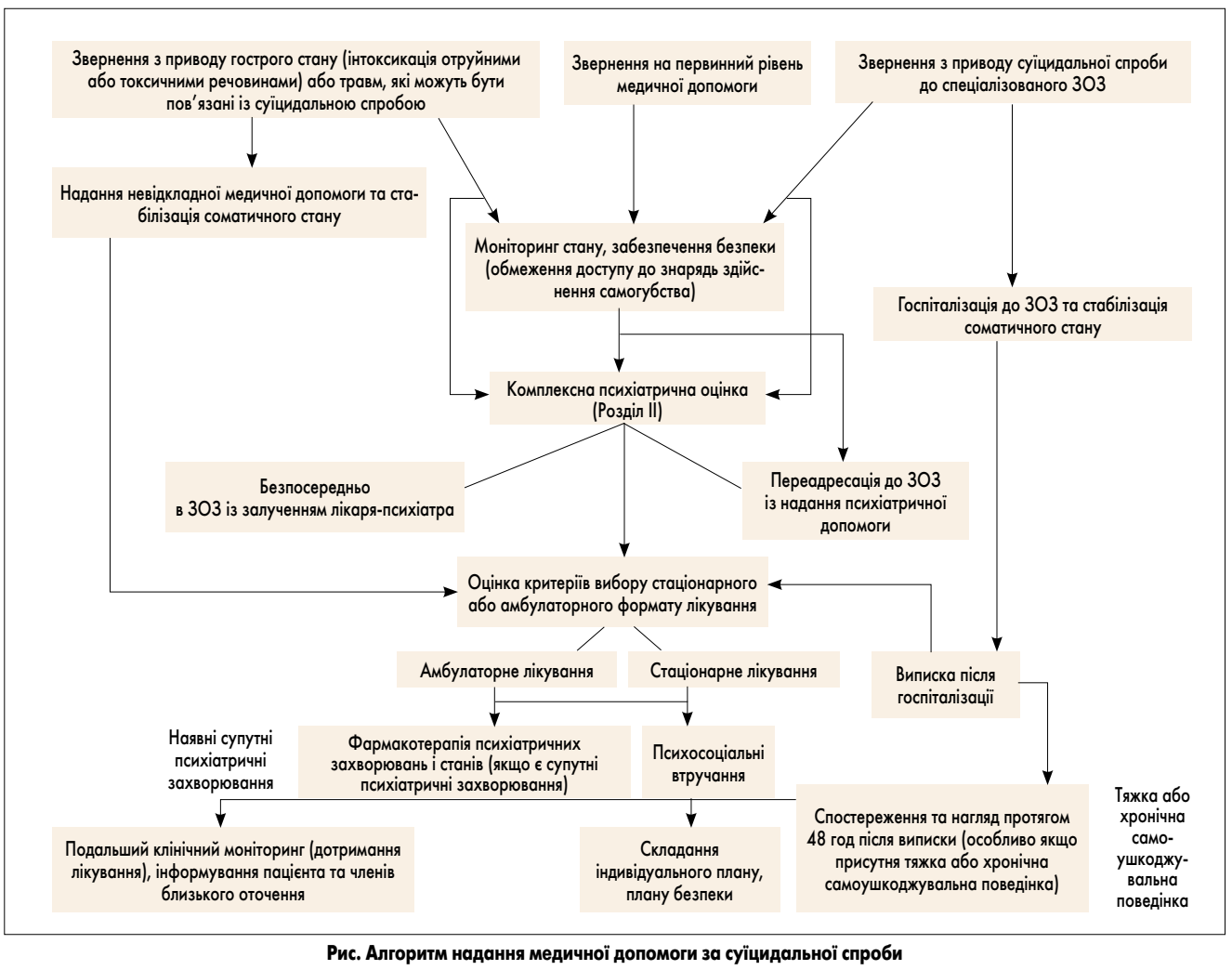


Рис. Алгоритм надання медичної допомоги за суїцидальної спроби

Панель 6

План безпеки

План безпеки – це короткотривалі втручання, спрямовані на запобігання або зменшення суїцидальних думок або суїцидальної поведінки, який складається з урахуванням індивідуальних характеристик пацієнта та перебігу його захворювання.

Мета: зменшити ризики від суїцидальної поведінки за допомогою заздалегідь визначених і письмово викладених стратегій подолання та/або джерел підтримки, які пацієнт може використати для полегшення кризи.

План безпеки складається лікуючим лікарем спільно з пацієнтом та/або із залучення членів родини або близького оточення.

Орієнтовна структура плану безпеки

1. Стани, які передують гострій суїцидальній кризі, наприклад, сильне збудження, тривога, розчарування, гнів тощо:

- Відчуття безнадії або безпорадності, панічні атаки
- Відчуття провини, сорому, неприйняття себе
- Різкі зміни настрою
- Збільшення вживання алкоголю/наркотичних речовин
- Відмова від контактів із людьми
- Агресивність або дратівливість
- Інше (вказати): _____

2. Перелік способів самоушкодження/ самогубства, включаючи аналіз тих, перевагу яким віддає пацієнт, і стратегія обмеження доступу до них:

- ЛЗ/отруйні речовини
- Гострі предмети, зброя
- Висотні місця, мотузки, інше
- Інші способи (вказати)

3. Перелік стратегій подолання кризи/бажання здійснити самогубство. Можуть включати будь-які заходи, активності, що здатні відволікти пацієнта від наміру здійснити самогубство:

- Виконати дихальні або заспокійливі техніки
- Зателефонувати близькій людині зі списку
- Подзвонити на гарячу лінію/своєму лікарю
- Прибрати небезпечні предмети або залишити небезпечне місце
- Активність (прогулянки, кіно тощо)
- Інше

4. Коло близьких осіб, до яких можна звернутися за підтримкою та/або які можуть відволікти від бажання/наміру здійснити самогубство.

5. Перелік можливих джерел підтримки та отримання допомоги:

- Лікар/психіатр:
- Психолог/психотерапевт
- Сімейний лікар
- Соціальний працівник
- Інше

електросудомна терапія (ЕСТ) як короткотривалий метод лікування; після застосування ЕСТ повторно призначається або продовжується лікування антидепресантами;

9) у пацієнтів із суїцидальною поведінкою та коморбідним біполярним афективним розладом, у тому числі рецидивучим, як перша лінія лікування призначаються препарати літію; при підборі дозування препаратів літію враховується потенційна токсичність ЛЗ при передозуванні; у пацієнтів із суїцидальною поведінкою та коморбідним уніполярним афективним розладом призначаються препарати літію;

10) у пацієнтів із психотичними розладами та суїцидальною поведінкою:

- першою лінією лікування є антипсихотичні ЛЗ другого покоління та новітні;
- у пацієнтів із шизоафективним розладом або шизофренією призначається клозапін;
- антипсихотичні засоби першого покоління призначаються з обережністю через ризик посилення депресії та розвитку екстрапірамідних неврологічних побічних ефектів у пацієнтів із суїцидальною поведінкою, які демонструють низький рівень прихильності до лікування або за відсутності відповіді на лікування засобами другого покоління;

11) при призначенні ЛЗ особливу увагу слід приділяти ризикам щодо їх зловживання і можливим летальним наслідкам у разі передозування ними; у випадку призначення таких ЛЗ, за можливості, члени близького оточення залучаються до контролю за прийомом ЛЗ;

12) у випадку необхідності призначення бензодіазепінів:

- перевага віддається бензодіазепінам у мінімальній ефективній дозі й на обмежений період часу;
- пацієнту надається інформація щодо їх потенційної взаємодії з іншими седативними засобами, алкоголем і можливого розгальмовуючого ефекту;
- відміна прийому бензодіазепінів після їх тривалого застосування здійснюється поступово; під час такої відміни необхідно проводити спостереження за станом пацієнта, зокрема щодо посилення симптомів тривоги, збудження, депресії або суїцидальних намірів;

13) як альтернатива бензодіазепінам призначаються інші ЛЗ, які мають заспокійливий ефект у пацієнтів із тривожністю та збудженістю, такі як тразодон, низькі дози антипсихотиків другого покоління; за згодою пацієнта та відповідно до статті 44 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» – протисудомні ЛЗ, такі як габапентин або вальпроєва кислота;

14) як психосоціальні втручання призначаються:

- за наявності депресивних розладів – КПТ та інтерперсональна терапія;
- за наявності межового розладу особистості, а також хронічної самоушкоджувальної поведінки без суїцидальних намірів – психодинамічна терапія, схема-терапія та ДПТ;
- за наявності розладів психіки та поведінки внаслідок вживаня психоактивних речовин, опіоїдів, алкоголю – психосоціальні втручання, визначені відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я;
- у пацієнтів із самоушкоджувальною поведінкою без суїцидальних намірів – терапія, спрямована на вирішення проблем, короткотривалі психологічні втручання, сімейна або поведінкова терапія пар;
- сімейна терапія та інші доказові методи індивідуальної психотерапії застосовуються як додаткове психологічне втручання;

15) незалежно від обраного методу лікування та/або психологічної корекції (супроводу) медичні працівники проводять моніторинг дотримання режиму лікування й у випадку низької прихильності до нього або пропуску планових візитів до лікаря з пацієнтом:

- встановлюється зв'язок засобами телекомунікації (телефоном, електронною поштою або в інший узгоджений із пацієнтом спосіб) із метою з'ясування причин пропуску візиту;
- надається додаткова роз'яснювальна інформація щодо психічних розладів, особливостей методів лікування, факторів, які можуть загострювати або впливати на суїцидальні ризики;

16) за наявності розладів психіки та поведінки внаслідок вживаня психоактивних речовин, опіоїдів, алкоголю має бути ініційоване лікування таких розладів або направлення для отримання відповідної медичної допомоги;

17) на всіх етапах лікування та/або психологічної корекції (супроводу) медичний персонал надає інформацію членам родини та/або близького оточення пацієнта щодо правил поводження з особою із суїцидальною поведінкою, особливостей клінічного перебігу психіатричних захворювань, методів лікування, ризиків, пов'язаних із застосуванням ЛЗ, зокрема можливого посилення суїцидальних думок і намірів та відтермінування покращення стану пацієнта (ефекту від лікування) тощо;

18) лікування та/або психологічна корекція (супровід) пацієнта з тяжкою або хронічною самоушкоджувальною поведінкою має здійснюватись одним лікарем-психіатром; за потреби проведення додаткових консультацій з іншими лікарями-психіатрами такі консультації, за можливості, здійснюються лікуючим лікарем без переадресації пацієнта.

Бажані:

19) забезпечується постійний зв'язок між пацієнтом та визначеним медичним працівником ЗОЗ, у якому пацієнт проходить лікування, до якого пацієнт може звернутися, зокрема з використанням засобів телекомунікації, у випадку загострення стану (суїцидальна криза);

20) лікування здійснюється мультидисциплінарною командою, до якої, за потреби, можуть бути залучені лікар-психіатр, лікар-психотерапевт, лікар-психолог, соціальний працівник, медична сестра або медичний брат, лікар загальної практики – сімейний лікар.

Розділ IV. Оцінка та надання допомоги дітям і підліткам із суїцидальною поведінкою

Положення стандарту медичної допомоги. Оцінка дитини/підлітка здійснюється з урахуванням вікових особливостей розвитку та з урахуванням юридичних аспектів проведення такої оцінки з дотриманням положень Закону України «Про психіатричну допомогу».

Панель 7

Критерії вибору формату лікування

При оцінці вибору формату лікування – амбулаторно або в умовах стаціонару – зважуються ризики (рівень небезпеки для пацієнта та оточуючих) та переваги і недоліки стаціонарного лікування (переривання трудової діяльності, фінансовий та інший психосоціальний стрес, соціальна стигма) як найбільш обмежувального заходу, а також готовність пацієнта лікуватись амбулаторно або в умовах стаціонару.

Перегляд формату лікування здійснюється у разі зміни клінічного стану пацієнта (погіршення або різке покращення), за умови проведення повторної оцінки стану пацієнта.

Критерії для обов'язкової госпіталізації пацієнта після спроби самогубства або перерваної спроби самогубства:

- Пацієнт перебуває у стані психозу.
- Спроба самогубства була насильницькою, близькою до смертельного результату.
- При спробі самогубства були вжиті запобіжні заходи, щоб уникнути порятунку або виявлення іншими людьми.
- Присутній стійкий план та/або намір здійснити самогубство.
- Наявний план здійснення самогубства передбачає застосування методу з високою летальністю.
- Посилюється дистрес або пацієнт шкодує, що вижив.
- Пацієнт – чоловік, старше 45 років, особливо на початковому етапі появи психічного розладу або суїцидальних думок.
- Відсутня або обмежена сімейна та соціальна підтримка.
- Спостерігається поточна імпульсивна поведінка, сильне збудження, неадекватність суджень або відмова від допомоги.
- Пацієнт має зміни психічного стану метаболічної, токсичної, інфекційної або іншої етіології, які потребують подальшого обстеження в умовах лікувального закладу.

Госпіталізація є рекомендованою, але не обов'язковою за наступних умов:

- У випадку тяжкого перебігу коморбідного психічного розладу.
- За наявності попередніх спроб самогубства, особливо якщо вони були серйозними з медичної точки зору.
- За наявності супутнього соматичного розладу (наприклад, неврологічне захворювання, онкологія, інфекційне захворювання тощо).
- У випадку неефективності лікування в амбулаторних умовах.
- У випадку необхідності моніторингу відповіді на призначені ЛЗ, включаючи побічні реакції або відповідь на ЕСТ.
- У разі відсутньої та або обмеженої сімейної та/або соціальної підтримки.
- У разі відсутності доступу до амбулаторної допомоги та/або до налагодження терапевтичного зв'язку з лікуючим лікарем.
- За відсутності суїцидальних спроб або повідомлень про суїцидальні думки/плани/наміри, але коли дані психіатричного обстеження та/або анамнезу щодо стану пацієнта, який отримано від інших осіб, свідчать про високий рівень ризику суїциду.

Критерії для амбулаторного лікування:

- Відсутні попередні спроби самогубства із застосуванням методів із високим рівнем летальності.
- Безперешкодний доступ до амбулаторних втручань різної інтенсивності.
- Наявність психосоціальної підтримки, підтримки з боку членів родини та/або близького оточення.
- Безпечні та підтримуючі умови проживання поза межами закладу охорони здоров'я, залученість членів родини або близького оточення та згода пацієнта щодо співпраці з членами родини або близьким оточенням.
- Наявність хронічних суїцидальних думок без суїцидальних намірів, плану самогубства, особливо якщо суїцидальні думки є частиною хронічного повторюваного циклу і пацієнт усвідомлює їхній хронічний характер (для таких пацієнтів суїцидальні думки можуть бути характерною реакцією на розчарування або складні життєві обставини чи фрустровані психологічні потреби).
- У випадку налагодженого та тривалого терапевтичного зв'язку з лікарем та відсутністю плану щодо здійснення самогубства.
- Пацієнт перебуває у стабільному клінічному стані, лікування супутніх психіатричних захворювань та/або станів організовано.

Продовження на стор. 28.

Суїцидальна поведінка

Стандарт медичної допомоги

Продовження. Початок на стор. 22.

Панель 8

Шкала безнадійності для дітей (HSC)

Інструкція, яку слід прочитати дитині: Ці речення стосуються того, як деякі діти ставляться до свого життя. Ваші відповіді дають нам змогу дізнатися, як діти ставляться до різних речей.

«Я прочитаю тобі кожне речення. Я хочу, щоб ти сказав мені, чи це речення є правдивим для тебе, чи ні. Якщо речення відображає твої відчуття, ти скажеш, що воно схоже на тебе або правдиве. Якщо речення не відображає твої відчуття, ти скажеш, що воно не схоже на тебе або неправдиве. Немає правильних або неправильних відповідей. Просто скажи, чи це речення про тебе, чи не про тебе – правдиве чи неправдиве».

1. Я хочу вирости, бо думаю, що все стане краще.
2. Я можу здатися, через те що не можу поліпшити своє життя.
3. Коли справи йдуть погано, я знаю, що вони не будуть такими поганими завжди.
4. Я можу уявити, яким буде моє життя, коли я виросту.
5. У мене є достатньо часу, щоб закінчити те, що я дійсно хочу зробити.
6. Одного дня я буду добре робити те, що мені дійсно подобається.
7. Я отримаю більше хорошого в житті, ніж більшість інших дітей.
8. Мені не щастить, і немає причин думати, що коли я виросту, це зміниться.
9. Я бачу перед собою тільки погане, а не хороше.
10. Я не думаю, що отримаю те, чого насправді хочу.
11. Коли я виросту, думаю, я буду щасливішим, ніж зараз.
12. Все не буде так, як я хочу.
13. Я ніколи не отримую того, чого хочу, тому безглуздо чогось прагнути.
14. Я не думаю, що, коли виросту, я буду по-справжньому веселитися.
15. Завтрашній день видається мені неясним і заплутаним.
16. У мене буде більше хороших моментів, ніж поганих.
17. Немає сенсу намагатися отримати те, чого я хочу, бо я, ймовірно, цього не отримаю.

Інтерпретація:

Відповідь «Правда» на наступні запитання оцінюється в 1 бал:

2, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17.

Відповідь «Неправда» на наступні запитання оцінюється в 1 бал:

1, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 16.

Чим вищий бал, тим більша безнадія дитини щодо майбутнього.

Панель 9

Шкала причин для життя для підлітків (RFL-A)

Інструкція: Цей опитувальник містить перелік конкретних причин, через які люди іноді не наважуються на самогубство, навіть якщо у них виникають такі думки або хтось пропонує їм це вчинити. Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження, а потім виберіть число, яке найкраще описує, наскільки важливою для вас є кожна з причин не вчиняти самогубство. Будь ласка, використовуйте весь діапазон варіантів, щоб не ставити оцінки тільки в середині (2, 3, 4, 5) або тільки на крайніх значеннях (1, 6).

Наскільки важливою для вас є ця причина не вчиняти самогубство?

1. Зовсім не важливо.
2. Швидше не важливо.
3. Частково не важливо.
4. Частково важливо.
5. Швидше важливо.
6. Дуже важливо.

1. Коли у мене виникає проблема, я завжди можу звернутися до своєї родини за підтримкою або порадою.
2. Було б боляче і страшно вчинити самогубство.
3. Я приймаю себе таким/такою, як я є.
4. З віком у мене з'являється багато нових сподівань.
5. Мої друзі завжди підтримують мене, коли у мене виникають проблеми.
6. Я відчуваю, що мої близькі друзі мене люблять і приймають.
7. Я відчуваю емоційну близькість до своєї родини.
8. Я боюся смерті, тому не розглядаю можливість самогубства.
9. Я люблю себе таким/такою, як я є.
10. Мої друзі дуже піклуються про мене.
11. Я хотів би реалізувати свої плани або цілі в майбутньому.
12. Моя родина приділяє час, щоб вислухати мої розповіді про те, як мені живеться в школі/на роботі/вдома.
13. Я сподіваюся, що в майбутньому на мене чекає багато хороших речей.
14. Я задоволений/задоволена собою.
15. Я сподіваюся на реалізацію своїх планів і цілей на майбутнє.
16. Я вірю, що мої друзі цінують мене, коли я з ними.
17. Мені подобається бути з родиною.
18. Я вважаю, що я нормальна людина.
19. Я сподіваюся на успіх у майбутньому.
20. Думка про самогубство мене лякає.
21. Я боюся використовувати будь-який спосіб, щоб накласти на себе руки.
22. Я можу розраховувати на допомогу друзів, якщо у мене виникнуть проблеми.
23. У більшості випадків моя родина заохочує та підтримує мої плани чи цілі.
24. Моя родина піклується про те, як я почуваюся.
25. Моє майбутнє виглядає досить обнадійливим і перспективним.
26. Я боюся вбити себе.
27. Мої друзі приймають мене таким/такою, яким/якою я є насправді.
28. У мене є багато планів, які я з нетерпінням чекаю, щоб реалізувати в майбутньому.
29. Я добре почуваюся.
30. Моя родина дуже переймається тим, що зі мною відбувається.
31. Я задоволений/задоволена собою.
32. Я боявся/боялася б планувати самогубство.

Інтерпретація

1) Шкала сімейного альянсу (FA) (7 пунктів):
обчисліть середні оцінки за пунктами: 1, 7, 12, 17, 23, 24, 30.

2) Шкала суїцидальних намірів (SRC) (6 пунктів):
обчисліть середні оцінки за пунктами: 2, 8, 20, 21, 26, 32.

3) Шкала самоприйняття (SA) (6 пунктів):
обчисліть середні оцінки за пунктами: 3, 9, 14, 18, 29, 31.

4) Шкала прийняття та підтримки однолітків (PAS) (6 пунктів):
обчисліть середні оцінки за пунктами: 5, 6, 10, 16, 22, 27.

5) Шкала оптимізму щодо майбутнього (FO) (7 пунктів):
обчисліть середні оцінки за пунктами: 4, 11, 13, 15, 19, 25, 28.

Загальний бал RFL-A: обчисліть середні оцінки за пунктами 1-32.

Під час такої оцінки особлива увага приділяється психічному статусу та наявності психічної коморбідності (з особливою увагою щодо наявності антисоціального розладу, депресії та тривожного розладу), оцінці соціальної ситуації. При проведенні оцінки та під час лікування обов'язковим є залучення родини пацієнта з метою обговорення факторів ризику здійснення самогубства, способів обмеження доступу до небезпечних предметів і речовин, а також навчання навичкам подолання стресових ситуацій. Ключовим компонентом лікування є психотерапевтична допомога, що включає КПТ, міжособистісну терапію, ДПТ, сімейну та психодинамічну терапію.

Фармакотерапія застосовується з обережністю, з урахуванням вікових і клінічних особливостей, при цьому пріоритетними є безпечність ЛЗ і ретельний моніторинг стану пацієнта. Госпіталізація показана у випадках, коли поведінка дитини/підлітка є непередбачуваною або пов'язана з високим ризиком, тоді як амбулаторне лікування можливе лише за умови стабільного психоемоційного стану та достатнього рівня підтримки з боку родини.

Обґрунтування. Суїцидальна поведінка у дітей/ підлітків часто пов'язана з наявністю розладів психіки та поведінки, серед яких найпоширенішими є депресивні, тривожні, поведінкові розлади (особливо антисоціальна поведінка) та розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин. Суттєву роль відіграють сімейні конфлікти, досвід фізичного чи сексуального насильства, кризи соціальної адаптації та гострі стресові події. Водночас значна кількість самогубств є імпульсивними та індукованими соціальним впливом за принципом наслідування – самогубству часто передує стресова подія, наприклад проблеми у школі або із законом, завершення романтичних стосунків або конфлікт із друзями, приклад самогубств в оточенні.

Особливості дитячого та підліткового віку зумовлюють потребу в урахуванні не лише клінічних проявів, а й рівня сімейної підтримки, характеру комунікації між батьками та дитиною, а також впливу соціального оточення.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) комплексна оцінка психічного стану дитини та підлітка проводиться з урахуванням загальних принципів комплексної оцінки осіб із суїцидальністю (суїцидальною поведінкою) з урахуванням вікових особливостей дитини, емоційного стану та здатності до вербальної комунікації;

2) при проведенні оцінки додатково збирається інформація від членів близького оточення дитини, зокрема батьків або опікунів, осіб, які здійснюють догляд за дитиною; у дітей молодшого віку оцінка може бути включати спостереження за грою дитини;

3) у якості опитувальників при проведенні комплексної оцінки використовуються:
– шкала безнадійності для дітей (HSC; панель 8);
– опитувальник причин для життя для підлітків (Reasons for Living Inventory-A; панель 9);

4) загальні підходи до надання медичної допомоги дитині/підлітку із суїцидальною поведінкою визначені в розділі ІІІ;

5) у випадку госпіталізації перед випискою дитини/підлітка із ЗОЗ з особою, яка здійснює догляд за дитиною/підлітком, обговорюються питання щодо обмеження доступу до всіх потенційних знарядь самогубства; надається рекомендація щодо необхідності здійснювати особливий нагляд за станом дитини/підлітка впродовж найближчих днів і необхідності термінового звернення до лікуючого лікаря у випадку зміни стану дитини/підлітка; визначається час наступного візиту;

6) у випадку призначення ЛЗ контроль щодо їх прийому дитиною/підлітком здійснюється дорослим.

Перегляд стандарту медичної допомоги: 2031 рік.

Текст подано у скороченні, адаптовано й уніфіковано відповідно до стандартів газети «Здоров'я України».

Повний текст за посиланням: https://moz.gov.ua/storage/uploads/82b8b8e1-afe7-42b5-bf63-4ecdf392ef8f/2026_02_03_%D0%A1%D0%9C%D0%94-%D0%A1%D1%83%D1%97%D1%86%D0%B8%D0%B4%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D1%96%D0%BD%D0%BA%D0%B0_%D0%BF%D0%BF.pdf

Health-ua.com

Спеціалізований
медичний
портал

Чули? плітки про Німесил®

ЩО ТА ЧОМУ НАСПРАВДІ ЗМІНИЛОСЬ
розповідаємо тут

Скорочена інструкція для медичного застосування [1]

Склад: 1 однодозовий пакет по 2 г гранул містить німесуліду 100 мг. **Показання.** Лікування гострого болю, первинної дисменореї. Німесулід слід застосовувати тільки як препарат другої лінії. Рішення про призначення німесуліду потрібно приймати на основі оцінки всіх ризиків для конкретного пацієнта. **Протипоказання.** Гіперчутливість до будь-якого компоненту препарату та іншого НПЗЗ; гіперергічні реакції в анамнезі (бронхоспазм, риніт, кропив'янка) у зв'язку із застосуванням АСК чи НПЗЗ; гепатотоксичні реакції на німесулід в анамнезі; алкоголізм та наркотична залежність; шлунково-кишкові кровотечі або перфорації в анамнезі або наявні, в т.ч. пов'язані з попереднім застосуванням НПЗЗ; цереброваскулярна кровотеча або інші крововиливи, а також захворювання, що супроводжуються кровоточивістю; тяжкі порушення функції печінки, нирок, згортання крові; тяжка серцева недостатність; гарячка та/або грипоподібні симптомуи; діти до 12 років; III триместр вагітності та період годування груддю. **Спосіб застосування та дози.** З метою зниження частоти виникнення побічних реакцій потрібно застосовувати мінімальну ефективну дозу протягом найкоротшого часу. Максимальна тривалість курсу - 15 діб. Вміст пакета висипати у склянку з негазованою водою, перемішати та випити суспензію відразу. 1 пакет 2 рази на добу після їди. **Побічні реакції**. Часто: Діарея, нудота, блювання, збільшення рівня ферментів печінки.

[1]Інструкція для медичного застосування лікарського засобу НІМЕСИЛ® РП № UA/9855/01/01, дата останнього перегляду 23.03.2023. UA-NIM-01-2026-V1-Print. Дата затвердження 26.03.2026.

Перед застосуванням, будь ласка, обов'язково уважно ознайомтеся з повним текстом чинної інструкції для медичного застосування. Інформація про рецептурний лікарський засіб для медичних та фармацевтичних працівників.

Представництво «Берлін Хемі/А. Менаріні Україна Гмбх».
Адреса: м. Київ, вул. Березняківська, 29, 7-й поверх.
Тел: +38 (044) 494 33 88. Email: berlin-chemie@menarini.com.ua

BERLIN-CHEMIE
MENARINI