

АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ-ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ
THE UKRAINIAN ASSOCIATION OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS

01025, м. Київ, вул. Стрітенська, 7/9
тел./факс 272-10-11

Від 20.12.2010 р.

ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ З РОБОЧОЇ НАРАДИ ПРЕЗИДІЇ АСОЦІАЦІЇ
АКУШЕРІВ-ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ

Під час робочої наради президії Асоціації акушерів-гінекологів України, яка відбулася 3 грудня 2010 р. в м. Одесі, були розглянуті наступні питання:

1. Підготовка заключної версії резолюції пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України, який відбувся 6-8 жовтня 2010 р. в м. Ялті.
2. Підготовка до проведення XIII з'їзду акушерів-гінекологів України, який відбудеться 21-24 вересня в м. Одесі.
3. Доцільність використання дидрогестерону з метою профілактики та лікування невиношування вагітності.

У результаті обговорення наведених вище питань було вирішено:

1. Заключна версія резолюції пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України, який відбувся 6-8 жовтня 2010 р. в м. Ялті, підготовлена й буде розіслана по регіонах.
2. Утворено робочу групу для організації та проведення XIII з'їзду акушерів-гінекологів України, який відбудеться 21-24 вересня в м. Одесі.
3. Розглянуто питання доцільності використання дидрогестерону з метою профілактики й лікування невиношування вагітності та встановлено наступне.

Частота невиношування вагітності в Україні залишається досить високою і становить від 12 до 23% усіх зареєстрованих вагітностей, більшість із яких переривається на ранніх термінах, близько 25% випадків мимовільного переривання вагітності становить звичне невиношування. За даними МОЗ України, прямі репродуктивні втрати від невиношування вагітності щороку становлять 36-40 тис. ненароджених бажаних дітей. Актуальність невиношування вагітності зумовлена не лише медичними, а й соціальними факторами, оскільки призводить до зниження народжуваності та впливає на фізичне і психічне здоров'я жінок, стан їх сімейного благополуччя, працездатність.

За таких обставин особливого значення набувають дискусійні питання лікування невиношування вагітності в першому триместрі. Слід зазначити, що застосування прогестагенів з метою профілактики та лікування переривання вагітності є ефективним за наявності життєздатного плода без хромосомних аномалій у жінок з НЛФ, звичним викиднем, вилікуванням безпліддям в анамнезі та за умови настання вагітності внаслідок допоміжних репродуктивних технологій. Проте деякі спеціалісти висловлюють сумніви щодо безпеки використання прогестагенів під час вагітності.

У зв'язку з цим фахівці провідних клінік України проаналізували дані літератури та клінічні матеріали щодо використання дидрогестерону у вагітних з метою профілактики й лікування невиношування вагітності та дійшли таких висновків.

Особливістю дидрогестерону є взаємодія виключно з прогестероновими рецепторами завдяки унікальній будові його молекули. Крім того, дидрогестерон не тільки компенсує дефіцит прогестерону, а й моделює відповідь імунної системи завдяки підвищенню синтезу прогестерон-індукованого блокуючого фактора (PIBF) та забезпеченню оптимального співвідношення запальних і протизапальних цитокінів. Результати більш ніж 10-річного досвіду практичного використання в Україні та наукові дослідження довели доцільність і безпечність використання дидрогестерону з метою лікування та профілактики невиношування вагітності.

Учасники робочої наради президії Асоціації акушерів-гінекологів України, яка відбулася 3 грудня 2010 р. в м. Одесі, вважають за необхідне відмітити такі факти:

1. Дидрогестерон має високу спорідненість до рецепторів прогестерону і є селективним прогестагеном. Виключна гестагена дія забезпечує відсутність небажаних гормональних ефектів, а також безпечність для фізіологічного формування статеві системи і статеві поведінки дитини.
2. Дидрогестерон забезпечує виражений імуномодулюючий ефект, необхідний для збереження вагітності.
3. Дидрогестерон має токолітичні властивості за рахунок активації прогестеронових рецепторів та зниження рівня простагландинів в ендометрії (Schindler A.E. Progesterone effects of dydrogesterone in vitro, in vivo and on the human endometrium. Maturitas 65S; 2009; 35-41).
4. Відсутність тератогенного ефекту дидрогестерону підтверджена офіційно опублікованими результатами аналізу завершення близько 10 млн вагітностей у жінок, які приймали дидрогестерон з 1977 по 2005 р. (Queisser-Luft A. Dydrogesterone use during pregnancy: overview of birth defects reported since 1977. Early Hum Dev 2009; 85: 375-7).

Базуючись на результатах 50-річного міжнародного та 10-річного українського досвіду використання дидрогестерону в клінічній практиці, члени президії Асоціації акушерів-гінекологів України вважають застосування дидрогестерону з метою профілактики й лікування невиношування вагітності на ранніх термінах ефективним і безпечним для здоров'я матері та дитини.

Президент Асоціації
акушерів-гінекологів України,
член-кор. НАМН України,
д.м.н., професор



Венцьківський Б.М.

Віце-президент Асоціації
акушерів-гінекологів України,
член-кор. НАМН України,
д.м.н., професор



Маркін Л.Б.

Головний позаштатний спеціаліст
з акушерства та гінекології
МОЗ України,
член-кор. НАМН України,
д.м.н., професор



Камінський В.В.

Заступник директора
ІПАГ НАМН України,
д.м.н., професор




Подольський В.В.

Заступник директора з наукової роботи
ІПАГ НАМН України,
член-кор. НАМН України,
д.м.н., професор



Татарчук Т.Ф.

Професор кафедри акушерства, гінекології
та перинатології ФПО ДонНМУ
ім. М. Горького, д.м.н.



Дьоміна Т.М.

Новини МОЗ

Упродовж трьох років в Україні
запрацює високотехнологічна
мережа перинатальних центрів
«Медичний світ»

Показники материнської та малюкової смертності є індикаторами соціально-економічного благополуччя держави, а рівень перинатальної медицини відображає стан майбутнього нації. На цьому наголосив Президент України Віктор Янукович під час наради щодо реформування сфери охорони здоров'я у м. Кіровограді. Щоб покращити якість пологів в Україні, глава держави ініціював запровадження національного проекту зі створення мережі перинатальних центрів в Україні. Цей крок стане одним з ключових пунктів Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги, підготовленої МОЗ України, що має на меті реорганізацію родопомічної допомоги як амбулаторно-поліклінічної, так і стаціонарної.

Перший пілотний проект перинатального центру стартує до 1 червня 2011 р. у Кіровоградській області, де показники малюкової та материнської смертності є найвищими. Вже у другій половині наступного року подібні центри мають з'явитися в Криму, Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Одеській, Тернопільській, Харківській областях, протягом 2012-2013 рр. – у решті областей України. За даними МОЗ, загальний кошторис проекту на всі регіони становитиме 320 млн гривень. Відповідальні за втілення проекту урядовці обіцяють інвестувати в створення перинатальних центрів усі можливі матеріальні та людські ресурси, заручившись інформаційною підтримкою та пропагандою здорового способу життя.

«Сьогодні близько 40% регіонів України забезпечені центрами, які умовно можна назвати перинатальними, – стверджує В'ячеслав Камінський, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «акушерство та гінекологія», завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. – Але, на жаль, поки немає чіткої системи таких центрів».

Професор наголосив, що під патронатом Президента України підготовлено реформу МОЗ з цього питання. Проектом передбачено створення міжрайонних перинатальних центрів, які будуть замикатися на обласні, а ті у свою чергу – на Державний перинатальний центр, функції якого виконуватиме Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України, що у м. Києві. Ці центри сповідуватимуть одну політику, тактику і підхід до проблем. Це дозволить зменшити перинатальні втрати, покращити здоров'я новонароджених і зберегти здоров'я матерів.

Згідно з Концепцією подальшого розвитку перинатальної допомоги, медична допомога вагітним та новонародженим здійснюватиметься на трьох рівнях.

На першому певний обсяг акушерсько-гінекологічної допомоги буде передано лікарю загальної практики чи сімейної медицини, а на другому – створено міжрайонні акушерські відділення. Реформування передбачає ліквідацію малопотужних пологових стаціонарів за рахунок їх укрупнення. Тому міжрайонні відділення прийматимуть не менше 400 пологів на рік, а радіус їх обслуговування не перевищуватиме 60 км. Для віддалених гірських районів умови будуть індивідуальними. В міжрайонних центрах обов'язково функціонуватимуть відділення анестезіології й інтенсивної терапії, а акушер-гінеколог та лікар-неонатолог будуть готові прийняти пацієнток цілодобово.

Третій рівень медичної допомоги надаватимуть обласні перинатальні центри, призначені для найскладніших випадків. Лікувальні заклади цього рівня забезпечуватимуть розродження вагітних вкрай високого та високого ступеня акушерського та перинатального ризику, з важкою екстрагенітальною патологією, надаватимуть спеціалізовану допомогу гінекологічним хворим.

За даними проекту Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги, сьогодні в Україні гине 8 дітей до одного року на 1 тис. народжених живими, у середньому по країнах Європи – 7. Щороку показники малюкової смертності в країні зменшуються: у 2008 р. – 10,36 на 1 тис. народжених живими, у 2009 р. – 9,4, за 7 місяців 2010 р. – 8,9.

Прес-служба МОЗ України
<http://www.moz.gov.ua>