

# Прогнозування прееклампсії у жінок з ендотеліальною дисфункцією

Д. О. Говсєєв

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ  
Клінічний пологовий будинок № 5, м. Київ

**Мета дослідження:** розроблення методики прогнозування прееклампсії у жінок із ендотеліальною дисфункцією.

**Матеріали та методи.** Було проведено комплексне обстеження 90 вагітних, яких було розподілено на три групи. До контрольної (1-ї) групи увійшли 30 пацієнток без ендотеліальної дисфункції, з неускладненим перебігом вагітності і пологів; до 2-ї групи – вагітні з ранньою ендотеліальною дисфункцією (n=30), гестаційний період яких перебігав без клінічних симптомів прееклампсії та у яких були виявлені легкі порушення у гемодинамічній системі мати–плацента–плід. До 3-ї групи (основної) увійшли вагітні з ранньою ендотеліальною дисфункцією (n=30), з клінічними проявами прееклампсії, вагітність яких перебігала з порушеннями у материнській і плодовій гемодинаміці і закінчилася народженням дітей з ознаками гіпоксії. Усім вагітним на термінах 6–8, 18–21, 28–31, 35–37, 38–41 тиж проводили акушерське і клініко-лабораторне обстеження, ехографічне, доплерометричне дослідження, ехокардіографію і дослідження ендотеліальної функції.

**Результати.** У вагітних з прееклампсією на тлі вихідної ендотеліальної дисфункції прослідковувалися більш виражені порушення реакції судинної стінки на компресію порівняно з контрольною групою. З ранніх термінів вагітності виявляли порушення функції ендотелію легкого і середнього ступеня тяжкості. Передвісниками розвитку прееклампсії є неадекватна реакція судинної стінки на проведення проби з ендотеліозалежною вазодилатацією у динаміці вагітності, під час якої відбувається збільшення діаметра плечової артерії менш ніж на 15% і незначне збільшення пікової швидкості систоли кровотоку. Зміна функції ендотелію у групі з розвинутою прееклампсією на терміні другий хвилі інвазії трофобласта була менше 4%. У групах з неускладненою вагітністю зміна функції ендотелію у першій половині вагітності була більше 4%. При ускладненому перебігу вагітності протягом II і III триместрів прогресивно зменшувався приріст діаметра плечової артерії, а перед пологами спостерігалася патологічна реакція ендотелію. У пацієнток контрольної групи відзначали активізацію ендотеліальної функції протягом усієї вагітності.

**Заключення.** На підставі отриманих даних був розроблений метод прогнозування розвитку прееклампсії.

**Ключові слова:** прееклампсія, ендотеліальна дисфункція, прогнозування.

Прееклампсія (ПЕ) є проблемою сучасного акушерства, посідає провідне місце у структурі материнської і перинатальної захворюваності і смертності [1, 2]. За даними ВООЗ, ПЕ становить основну частину всіх гіпертензивних порушень під час вагітності [3, 4].

Частота розвитку ПЕ залишається високою, тому що клінічний перебіг цього грізного ускладнення неоднорідний. Виділяють ранні ПЕ – частіше розвивається у молодих здорових першовагітних із обтяженим спадковим анамнезом. Характеризується тяжким перебігом і високою частотою розвитку ускладнень. Пізню ПЕ діагностують частіше у повторновагітних із ускладненим соматичним анамнезом, ускладнення роз-

виваються рідше [5–7]. Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених вивченню різних аспектів ПЕ вагітних, до сьогодні немає єдиної теорії патогенезу і етіології ранньої ПЕ, особливо це стосується пацієнток з ранньою ендотеліальною дисфункцією (ЕД) на тлі екстрагенітальної патології.

В останні роки сформульована концепція, згідно з якою найважливішою патогенетичною ланкою ускладнень вагітності є тромбофілічні стани та ЕД [6, 7]. Дослідження, присвячені вивченню взаємозв'язків між ПЕ, артеріальною гіпертензією, станом гемостазу і ЕД у вагітних небагаточисельні [6, 7].

Сьогодні ПЕ розглядається як гострий ендотеліоз артеріальних судин материнського організму, який формується у разі патологічного перебігу другої хвилі інвазії трофобласта (16–18 тиж), у результаті якого відбувається неповна інвазія цитотрофобласта у спіральні артерії. Порушення гестаційної перебудови децидуального (5–7 тиж) і міомітрального (16–18 тиж) сегментів спіральних артерій зумовлює збереження м'язової оболонки, ендотелію і еластичної мембрани, а головне – вузького просвіту артерій. Ці зміни призводять до гіпоперфузії, ішемії плаценти і розвитку плацентарної дисфункції (ПД) і ПЕ [6, 7].

Зазначене вище слугувало підставою для проведення наукового дослідження.

**Мета дослідження:** розроблення методики прогнозування прееклампсії у жінок з ЕД.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети проведено комплексне обстеження 90 вагітних, яких було розподілено на три групи.

У дослідження пацієнток включали за клініко-анамнестичними та анатомо-функціональними даними, особливостями перебігу вагітності у ранні терміни, за наявністю ранньої ЕД, гемодинамічних порушень фетоплацентарного комплексу (ФПК), ПЕ. Усім вагітним проводили обстеження за Шкалою оцінки чинників ризику перинатальної патології.

До 1-ї (контрольної) групи (КГ) увійшли 30 пацієнток без ЕД, з неускладненим перебігом вагітності і пологів. Усі жінки мали адаптаційні зміни у матково-плацентарному кровотоці (МПК) протягом вагітності. Вагітність перебігала без порушень гемодинаміки МПК. Пологи у групі закінчилися доношеними здоровими дітьми.

До 2-ї групи увійшли жінки з ранньою ЕД (n=30), вагітність яких перебігала без клінічних симптомів ПЕ та у яких були виявлені легкі порушення у гемодинамічній системі мати–плацента–плід.

До 3-ї групи (основної) включені вагітні з ранньою ЕД (n=30), з клінічними проявами ПЕ. Їхній гестаційний період перебігав з порушеннями у материнській і плодовій гемодинаміці, пологи закінчилися народженням дітей з ознаками гіпоксії.

Усім вагітним на термінах 6–8, 18–21, 28–31, 35–37, 38–41 тиж проводили акушерське і клініко-лабораторне обстеження, ехографічне, доплерометричне дослідження, ехокардіографію (ехоКГ) і дослідження ендотеліальної функції (ЕЗВД ПА – ендотеліозалежна вазодилатація плечової артерії).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ  
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час оцінювання клінічних аспектів перебігу вагітності та пологів в обстежених жінок було встановлено, що більшість жінок 3-ї групи були повторновагітними першородіями. Екстрагенітальна патологія виявлена у 73,3% жінок, переважно ВСД, анемія, ожиріння, захворювання нирок. Патологія репродуктивної системи була представлена запальними захворюваннями і гормональними порушеннями. Перебіг попередньої вагітності ускладнювався рецидивною загрозою переривання, ПД, внутрішньоутробною інфекцією і гіпоксією плода, а також післяпологовими інфекційними ускладненнями. Передчасні пологи були у 46,7% випадків, а патологічну кровотрату фіксували у 53,3% жінок. Усі новонароджені цієї групи народилися з ознаками гострої гіпоксії різного ступеня тяжкості. Інфекційні ускладнення у післяпологовий період розвинулися у майже половини породіль. Виписка жінок з пологового будинку відбувалася на 6–10-у добу після пологів. Близько третини новонароджених було переведено на другий етап виходжування.

Під час оцінювання гестаційних змін функції ендотелію (ЗФЕ) у вагітних 3-ї групи встановлено, що у терміні 6–8 тиж вихідний діаметр ПА (ДПА1) дорівнював  $3,65 \pm 0,4$  мм, що не мало достовірної відмінності від показників КГ. Відразу після компресії відзначали збільшення діаметра ПА на  $9,9 \pm 3,4\%$  ( $p > 0,05$ ) з підвищенням швидкості кровотоку на  $7,1 \pm 1,5\%$ . Після проби (ДПА2) діаметр ПА становив  $4,2 \pm 0,4$  мм. Відсоток постоклюзійної вазодилатації (ВПД) становив  $14,2 \pm 3,6\%$ , що було достовірно менше порівняно з даними, отриманими у КГ ( $30,1 \pm 4,3\%$ ). Вихідна пікова швидкість систоли (ПШС) кровотоку становила  $40,2 \pm 4,1$  см/с, але після компресійної проби зменшилася на  $3,3 \pm 0,6\%$ . Загальне підвищення ПШС кровотоку становило  $2,4 \pm 0,2\%$ . Індивідуальне оцінювання ендотеліальної функції у кожному конкретному випадку засвідчило, що у всіх жінок 3-ї групи на початку вагітності діагностували ендотеліальну дисфункцію (ЕТД), всі вагітні мали загальний приріст ДПА менше 15%. Виразність порушення функції ендотелію протягом вагітності була різною. У 40,0% вагітних фіксували ЕТД середнього ступеня, а 60,0% вагітних мали ЕТД легкого ступеня вираженості.

У 18–21 тиж вагітності ДПА1 становив  $3,9 \pm 0,4$  мм, після проби з реактивною гіперемією він збільшився на  $7,9 \pm 2,3\%$  і через 1 хв додатково збільшився на  $3,5 \pm 1,7\%$ . Загальний відсотковий приріст діаметра ПА становив  $11,7 \pm 1,5\%$  (що було у 3,5 рази менше порівняно з неускладненим перебігом вагітності). ПШС кровотоку після проби знизилася на  $1,3 \pm 0,2\%$  (у КГ ПШС підвищилася на 18–20%). ЗФЕ становила менше 4%, що статистично достовірно нижче за показники КГ.

У терміні 18–21 тиж легкий ступінь ЕТД при пробі з гіперемією реєстрували у 60,0% вагітних, ЕТД середнього ступеня була виявлена у 40,0% жінок.

На терміні 28–31 тиж постоклюзійна вазодилатація ПА становила  $3,8 \pm 0,6\%$  і  $1,7 \pm 0,3\%$  із загальним приростом на  $5,6 \pm 0,5\%$ . Швидкість кровотоку знизилася на  $12,2 \pm 4,8\%$ , що було достовірне менше порівняно з результатами, отриманими у КГ ( $p < 0,05$ ).

У терміні 28–31 тиж легкий ступінь ЕД під час манжеткової проби фіксували у 43,3% вагітних, ЕД середнього ступеня була виявлена у 46,7% жінок, парадоксальна реакція ендотелію була зафіксована в 10,0% вагітних.

У 35–37 тиж у зв'язку з тим, що в описуваній судині у деяких вагітних була виявлена парадоксальна реакція на компресію, відсотковий приріст був незначний. У ході проведення проби діаметр зменшився на  $0,12 \pm 0,04\%$ , потім додатково зменшився на  $0,19 \pm 0,02\%$  із загальним зменшенням  $0,21 \pm 0,04\%$ .

ПШС кровотоку у ПА знизилася у цілому на  $10,4 \pm 2,8\%$ , що було достовірне менше порівняно з результатами, отриманими у КГ ( $p < 0,05$ ).

У 35–37 тиж ЕТД середнього ступеня вираженості була зареєстрована у 60,0% випадків, у 40,0% жінок виявлена парадоксальна реакція.

Слід зазначити, що у більшості пацієнок 3-ї групи пологи були передчасними або терміновими у 35–39 тиж вагітності. З цієї причини дослідження ендотеліальної функції у терміні 40–41 тиж не проводили.

Отже, у 3-ї групі вагітних з вихідною ЕД прослідковувалися більш виражені порушення реакції судинної стінки на компресію порівняно з КГ. З ранніх термінів вагітності виявляли порушення функції ендотелію легкого і середнього ступеня тяжкості. Постійне зниження ППД прогресувало зі збільшенням терміну гестації. У терміні другої хвилі інвазії трофобласта не відбувалося адекватної реакції ендотелію (ЗФЕ була менше 4%), що значно нижче порівняно з неускладненим перебігом вагітності (більше 5–8%).

Передвісниками розвитку ПЕ є неадекватна реакція судинної стінки на проведення проби з ендотеліязалежною вазодилатацією у динаміці вагітності, під час якої відбувається збільшення діаметра ПА менш ніж на 15% і незначне підвищення ПШС кровотоку. У терміні першої і другої хвилі інвазії трофобласта ЕЗВД у 3-ї групі була у 2–3,5 рази менш вираженою порівняно з неускладненим перебігом вагітності. ЗФЕ у групі з розвинутою ПЕ на терміні другої хвилі інвазії трофобласта була менше 4%. У групах з неускладненою вагітністю ЗФЕ у першій половині вагітності була більше 4%.

При ускладненому перебігу вагітності протягом II і III триместрів прогресивно зменшувався приріст ДПА, а перед пологами спостерігалася патологічна реакція ендотелію. У той самий час у пацієнок КГ фіксували активізацію ендотеліальної функції протягом усієї вагітності. На підставі отриманих даних був розроблений метод прогнозування розвитку ПЕ.

Клінічний перебіг ПЕ неоднорідний, що значною мірою утруднює прогнозування ПЕ, своєчасну доклінічну діагностику, оцінювання ступеня тяжкості. Вагітність у жінок з екстрагенітальною патологією (ЕГП), яка у більшості випадків перебігає з ЕТД, супроводжується великою кількістю ускладнень. ПЕ, що розвивається на тлі попередньої ЕТД, характеризується тим, що починається рано (до 32–34 тиж вагітності), супроводжується ПД і перебігає особливо тяжко. Резервами зниження материнської і перинатальної захворюваності і смертності є її прогнозування.

Способи прогнозування ПЕ за ЕТД багато, але вони не зачіпають всі етапи патогенезу (в основному використовуються біохімічні маркери) і не можуть широко використовуватися через інвазивність і дорожнечу. Було розглянуто системний підхід, що враховує всі ланки гемодинамічної системи мати–плацента–плід. Спосіб ґрунтується на етіопатогенетичних критеріях ЗФЕ судин у динаміці першої половини вагітності. Даний метод дослідження функції ендотелію підходить для широкого використання, оскільки він є легкодоступним, неінвазивним, не вимагає використання додаткової апаратури, його можна проводити багато разів, також він дозволяє швидко зробити висновок відразу після завершення дослідження і може бути проведений будь-яким лікарем ультразвукової діагностики (без додаткової спеціалізації) під час ультразвукового скринінгу вагітних. Незважаючи на простоту дослідження, даний метод дозволяє визначити індивідуальну для кожної вагітної комплексну характеристику всіх функцій ендотелію: регуляцію тонуусу судин і артеріального тиску, корекцію коагуляційних властивостей крові, дифузії води, іонів, метаболітів і багато що інше.

У даному дослідженні у терміні 6–8 тиж вагітності під час вивчення зміни діаметра ПА протягом проби з реактивною гіперемією визначали вихідний показник потокозалежної дилатації (ВПДІ) плечової артерії як характеристику ендотеліязалежної відповіді, рівний відношенню зміни ДПА протягом реактивної гіперемії до її діаметра у спокої у відсотках.

На терміні вагітності 18–21 тиж повторно проводили манжеткову пробу з реактивною гіперемією і розраховували кінцевий показник потокозалежної дилатації (ППДК) плечової артерії у відсотках. За результатами двох проведених досліджень – початкового і кінцевого – визначали показник ЗФЕ:

$$\text{ЗФЕ} = \text{ППДК} - \text{ВПДІ}.$$

Величина активізації функції ендотелію протягом 2 хв інвазії трофобласта є прогностичним критерієм розвитку ПЕ. У контрольній і 2-й групах показник ЗФЕ у динаміці першої половини вагітності збільшувався на 4% і більше порівняно з вихідними значеннями, вагітність перебігала без клінічних проявів ПЕ. У 3-ій групі показник ЗФЕ збільшувався менш ніж на 4% – це демонструвало патологічний перебіг другої хвили інвазії трофобласта, і у пацієнок надалі формувалося порушення функції ФПК і неадекватна перебудова гемодинамічної системи матері, у тому числі наростала ЕТД, розвивалася ПЕ.

Аналіз отриманих результатів засвідчив, що прогностичним гемодинамічним маркером розвитку ПЕ є неадекватна ЗФЕ судин матері протягом першої половини вагітності. Якщо ендотелійзалежна дилатація ПА знижується або збільшується менш ніж на 4% щодо вихідних значень першого дослідження (ЗФЕ<4%), прогноують розвиток ПЕ, а якщо показник ЗФЕ збільшується на 4% і більше порівняно з вихідними значеннями (ЗФЕ≥4%), прогноують вагітність без клінічних проявів ПЕ.

Упровадження даного методу прогнозування дозволяє

виділити групу ризику щодо розвитку ПЕ у першій половині вагітності і зменшити розвиток тяжких ускладнень у матері і новонародженого.

## ВИСНОВКИ

Отже, у вагітних з преєклампсією на тлі вихідної ендотеліальної дисфункції прослідковувалися більш виражені порушення реакції судинної стінки на компресію порівняно з контрольною групою. З ранніх термінів вагітності виявлялися порушення функції ендотелію легкого і середнього ступеня тяжкості. Передвісниками розвитку преєклампсії є неадекватна реакція судинної стінки на проведення проби з ендотелійзалежної вазодилатацією у динаміці вагітності, під час якої відбувається збільшення діаметра плечової артерії менше ніж на 15% і незначне збільшення пікової швидкості систоли кровотоку. Зміна функції ендотелію у групі з розвинутою преєклампсією на терміні другої хвили інвазії трофобласта була менше 4%. У групах з неускладненою вагітністю зміна функції ендотелію у першій половині вагітності була більше 4%. При ускладненому перебігу вагітності протягом II і III триместрів прогресивно зменшувалася приріст діаметра плечової артерії, а перед пологами спостерігалася патологічна реакція ендотелію, а у пацієнок контрольної групи відзначали активізацію ендотеліальної функції протягом усієї вагітності. На підставі отриманих даних був розроблений метод прогнозування розвитку преєклампсії.

## Прогнозирование преэклампсии у женщин с эндотелиальной дисфункцией

Д.А. Говсеев

**Цель исследования:** разработка методики прогнозирования преэклампсии у женщин с эндотелиальной дисфункцией.

**Материалы и методы.** Было проведено комплексное обследование 90 беременных, которые были разделены на три группы. В контрольную (1-ю) группу вошли 30 пациенток без эндотелиальной дисфункции, с неосложненным течением беременности и родов; во 2-ю группу – беременные с ранней эндотелиальной дисфункцией (n=30), беременность которых протекала без клинических симптомов преэклампсии и у которых были выявлены легкие нарушения в гемодинамической системе мать–плацента–плод. В 3-ю группу (основную) вошли беременные с ранней эндотелиальной дисфункцией (n=30), с клиническими проявлениями преэклампсии, беременность которых протекала с нарушениями в материнской гемодинамике и гемодинамике плода и закончилась рождением детей с признаками гипоксии. Всем беременным на сроках 6–8, 18–21, 28–31, 35–37, 38–41 нед проводили акушерское и клинико-лабораторное обследование, эхографическое, доплерометрическое исследование, эхокардиографию и исследование эндотелиальной функции.

**Результаты.** У беременных с преэклампсией на фоне исходной эндотелиальной дисфункции прослеживались более выраженные нарушения реакции сосудистой стенки на компрессию в сравнении с контрольной группой. С ранних сроков беременности проявлялись нарушения функции эндотелия легкой и средней степени тяжести. Предвестниками развития преэклампсии являются неадекватная реакция сосудистой стенки на проведение пробы с эндотелийзависимой вазодилатацией в динамике беременности, при которой происходит увеличение диаметра плечевой артерии меньше чем на 15% и незначительное увеличение пиковой систолической скорости кровотока. Изменение функции эндотелия в группе с развившейся преэклампсией на сроке второй волны инвазии трофобласта было менее 4%. В группах с неосложненной беременностью изменение функции эндотелия в первой половине беременности было более 4%. При осложненном течении беременности в течение II и III триместра прогрессивно уменьшался прирост диаметра плечевой артерии, а перед родами наблюдалась патологическая реакция эндотелия. У пациенток контрольной группы отмечалась активизация эндотелиальной функции на протяжении всей беременности.

**Заключение.** На основе полученных данных был разработан метод прогнозирования развития преэклампсии.

**Ключевые слова:** преэклампсия, эндотелиальная дисфункция, прогнозирование.

## Preeclampsia forecasting at women with endothelial dysfunction

D.O. Govseev

**The objective:** to develop technique of forecasting of preeclampsia at women with endothelial dysfunction.

**Materials and methods.** We conducted complex examination of 90 pregnant women who were divided into three groups. The control (1) group was made by 30 patients without endothelial dysfunction with the uncomplicated course of pregnancy and labors. The 2nd group – pregnant women with the early endothelial dysfunction (n=30) which pregnancy proceeded without clinical symptoms of preeclampsia at which mild disturbances in hemodynamic system a mother-placenta-fetus were taped. The 3rd group (main) – pregnant women with early endothelial dysfunction (n=30), with clinical implications of preeclampsia, pregnancy proceeded with disturbances in maternal and fetus hemodynamic, ended with the birth of children with hypoxia signs. To all pregnant women on terms (6–8, 18–21, 28–31, 35–37, 38–41 weeks) conducted obstetric and clinical-laboratory research, ehografical, dopplerometrical research, an echocardiography and research of endothelial function.

**Results.** At pregnant women with preeclampsia against initial endothelial dysfunction were traced more expressed disturbances of reaction of vascular wall on compression in comparison with control group. From early durations of gestation disturbances of function of an endothelium mild and moderate severity were shown. Harbingers of development of preeclampsia are inadequate reaction of vascular wall to carrying out assay about an endothelium dependent vazodilatation in dynamics of pregnancy at which there is an augmentation of diameter of humeral artery less, than for 15% and insignificant augmentation of peak systolic rate of blood flow. Change of function of an endothelium in group with the developed preeclampsia on the term of the second wave of an invasion of trophoblast was less than 4%. In groups with uncomplicated pregnancy change of function of an endothelium in the first half of pregnancy was more than 4%. At the complicated course of pregnancy during the second and third trimester the gain of diameter of humeral artery progressively decreased, and before labors pathological reaction of an endothelium was observed, and at patients of control group activation of endothelial function throughout pregnancy became perceptible.

**Conclusion.** On the basis of the obtained data the way of forecasting of development of preeclampsia was developed.

**Key words:** preeclampsia, endothelial dysfunction, forecasting.

**Говсеев Дмитрий Александрович** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, Родильный дом № 5 г. Киева, 03037, г. Киев, пр. Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-88

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

<p>1. Венцківський Б.М., Дашкевич В.Є. Ведення вагітності та пологів при пре-eklampsii, їх прогнозування, діагностика, лікування і профілактика / Метод. рекомендації. – К., 2009. – 32 с.</p> <p>2. Степанковская Г.М., Венцковский Б.М. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. – К.: Здоров'я, 2010. – 672 с.</p>	<p>3. Венцківський Б.М., Запорожан В.М., Сенчук А.Я. Гестози вагітних: Навч. посібник. – К.: Аконті, 2012. – 112 с.</p> <p>4. Коломийцева А.Г. Поздние гестозы беременных // Вісник асоц. акушерів-гинекологів України. – 1999. – № 3. – С. 79–89.</p> <p>5. Степанківська Г.К., Михайленко О.Т.</p>	<p>Акушерство. – К.: Здоров'я, 2000. – 580 с.</p> <p>6. Banhidy F. Association of pre-eclampsia with or without superimposed chronic hypertension in pregnant women with the risk of congenital abnormalities in their offspring: a population-based case-control Study / F. Banhidy, M. Szilasi, A.E. Czeizel // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biology. – 2012. – Vol. 163, N 1. – P. 17–21.</p> <p>7. Barton, J. R. Prediction and prevention of recurrent preeclampsia / J.R. Barton, B.M. Sibai // Obstet. Gynecol. – 2018. – Vol. 112, N 2, – Pt. 1. – P. 359–372.</p>
---	--	--

*Статья поступила в редакцию 30.01.2018*

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

**МЕДИКИ УКРАИНЫ МОГУТ РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ  
СОВРЕМЕННЫМИ ПРОТОКОЛАМИ ВООЗ И EUCAST**

Украинские врачи теперь могут руководствоваться клиническими рекомендациями ВООЗ в ежедневной практике. Соответствующий приказ МОЗ Украины № 1752 прошел регистрацию в Минюсте Украины. В перечне источников клинических руководств – теперь сайты ВООЗ (WHO) и Еврокомитета, определяющего антимикробную резистентность (EUCAST).

Какие возможности для украинских медиков появляются в связи с данными изменениями? Согласно данным Центра общественного здоровья МОЗ Украины, современная медпрактика давно требовала дополнительных источников клинических руководств. Это важно для введения в сферу социально опасных болезней принципов, основанных на доказательной медицине.

ВООЗ располагает рекомендациями для разных стран, основание для которых – мониторинг и анализ эпидситуации по ВИЧ-инфекции и СПИ-Ду, туберкулезу, уровням дохода населения и т.д. Использование клинических руководств ВООЗ поможет ввести в отечественное здравоохране-

ние методики современной диагностики, терапии и профилактики ВИЧ-инфекции и резистентных форм туберкулеза. Ведь назначить противомикробное средство без определения чувствительности микроорганизмов к нему надлежащим образом невозможно.

Организация EUCAST, протоколы которой теперь могут использовать украинские медики, является на данный момент ведущим ресурсом в вопросах мониторинга противомикробной резистентности: ассоциация непрерывно обновляет показатели чувствительности микроорганизмов, гармонизирует критерии оценивания чувствительности микроорганизмов в европейских странах. Теперь украинскими лабораториями также могут использоваться новые рекомендации, основанные на современных исследованиях, вместо устаревших инструкций. Это является большим шагом в решении проблемы антибиотикорезистентности.

*Автор: Светлана Евсеева*

*Источник: Медицинский портал Здоров-Инфо*