

# Клініка екстрагенітальної патології вагітних — якісно нова і єдина клінічна дисципліна\*



**В. І. Медведь**

*Відділення внутрішньої патології вагітних Всеукраїнського центру материнства та дитинства Національної академії медичних наук України, м. Київ*

*Ми радше інструмент,  
а не автор своїх робіт  
Джулія Камерон*

## Резюме

Клініка екстрагенітальної патології вагітних — це таке поєднання акушерства та внутрішньої медицини, яке породжує якісно нову клінічну дисципліну. Від звичайної акушерської клініки її принципово відрізняють об'єктивні розбіжності інтересів матері і плода; суттєві відмінності материнського і перинатального ризиків та складність, а іноді неможливість вибору оптимальної тактики, взаємоприйнятної для матері та плода. Відмінності клініки екстрагенітальної патології вагітних від терапевтичної чи профільної клініки внутрішньої медицини полягають у: специфічному складі хворих і відповідних особливостях структури захворюваності; коротко-терміновості та скінченності клінічних цілей, яких має досягти лікар; винятковій складності оцінки співвідношення користь/ризик фармакотерапії та інших інтервенцій; значних обмеженнях діагностичних і лікувальних можливостей. В статті детально проаналізовано витоки й наслідки усіх вищеперелічених особливостей, наведено клінічні приклади.

Пріоритет створення прообразу сучасної клініки екстрагенітальної патології вагітних належить Україні в особі нашого видатного вченого академіка Миколи Стражеска. Започатковані ним традиції продовжуються й розвиваються сьогодні. Кожну вагітну з тяжкою чи складною неакушерською патологією спільно ведуть два лікарі — акушер-гінеколог та інтерніст, спеціаліст з екстрагенітальної патології вагітних. Таких фахівців необхідно готувати за спеціальною програмою в умовах активно функціонуючого стаціонарного відділення подвійного профілю.

**Ключові слова:** вагітність, екстрагенітальна патологія, материнський ризик, перинатальний ризик, співвідношення користь/ризик, клінічні задачі, лікарська тактика.

## THE CLINIC OF EXTRAGENITAL PATHOLOGY OF PREGNANT WOMEN IS A QUALITATIVELY NEW AND UNIQUE CLINICAL DISCIPLINE

**V. I. Medved**

*Department of Internal Pathology of Pregnant Women of the All-Ukrainian Center for Motherhood and Childhood of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv*

## Abstract

The clinic of extragenital pathology of pregnant women is a combination of obstetrics and internal medicine, which gives rise to a qualitatively new clinical discipline. It is fundamentally distinguished from the usual obstetric clinic by objective differences in the interests of the mother and fetus; significant differences in maternal and perinatal risks and the difficulty, and sometimes the impossibility, of choosing the optimal tactics, mutually acceptable for the mother and fetus. The differences between the clinic of extragenital pathology of pregnant women and the therapeutic or specialized clinic of internal medicine are: the specific composition of patients and the corresponding features of the structure of morbidity; the short-term nature and finiteness of the clinical goals that the doctor must achieve the exceptional complexity of assessing the benefit/risk ratio of pharmacotherapy and other interventions; significant limitations in diagnostic and treatment options. The article analyzes in detail the origins and consequences of all the above-mentioned features and provides clinical examples. The priority of creating a prototype of a modern clinic for extragenital pathology of pregnant women belongs to Ukraine in the person of our outstanding scientist, academician Mykola Strazhesko. The traditions he started continue and develop today. Each pregnant woman with a severe or complex non-obstetric pathology is jointly managed by two doctors — an obstetrician-gynecologist and an internist, a specialist in extragenital pathology of pregnant women. Such specialists must be trained under a special program in an actively functioning inpatient department with a dual profile.

**Key words:** pregnancy, extragenital pathology, maternal risk, perinatal risk, benefit:risk ratio, clinical tasks, medical tactics.

\* Надруковано вперше в «Журнал Національної академії медичних наук України», 2025, Т. 31, № 1, С. 2005–2010



Вагітність і пологи — це фундаментальні процеси, які складають предмет акушерства. У соматично здорових жінок ці процеси можуть перебігати нормально, фізіологічно, а можуть ускладнюватися різноманітними специфічними патологічними станами, але в усіх випадках вони входять до компетенції акушера-гінеколога. Проте, виношують вагітність і народжують не тільки здорові жінки. Коли вагітною є пацієнтка з хронічним захворюванням, компетенції самого акушера-гінеколога недостатньо, її повинні вести спільно два лікарі, другим з яких має бути спеціаліст за профілем захворювання жінки. У цій схемі ніби все логічно, все правильно, але так здається лише на перший погляд.

У цій статті ми намагатимемося довести, що клініка екстрагенітальної патології вагітних не є простим поєднанням двох клінік — звичайної акушерської та загальноотерапевтичної, а являє собою якісно нову, єдину й самостійну клінічну дисципліну. Ця нова або інша якість обумовлена багатьма обставинами, на кожній з яких зупинимось нижче.

Термін «екстрагенітальна патологія вагітних» фактично застосовується тільки у пострадянських країнах. В Європі, Сполучених Штатах, Канаді, Австралії тощо застосовують інші різноманітні визначення на кшталт «захворювання матері», «соматичні хвороби у вагітних», «загальносоматична патологія матері». Усі ці поняття — суть одне й те саме. Вони абсолютно зрозумілі будь-якому акушеру-гінекологу в світі і складають цілком конкретну частину великого розділу «Вагітність високого ризику». Вітчизняний термін «екстрагенітальна патологія вагітних» є невдалим тому, що, по-перше, виходить від зворотного, тобто позначає не наявну в пацієнтки проблему, а окреслює те, чого в неї немає, — патології генітальної системи (гінекологічних захворювань); по-друге, об'єднує занадто багато різноманітних хвороб і синдромів, які у звичайній лікарській практиці, належать до компетенції різних спеціалістів — кардіологів, пульмонологів, нефрологів, гематологів, ендокринологів тощо. Водночас цей термін має гли-

Таблиця. Клініка екстрагенітальної патології вагітних: нова якість

Принципові відмінності клініки екстрагенітальної патології вагітних від клініки внутрішньої медицини	
клініки внутрішньої медицини	акушерської клініки
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Склад хворих і структура захворюваності</li> <li>• Короткотерміновість і скінченність клінічних задач</li> <li>• Виняткова складність оцінки співвідношення користь/ризик фармакотерапії</li> <li>• Значні обмеження діагностичних і лікувальних можливостей</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Розбіжності інтересів матері і плода</li> <li>• Суттєві відмінності материнського і перинатального ризиків</li> <li>• Складність вибору оптимальної тактики, взаємоприйнятної для матері та плода</li> </ul>

бокий клінічний сенс: він виокремлює розділ акушерства, який не є виключною компетенцією акушера-гінеколога. Саме завдяки клінічній зрозумілості та практичній зручності він виявився таким широковживаним, стійким до численних термінологічних змін, довговічним. Тому і ми не відмовляємося від звичного для українських лікарів поняття, продовжуємо користуватися словосполученням «екстрагенітальна патологія вагітних (ЕГП)».

Утім, повернімося до основної теми, яку ми сформулювали так: клініка ЕГП — це таке поєднання акушерства та внутрішньої медицини, яке породжує якісно нову клінічну дисципліну. У таблиці наведено основні принципи відмінності клініки ЕГП від терапевтичної й акушерської клінік.

**Склад хворих і структура нозології** тісно взаємопов'язані. У клініці ЕГП спостерігаються і отримують медичну допомогу винятково жінки, причому молодого і середнього віку. Ці дві особливості визначають зовсім іншу структуру захворювань. Так, у вагітних жінок дуже рідко трапляються вік-асоційовані хвороби, які домінують у пацієнтів загальноотерапевтичного профілю. Серед кардіоваскулярних захворювань у вагітних майже немає ішемічної хвороби серця чи мозку, інших проявів атеросклерозу судин, натомість перше місце посідають вроджені вади серця і судин. Артеріальна гіпертензія істотно частіше має вторинний характер і рідше є есенціальною, ніж у літніх людей. Серед випадків цукрового діабету значно переважає 1 тип, а у популяції в цілому — навпаки. Так само рідкісними у вагітних є паркінсонізм та інші варіанти

екстрапірамідних захворювань центральної нервової системи (ЦНС), наслідки остеопоротичного ураження опорно-рухового апарату. В клініці ЕГП ми бачимо такі спадкові і вроджені захворювання ЦНС, сполучної тканини, тяжкі метаболічні хвороби, з якими рідко доживають до середнього, тим більше старечого віку. Звісно, що досить багато серед вагітних є пацієнток з притаманними переважно молодим жінкам хворобами — системним червоним вовчаком, ревматоїдним артритом, антифосфоліпідним синдромом, лімфомами тощо. Окрім значних відмінностей у структурі захворювань, моноставевий склад хворих в клініці ЕГП визначає часті прояви добре відомих гендерних відмінностей перебігу багатьох хвороб. Це також має враховуватися лікарями в процесі діагностики та динамічного спостереження пацієнток.

**Короткотерміновість і скінченність клінічних задач** — це абсолютна особливість клініки ЕГП. Чому? Лікар-інтерніст чи будь-який вузький спеціаліст (кардіолог, нефролог, ендокринолог тощо) веде своїх пацієнтів упродовж невизначено довгого часу, можна сказати впродовж усього їхнього життя. Відповідно лікарська стратегія є довготривалою і передбачає мінімізацію ризику ускладнень хвороби та максимальне подовження тривалості життя пацієнта. Врешті решт усі дії лікаря спрямовані на забезпечення інтересів здоров'я конкретної людини, і досягнення цієї мети не обмежене в часі. Принципово інша мета переслідується лікарями клініки ЕГП. По-перше, вона в усіх випадках однакова, по-друге, досить точно відомо, коли саме її має бути досягнуто. Ми повинні обов'язково



зберегти життя та, за можливості, максимально здоров'я матері, забезпечити народження обов'язково живої, бажано доношеної та здорової дитини. Таким чином, перед лікарями — двоєдина задача із запрограмованим терміном її досягнення. Зусилля спрямовані на забезпечення інтересів двох суб'єктів, і це принципово змінює лікарську стратегію. Спробуємо пояснити на конкретному прикладі.

Поза вагітністю основна мета медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію (АГ) полягає у зниженні довготривалого кардіоваскулярного ризику. Цей ризик оцінюють на підставі наявності у конкретного пацієнта певних клініко-параклінічних чинників, а досягається мета шляхом постійного, переважно медикаментозного, жорсткого контролю артеріального тиску на цільовому рівні. Під час вагітності активне зниження тиску у хворих на хронічну АГ може призводити до значущого зменшення плацентарної перфузії, що своєю чергою веде до збільшення частоти випадків затримки росту плода та дистресу плода. Тому в цій клінічній ситуації вимогу стабільної нормотензії замінено на іншу, а саме підтримання артеріального тиску у пацієнтки з догестаційною АГ на безпечному для матері та корисному для плода рівні. У різних міжнародних і національних настановах (яких з проблеми гіпертензивних розладів у вагітних сьогодні у світі безліч) наводяться дещо різні кількісні значення цього рівня, проте артеріальний тиск  $< 150/100$  мм рт. ст. за більшістю з них вважається прийнятним. Цього можуть не знати кардіологи, але обов'язково мають знати спеціалісти з ЕГП вагітних, які працюють спільно з акушерами-гінекологами. Постає питання, чи не усі етичні норми в наведеному прикладі суворо дотримані? Чи не надаємо ми перевагу інтересам плода за рахунок інтересів матері? Слід визнати, що питання складне, і відповідь на нього не претендуватиме на абсолютність. Описаний підхід — це компроміс, спроба знайти оптимальний баланс інтересів матері та плода. Вагітність — це досить короткий період у житті жінки, тому тимчасове послаблення контролю артеріально-

го тиску навряд чи істотно підвищить довготривалий кардіо-васкулярний ризик, пов'язаний з АГ. Водночас це збільшить шанси виносити і народити здорову дитину.

Існує чимало інших прикладів того, як короткотерміновість і скінченність задач, що постають саме в клініці ЕГП, суттєво змінюють лікарську тактику. Читач матиме змогу переконатися в цьому нижче, під час опису майже усіх решта якісних її відмінностей від звичайних терапевтичних та акушерських клінік.

**Значні обмеження діагностичних і лікувальних можливостей** у клініці ЕГП, з одного боку, цілком природні, з іншого, дуже суттєво ускладнюють звичайну лікарську діяльність. Так, багато які сучасні методи обстеження протипоказані вагітним. Комп'ютерна томографія, сцинтиграфічні методи, багато інших радіологічних методів асоціюються з неприпустимо високим променевим навантаженням на ембріон чи плід. Контрастні засоби, що застосовуються для підвищення інформативності візуалізаційних методів діагностики, є небезпечними для майбутньої дитини. Деякі діагностичні методи стають технічно нездійсненними через значні анатомічні зміни у пізні терміни вагітності.

Без перебільшення величезна кількість ефективних сучасних лікарських засобів є шкідливими для дитини у різні періоди внутрішньо-утробного розвитку. Такі незамінні препарати, як протипухлинні засоби, імуносупресанти, антиконвульсанти, антивітамін К є тератогенами, тому категорично заборонені в період ембріогенезу. У фетальному періоді нестероїдні протизапальні засоби призводять до антенатального закриття артеріальної протоки, інгібітори АПФ — до маловоддя, контрактур, гіпоплазії легень і навіть антенатальної загибелі плода, аміноглікозиди виявляють ототоксичність, хлорамфенікол спричиняє агранулоцитоз, тиреостатики — виразки волосистої частини голови тощо. У будь-які терміни протипоказані радіофармацевтичні засоби, променева терапія. Наведені приклади — це мізерна частка небезпек, обумовле-

них призначенням ліків під час вагітності, але вони цілком ілюструють об'єктивні складнощі лікування тяжких хвороб у вагітних.

Проте існують й не зовсім об'єктивні обставини, які ускладнюють вибір медикаментозних засобів. Інструкції з медичного застосування багатьох ліків містять неконкретні, незрозумілі, суперечливі рекомендації, які на практиці складно реалізувати. Формулювання на кшталт «призначати тільки, якщо користь перевищує ризик» або «після ретельної оцінки співвідношення користь/ризик» мало що дають лікарю, оскільки у переважній більшості подібних випадків в останнього немає критеріїв для такої оцінки. В інструкціях переважно відсутня інформація щодо характеру і частоти виявлених чи підозрюваних негативних впливів на плід, тому заклик «ретельно оцінити...» є порожніми словами. Нерідко вагітність фігурує серед протипоказань до призначення тих ліків, які сучасними доказовими документами високого рівня спеціально рекомендовані вагітним. Наприклад, ацетилсаліцилова кислота є визнаним стандартом профілактики прееклампсії у жінок групи ризику, метопролол рекомендований для лікування АГ у вагітних, нітрофурантоїн належить до препаратів першого вибору в разі інфекції нижніх сечових шляхів, а урсодезоксихолева кислота — акушерського холестазу. В інструкціях з медичного застосування усіх цих ліків сказано, що вони протипоказані вагітним. Якщо суворо дотримуватися офіційних, затверджених органами реєстрації інструкцій, лікувати більшість екстрагенітальних хвороб взагалі неможливо.

Зі **складністю оцінки співвідношення користь/ризик фармако-терапії** на практиці стикається будь-який лікар. Проте в клініці ЕГП така оцінка є винятково складною, а саме співвідношення унікальним. Пояснимо, у чому полягає ця унікальність. В усі періоди життя людини користь медикаментозного засобу, що призначається, і його потенційна шкода оцінюються для одного й того ж суб'єкта — пацієнта. Виняток становить період вагітності, коли користь оцінюється для матері, а



шкода — для матері та плода, тобто для двох суб'єктів. Така ситуація складається тільки в акушерстві, у жодній іншій клінічній дисципліні лікарі з подібним не стикаються. Саме тому адекватно оцінити користь/ризик у край складно. Така оцінка вимагає докладної інформації щодо впливу медикаментозного засобу на плід у різні періоди вагітності, а вона, як вже зазначалося вище, досить часто відсутня. Причин декілька. По-перше, клінічні випробування третьої фази з біоетичних мотивів на вагітних не проводять. По-друге, у постмаркетингових спостереженнях практично неможливо встановити чи навіть запідозрити причинно-наслідковий зв'язок між вживанням вагітної певного лікарського засобу і порушенням стану плода. По-третє, відсутність офіційного дозволу на застосування препарату під час вагітності дуже сповільнює процес накопичення даних про його можливий вплив на плід. Для нових препаратів достатній емпіричний досвід в акушерстві може накопичуватися десятиліттями. Отже, лікарі клініки ЕГП, незважаючи на сумлінне прагнення не порушувати принцип «*Noli nocere*», перебувають, на жаль, у цілковитій невизначеності. Слід також підкреслити, потенційну тяжкість наслідків невірної оцінки співвідношення користь/ризик: прояви ембріотоксичної, тератогенної чи фетотоксичної дії медикаментів, як правило, необоротні, пожиттєві.

Усе вищевикладене демонструє численні якісні відмінності клініки ЕГП від будь-якої клініки профілю внутрішньої медицини. Не менш суттєві особливості відрізняють її від звичайної акушерської клініки. Так, наявність **розбіжностей інтересів матері і плода** є принципово неможливим у разі фізіологічної вагітності. Мати-плацента-плід утворюють єдину систему, де організм матері є вичерпним замкненим докільям для плода. Усі чинники, що шкодять матері, тією чи іншою мірою завдають шкоди плоду, а те, що йде на користь матері, так само корисно для плода. Хвороба(и) вагітної жінки порушує цю закономірність. Мати і плід можуть ставати суб'єктами з потребами, які не збігаються. Наведемо кілька досить простих прикладів.

У матері в терміні 27 тижнів виявляють рецидив неходжкінської лімфоми. Виходячи з інтересів її здоров'я, треба якнайшвидше починати поліхіміотерапію, але вона є у край шкідливою для плода. Можна екстрено розродити жінку, але дитина буде глибоко недоношеною, наслідки чого залишаться імовірно на все життя. Можна, виходячи з інтересів плода, пролонгувати вагітність, але це погіршить прогноз для здоров'я та життя матері.

У вагітної зі штучним механічним клапаном серця в терміні 35–36 тижнів відходять навколоплодові води. Вона отримує варфарин, який планувалося скасувати у 37 тижнів. Пологи, що мають відбутися, другі, попередні 4 роки тому були фізіологічні. Для хворої з багатьох причин краще народжувати через природні шляхи, зокрема крововтрата у цьому випадку напевно буде меншою. Проте є високий ризик, що варфарин, який кумулював в організмі плода, спричинить внутрішньочерепний крововилив під час проходження голівки кістковим каналом малого тазу. Отже, для дитини в даній клінічній ситуації преферентним є абдомінальний шлях народження, а для матері — вагінальний.

Пацієнтка з вторинною нефрогенною АГ виношує першу вагітність. Усі дозволені під час вагітності антигіпертензивні препарати у максимальних добових дозах не підтримують тиск на цільовому рівні. З анамнезу відомо, що тільки певні інгібітори АПФ у поєднанні з сечогінними до настання вагітності давали задовільний і стійкий ефект. Препарати обох цих груп мають негативний вплив на плід. Особливо агресивними є інгібітори АПФ, про що вже сказано вище, сечогінні, знижуючи об'єм циркулюючої плазми, призводять до погіршення плацентарно-плодового кровотоку, затримки росту плода. Таким чином, неконтрольована АГ створює реальні загрози для матері (гостре порушення мозкового кровообігу, геморагічні ускладнення на очному дні, відшарування плаценти), а засоби, необхідні для її ефективного контролю, реально загрожують плоду.

У контексті цієї статті ми не обговорюватимемо конкретні шляхи пошуку взаємоприйнятних рішень в описаних клінічних ситуаціях. Для нас важливо проілюструвати існування об'єктивних розбіжностей інтересів матері та плода в клініці ЕГП, чого принципово не буває у фізіологічному акушерстві.

**Суттєві відмінності материнського і перинатального ризиків.** Вище вже зазначалося, що поняття «екстрагенітальна патологія вагітних» об'єднує найрізноманітніші хвороби людини. Серед них є такі, що переважно впливають на стан матері, інколи навіть реально загрожуючи її життю, але водночас дозволяючи майбутній дитині розвиватися цілком нормально. Інші захворювання матері, навпаки, закономірно і часто негативно впливають на розвиток плода, спричиняючи різноманітні перинатальні проблеми, але за умови кваліфікованого ведення рідко призводять до материнських втрат.

Здається, усі чули твердження: Хвора мати не може народити здорову дитину. Багато хто з колег це навіть вважає аксіомою. Насправді ні! Мій понад сорокарічний досвід дозволяє категорично спростувати таке твердження. Можна навести багато прикладів, хоч кожен з них, розумію, не буде абсолютним доказом. Справді бувають винятки, але вони не перекреслюють загальну закономірність. Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура, синдром портальної гіпертензії, порушення серцевого ритму, вроджена мальформація церебральних судин, остеоартроз кульшових суглобів, сечокам'яна хвороба, розсіяний склероз, церебральний параліч і безліч інших захворювань можуть зумовлювати високі материнські ризики, але не перешкоджають нормальному розвитку плода й народженню здорової дитини.

До захворювань матері, які можна назвати переважно перинатально значущими, належать цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, гломерулонефрит. Нерідко за станом плода можна напевно припустити, що у вагітної є одна з цих хвороб. Цукровому діабету притаманна ціла



низка специфічних патологій, таких як діабетична ембріопатія, макросомія, особлива форма кардіоміопатії, функціональна незрілість внутрішніх органів, гіперплазія острівцевого апарату підшлункової залози (що обумовлює неонатальну гіпоглікемію) тощо. Для АГ, яка передіснувала до вагітності, характерним є синдром затримки росту плода. Специфічною, але, на щастя, досить рідкісною фетальною патологією у хворих на системний червоний вовчак є повна атріо-вентрикулярна блокада, а також симптомокомплекс, який отримав назву «неонатальний вовчак».

Отже, за різних захворювань матері материнський і перинатальний ризики досить часто не збігаються, і оцінювати їх слід окремо. Це має принципове значення для планування режиму і характеру спостереження, терміну та місця розродження. Проте, найгостріше значення обговорювана особливість має для вирішення питання щодо припустимості виношування вагітності. Тут лікарі у першу чергу керуються інтересами матері, тобто ухвалюють рішення залежно від оцінки материнського ризику. Але при цьому вони мають бути свідомі того, що від даної вагітності цілком може народитися здорова дитина.

**Складність вибору оптимальної тактики, взаємоприйнятної для матері та плода.** Певно, читач звернув увагу, що слово «складність» є мало не найуживанішим у цій статті. Це не помилкове враження, справді так. Уникнути цього мені не вдається, тому що клінічним ситуаціям в клініці ЕГП дійсно властива безпрецедентна складність та ще й різноманітність. Неможливість обрати взаємоприйнятну для матері та плода тактику — прямий наслідок розбіжностей їхніх інтересів, про що йшлося вище. Медикаментозна терапія соматичної

хвороби може бути необхідною вагітній, але водночас шкідливою для плода; показання до хірургічного лікування хворої можуть виникнути у терміні, коли операція імовірно спровокує передчасні пологи; клінічна ситуація може вимагати пришвидшити розродження через дестабілізацію хвороби матері, але це призведе до недоношеності дитини; вагінальні пологи можуть бути оптимальним варіантом для жінки, але створювати високий ризик для плода, або навпаки. Таких і подібних складних сценаріїв в активно функціонуючому відділенні ЕГП виникає по декілька щодня. Фактично обрати ідеальну тактику неможливо, гармонізація інтересів здоров'я обох пацієнтів — вагітної та плода — недосяжна, але слід прагнути їх збалансувати. Проголосити такий заклик легше, ніж йому слідувати. Лікарі відділень ЕГП мене зрозуміють, це насправді складно, задовільного рецепта на усі випадки не існує. Важливо не нехтувати інтересами ані матері, ані майбутньої дитини, не визначати, хто для нас важливіший. Старий принцип «На першому місці жінка» сьогодні не цілком відповідає біоетичним нормам, хоча б через те, що сама жінка може бути з цим незгодна. Тому до ухвалення усіх клінічних рішень, де інтереси матері та майбутньої дитини не збігаються на 100 %, слід залучати саму матір. Це має стати абсолютним правилом, причому у складних, суперечливих випадках згоду вагітної на обраний варіант лікарської тактики слід фіксувати документально.

Справжня клініка ЕГП — це національне надбання України. Перше відділення подвійного акушерсько-терапевтичного профілю було створено в Києві, у багатопрофільному Інституті клінічної медицини нашим великим співвітчизником Миколою Дмитровичем Стражеском. Саме він раніше за інших помітив суттєві від-

мінності перебігу внутрішніх хвороб під час вагітності та збагнув необхідність особливих підходів до надання комплексної медичної допомоги вагітним з різноманітними видами неакушерської патології. Це був революційний крок, тому що у новоствореному відділенні біля ліжка вагітної жінки поруч з акушером-гінекологом з'явився другий лікуючий лікар — терапевт, інтерніст. Оскільки в інституті були й інші спеціалізовані відділення, допомога хворій вагітній стала дійсно мультидисциплінарною.

Сьогодні модель Стражеска реально зберігається лише у відділенні ЕГП Всеукраїнського центру материнства та дитинства НАМН України, де кожна вагітна має двох постійних лікуючих лікарів. Провідним залишається акушер-гінеколог, але не менше значення для досягнення загального клінічного успіху має інтерніст, а точніше кажучи, спеціаліст з ЕГП вагітних. Він володіє знаннями щодо особливостей перебігу, діагностики, лікування різноманітних захворювань під час вагітності, розуміє особливості лікарської стратегії і тактики, має досвід надання допомоги під час пологів. Поява таких спеціалістів — це ще один доказ існування клініки ЕГП як самостійної клінічної дисципліни. Потреба в таких лікарях обумовлена саме іншою якістю цієї дисципліни, звичайний інтерніст, хай дуже освічений і кваліфікований, не готовий вирішувати ті клінічні проблеми, що є актуальними для хворих вагітних жінок. Спеціалістів з ЕГП треба цілеспрямовано готувати, але це неможливо в умовах навчальних аудиторій, тільки «у полі» — у справжніх відділеннях ЕГП, яких сьогодні у нас явно бракує. Якщо прагнути збільшити народжуваність, слід подбати про створення таких відділень хоча б у кожній області України.

Надійшла: 18.07.2025

## Відомості про автора

**Володимир Ісаакович Медведь** — д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України; завідувач відділення внутрішньої патології вагітних Всеукраїнського центру материнства та дитинства НАМН України, Заслужений лікар України

**E-mail:** vladimirmedved@ukr.net

