

Збереження вагітності в умовах війни та демографічної кризи в Україні

В Києві відбулася Міжнародна експертна нарада

Україна переживає складний виклик — демографічну кризу. Ми живемо в часи, коли кожне нове життя набуває особливої ваги і цінності, стає без перебільшення надією країни.

Кожен новонароджений — продовження роду, сили, культури, нації. Це — відповідь на питання, якою буде Україна через десять, двадцять, п'ятдесят років.

Сьогодні як ніколи важливо зберегти кожну вагітність. Бо за кожною вагітною жінкою — продовження України!

«Збереження вагітності в умовах війни та демографічної кризи в Україні: наукова доказова база і клінічна експертиза застосування прогестинів» — під такою назвою 2 травня в Києві відбулася Міжнародна експертна нарада. У ній взяли участь провідні фахівці з різних областей України та відомі європейські колеги зі світовим ім'ям.

Модератор заходу професор Володимир Медведь зазначив: «Звичне невиношування вагітності та передчасні пологи становлять одну з найгостріших, складно вирішуваних проблем акушерства, яка є актуальною для усього світу. Втім, в Україні вона є гострішою вдвічі. Адже, для простого (не розширеного) відтворення населення, кожна пара повинна мати як мінімум 2,15 дитини, а в нас цей показник наразі становить приблизно 0,9! Він найнижчий не тільки в Європі, а й загалом у світі. Якщо останнього передвоєнного 2013 року в Україні народилося біля півмільйона дітей, то минулого 2024-го — біля 170 тисяч, тобто майже утричі менше. Що далі? Депопуляція, заселення

країни мігрантами, виродження нації? Найближчим часом мають бути завершені та надійдуть на громадське обговорення три важливих нормативних документи — стандарти медичної допомоги: «Загрозливий викидень», «Звичне невиношування вагітності», «Передчасні пологи». Для нас з вами, для усієї акушерської спільноти України вкрай важливо, аби ці документи містили останні наукові дані щодо можливостей попередження і лікування цих ускладнень. Ми маємо прагнути йти в ногу з цивілізованим світом, використовувати нові чи удосконалені підходи, що базуються на доказовій базі. Сподіваюсь, що прийняті сьогодні пропозиції, рекомендації будуть почуті та слугуватимуть інтересам українських жінок».

Експертна група виступила з пропозицією запровадити в Україні єдиний міждисциплінарний підхід до надання медичної допомоги пацієнткам з невиношуванням вагітності та передчасними пологам, спираючись на результати аналізу завершених багатоцентрових рандомізованих контрольованих досліджень останніх років і рекомендації чинних Настанов профільних професійних асоціацій країн ЄС, Великої Британії, Австралії та США.

Порядок денний містив фіксовані доповіді, після яких відбулося тривале обговорення і змістовна дискусія. У підсумку резолюцію було прийнято одногосно.

Вашій увазі — основні тези виступів, що пролунали під час наради, та текст резолюції.



Сучасна фармакотерапія загрозового викидня і звичного невиношування вагітності



Світлана Жук

д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, експерт МОЗ України за напрямом «Акушерська та гінекологічна допомога», завідувачка кафедри акушерства, гінекології та медицини плода Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Повторні викидні в анамнезі жінки — це важливий маркер ризику акушерських ускладнень при наступних вагітностях.

Основною причиною ранніх втрат вагітності є генетичні порушення. При аномальному каріотипі ембріона ($\geq 50\%$ випадків) призначення будь-якого лікування буде неуспішним. Однак, при повторних викиднях вплив генетичних факторів знижується, поступаючи місцем іншим причинам, серед яких й недостатність прогестерону [Ogasawara M. et al., 2000].

При медикаментозній терапії вагітних, вибір препарату завжди має ґрунтуватися на єдиному клінічно значущому критерію ефективності лікування — народження живої здорової дитини!

При цьому варто спиратися на результати якісних клінічних випробувань. Одним з таких є мета-аналіз бібліотеки Кохрейна, що включив 7 рандомізованих клінічних досліджень (РКД) найвищої якості [Devall A. J. et al., 2021]. В ньому оцінювали ефективність вагінального прогестерону, перорального мікронізованого прогестерону, дидрогестерону, ін'єкцій 17-гідроксипрогестерону. Згідно з результатами мета-аналізу, «застосування вагінального прогестерону може збільшувати ймовірність живонародження у жінок з кровотечею на ранніх термінах вагітності та одним або декількома викиднями в анамнезі» також «все ще залишається невизначеною щодо ефективності та безпеки інших гестагенів».

Застосування вагінального мікронізованого прогестерону при загрозовому та звичному викидні рекомендовано клінічними настановами провідних міжнародних професійних спільнот:

Загрозовий викидень

- Національний інститут здоров'я і вдосконалення медичної допомоги Великої Британії (NICE): настанова NG 126 «Ектопічна вагітність і викидень» (2021) — вагітним з кровомазанням та ≥ 1 викиднями в анамнезі рекомендовано застосування вагінального прогестерону в дозі 400 мг 2 рази на добу до 16 тижнів гестації (на основі дослідження PRISM із застосуванням вагінальних капсул «Утрожестан»);
- Квінслендська клінічна настанова «Втрата вагітності на ранніх термінах» (Австралія, 2022) — застосування прогестерону може покращити показники живонародження у жінок з ≥ 1 попередніми викиднями та кровомазанням на ранніх термінах вагітності.

Звичний викидень

Згідно настанов:

- Європейського товариства репродукції людини та ембріології (ESHRE) «Звичне невиношування вагітності» (2022);
- Товариства акушерів-гінекологів Німеччини, Австрії і Швейцарії «Діагностика та лікування жінок з повторними спонтанними викиднями» (2022);
- Королівського Коледжу акушерів-гінекологів Великої Британії «Звич-

не невиношування вагітності» (настанова № 17, 2023) «для жінок з анамнезом ≥ 3 попередніх викиднів неясної етіології, які звертаються зі скаргами на кровомазання в ранніх термінах вагітності, рекомендується призначення вагінального прогестерону в дозі 400 мг двічі на добу — починаючи з моменту появи кровомазання та до завершення 16-го тижня гестації».

У Великобританії підрахували, що призначення вагінального прогестерону жінкам з кровомазанням на ранніх термінах вагітності та викиднями в анамнезі може привести до народження 8 450 немовлят додатково на рік!

30 РКД підтвердили безпеку вагінального прогестерону в м'яких капсулах при використанні для підтримки лютеїнової фази в циклах допоміжних репродуктивних технологій.

Ефективність та безпека вагінального мікронізованого прогестерону в капсулах щодо здоров'я новонароджених та немовлят мають найвищий рівень доказовості.

Лише стосовно вагінального прогестерону є докази, що його застосування пов'язане зі зменшенням респіраторного дистресу новонароджених, неонатального сепсису, некротизуючого ентероколіту та нижчим рівнем переведень до відділення інтенсивної терапії новонароджених порівняно з контрольною групою [Care A. et al., 2022].



Профілактика передчасних пологів



Юліанна Дубоссарська

д. мед. н., професор, експерт МОЗ України за напрямом «Акушерська та гінекологічна допомога», завідувачка кафедри акушества, гінекології та перинатології ДВНЗ «Дніпровський державний медичний університет», м. Дніпро

Профілактичні заходи для зниження ризику виникнення спонтанних передчасних пологів (ПП) у групах високого ризику включають застосування вагінального прогестерону, цервікального серкляжу, акушерського песарію. Втім, ці методи не є універсальними і не застосовні до всієї популяції [Vidal M. S. et al., 2022]. Їх ефективність вивчали в ряді клінічних випробувань.

Результати мета-аналізу 40 рандомізованих клінічних досліджень (РКД) із застосуванням прогестерону, серкляжу або песарію для запобігання ПП у жінок груп ризику з одноплодовою вагітністю (n = 11 311) показали, що застосування вагінального прогестерону — єдине втручання зі стабільною ефективністю для запобігання ПП при одноплодовій вагітності як при підвищеному ризику в цілому, так і у пацієток з ПП в анамнезі. Спостерігалось зниження ризику ПП у терміні < 34 тижнів на 57 % (відношення шансів — ВШ 0,43; 95 % довірчий інтервал — ДІ 0,20–0,81), а у терміні < 37 тижнів на 49 % (ВШ 0,51; 95 % ДІ 0,34–0,74). Також було продемонстровано зниження ризику неонатальної смертності на 59 % (ВШ 0,41; 95 % ДІ 0,20–0,83).

Ще один мета-аналіз (9 досліджень, 3769 жінок) показав, що застосування вагінального прогестерону значно знизило частоту ПП до 34 тижнів вагітності і несприятливих неонатальних наслідків при одноплодових вагітностях високого ризику не лише у жінок без симптомів з передчасними пологами в анамнезі, а й з довжиною шийки матки ≤ 25 мм, вимірюваною у II триместрі.

Застосування прогестерону для профілактики спонтанних ПП рекомендовано рядом міжнародних професійних товариств.

• Настанова Товариства акушерів та гінекологів Канади (2020)

Вагінальний мікронізований прогестерон рекомендується з метою профілактики ПП

вагітним з попередніми спонтанними ПП, з довжиною шийки матки ≤ 25 мм за даними трансвагінального УЗД між 16 і 24 тижнями у разі одноплодової вагітності або вагітності двійнею. Терапію слід розпочинати у терміні 16–24 тижні і продовжувати до 34–36 тижнів вагітності. Добова доза вагінального прогестерону при одноплодовій вагітності становить 200 мг, при багатоплодовій — 400 мг. Не слід застосовувати внутрішньом'язові ін'єкції 17-гідроксипрогестерону капронату, оскільки він відрізняється від натурального прогестерону і може підвищувати ризик небажаних неонатальних наслідків.

• Рекомендації Міжнародної федерації акушерів та гінекологів (FIGO, 2021)

Жінкам з високим ризиком передчасних пологів (попередні спонтанні ПП та/або сонографічно визначена коротка довжина шийки матки) з одноплодовою вагітністю слід рекомендувати щоденне застосування вагінального прогестерону для запобігання ПП. Чи ефективний прогестерон у жінок з попередніми спонтанними ПП і нормальною довжиною шийки матки (> 30 мм при УЗД в II триместрі), невідомо [Jacobsson B. et al., 2021].

• Практичні настанови Міжнародного товариства ультразвуку в акушерстві та гінекології (ISUOG, 2022)

- Для жінок без симптомів з одноплодовою вагітністю без попередніх спонтанних ПП, з довжиною шийкою матки ≤ 25 мм, діагностованою при трансвагінальному УЗД до 24 тижнів, рекомендується застосування натурального прогестерону вагінально, починаючи з виявлення короткої шийки матки до 36 тижнів.
- У жінок із одноплодовою вагітністю та попередніми спонтанними ПП слід розглянути лікування вагінальним прогестероном щодня перед сном з 16 до 36 тижнів або спостереження та лікування у пацієток довжиною шийкою матки ≤ 25 мм.

- Профілактичне застосування вагінального прогестерону можна розглядати при вагітності двійнею з довжиною шийкою матки ≤ 25 мм [Coutinho C. M. et al., 2022].

• Рекомендації Товариства медицини матері та плода (SMFM, 2024)

- Рекомендовано призначати вагінальний прогестерон для зниження ризику розвитку ПП особам без симптомів з одноплодовою вагітністю та трансвагінально вимірюваною довжиною шийки матки ≤ 20 мм, діагностованою до 24 тижня гестації.
- Рекомендовано розглядати лікування вагінальним прогестероном при довжині шийки матки 21–25 мм на основі спільного прийняття рішень.

• Рекомендації Національного інституту здоров'я і вдосконалення медичної допомоги Великобританії (NICE, 2024)

- Профілактичне застосування вагінального прогестерону показано жінкам:
 - зі спонтанними передчасними пологами (до 34 тижнів вагітності) або викиднем в анамнезі (починаючи з 16 тижня) та
 - з результатами трансвагінального ультразвукового сканування, проведеного між 16 та 24 тижнями вагітності, які показують довжину шийки матки ≤ 25 мм.
- У квітні 2024 року єдиним ліцензованим препаратом прогестерону за цим показанням були вагінальні капсули 200 мг.

Щодо безпеки застосування вагінального прогестерону, то в одному з досліджень було пов'язане з меншою кількістю випадків перинатальної смертності порівняно з групою контролю. Вагінальний прогестерон в даний час є найкращим методом профілактики ПП для жінок з одноплодовою вагітністю, які не мають симптомів, але належать до групи високого ризику ПП. Жодне інше втручання не може вважатися таким, що перевершує це [Care A. et al., 2022].



Висновки

• Комбіноване лікування за допомогою цервікального серкляжа та вагінального прогестерону потенційно може привести до більшого зниження частоти ПП порівняно з монотерапією. Для оцінки цих багатообіцяючих результатів необхідні подальші добре проведені та достатньо обґрунтовані РКД [Anne-Marie Aubin, 2025].

• Ризики для пацієнок з одноплодовою вагітністю та попередніми спонтанними ПП слід оцінювати за допомогою серійного вимірювання довжини шийки матки при трансвагінальному УЗД.

• Залежно від вимірювання довжини шийки матки, перебігу вагітності в анамнезі та попереднього лікування, слід обговорити спектр втручань, доступних

для запобігання повторним передчасним пологам, і розробити спільний план дій.

• Доведена ефективність та безпека рекомендованої стратегії запобігання ПП згідно з наведеними настановами і доказовими даними стосується лише оригінального вагінального мікронізованого прогестерону!

Безпека прогестинів в акушерстві: старі підозри, нові застереження

**Володимир Медведь,**

д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України,
Заслужений лікар України, завідувач відділення внутрішньої
патології вагітних ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства
НАМН України», м. Київ

«Природа знає краще», — казав відомий учений Баррі Коммонер, автор 4 законів екології. З прогестинів, дозволених до застосування під час вагітності, мікронізований прогестерон повністю повторює хімічну структуру ендogenous гормону і може бути віднесений до категорії «натуральний».

Безпека застосування мікронізованого прогестерону (Утрожестан®) у дозі 800 мг на добу вагінально в І триместрі вагітності підтверджена висновками рандомізованих клінічних досліджень (РКД). PROMISE та PRISM — мультицентрові подвійні сліпі РКД застосування вагінального мікронізованого прогестерону в І триместрі вагітності з оцінкою живонародження як первинної кінцевої точки. Частота вроджених аномалій статистично не відрізнялася у групі вагінального прогестерону та плацебо [Coomarasamy A. et al., 2019 (PRISM); Coomarasamy A. et al., 2015 (PROMISE)].

Безпека впливу оригінального вагінального мікронізованого прогестерону в капсулах на здоров'я новонароджених та немовлят доведена з найвищим рівнем доказовості в РКД за участю понад 9 000 пацієнтів.

Оскільки дидрогестерон є синтетичним гестагеном, структура якого суттєво відрізняється від природного прогестерону, необхідні переконливі докази його короткотривалої і довготривалої безпеки, перш

ніж розглядати його використання в клінічній практиці.

У той же час наразі питання безпеки застосування дидрогестерону являє повну невизначеність. Так, 2015 року ретроспективне дослідження випадок-контроль Zaqout et al. за участю 202 дітей, народжених з дефектом серцевої перегородки, виявило асоціацію з впливом дидрогестерону на матір під час вагітності та її застосування під час критичного періоду (перший триместр вагітності) підвищує ймовірність причинно-наслідкового зв'язку. А мета-аналізи Katalinic et al. (2022, 2024), які враховували як обсерваційні, так і експериментальні дослідження, не виявили підвищення ризику, пов'язаного з дидрогестероном (відносний ризик 0,9; 95 % довірчий інтервал 0,6–1,6). Однак інша команда Quadros et al. (2024) оцінила представлені дані як ненадійні, аби зробити висновок про безпеку дидрогестерону, а саме про причинно-наслідковий зв'язок щодо вроджених аномалій: «Відсутність доказів не є доказом відсутності вроджених дефектів, спричинених дидрогестероном, у першому триместрі». Нарешті, у 2024 році Китайське дослідження Li et al. на національній когорті з понад 100 000 вагітних, включно з ~12 % жінок, які отримували дидрогестерон на ранніх термінах вагітності, виявило значний зв'язок із мертвонародженням та вродженими дефектами. У цьому ж дослідженні не було

виявлено асоціації з прогестероном, який був другим за частотою застосування препаратом у когорті.

Звіт про вроджені дефекти та застосування дидрогестерону було оприлюднено в січні 2025 року у виданні «Human Reproduction Open» [Alexandra Henry et al., 2025]. Це був ретроспективний, спостережний аналіз диспропорційності (випадок – не-випадок) спонтанних повідомлень з найбільшої у світі бази даних щодо безпеки ліків BOO3 (VigiBase). Розглядалися звіти з моменту створення бази даних VigiBase (1968 р. після талідомідної катастрофи) до моменту проведення дослідження (31.12.2021). Наразі база даних містить близько 29 млн. повідомлень про побічні реакції на лікарські засоби зі 150 країн.

Аналіз включав:

- порівняння дидрогестерону з будь-якими іншими медикаментами, що використовуються під час вагітності;
- порівняння дидрогестерону з іншими препаратами, що використовуються в циклах допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ);
- порівняння дидрогестерону з прогестероном.

Результати представлені у вигляді коефіцієнта відношення шансів репортування (ROR) та їх 95 % довірчих інтервалів (ДІ).



ROR (reporting odds ratio) — це міра диспропорційності, яка використовується фахівцями з безпеки ліків, для визначення небажаних явищ (НЯ), пов'язаних з прийомом ліків, про які повідомляють частіше, ніж очікувалося. Для кожного порівняння було проведено два аналізи чутливості. Згодом було здійснено огляд кожного конкретного випадку для подальшої характеристики основних вроджених вад та сортування аномалій відповідно до класифікації EUROCAT. Автори заявили про відсутність конфлікту інтересів.

Досліджувана когорта складалася з 362 183 повідомлень про безпеку у вагітних жінок, серед яких 50 653 повідомлення були пов'язані із застосуванням препаратів в програмах ДРТ, у тому числі 145 з дидрогестероном та 1222 з прогестероном. З них 374 (0,7 %) — це випадки вроджених вад: 60 — з дидрогестероном та 141 — з прогестероном. Основними вродженими вадами, про які повідомлялося, були гіпоспадія та дефекти серцевої перегородки.

Невипадки склалися зі звітів, що містили будь-які інші НЯ у пов'язаних з вагітністю звітах про безпеку. В даному дослідженні ROR використали для порівняння відношення шансів виникнення вроджених вад. Виявлено статистичну диспропорційність звітності «Дидрогестерон — Вроджений дефект». Серед усіх порівнянь дидрогестерон мав більшу частоту вроджених дефектів.

Первинний аналіз виявив достовірно більш високу частоту повідомлень про вроджені вади плода у жінок, які отримували дидрогестерон під час вагітності, порівняно з будь-яким іншим лікарським засобом у досліджуваній когорті (ROR 5,4; 95 % ДІ 3,9–7,5) та з будь-яким іншим препаратом в програмах ДРТ (ROR 6,0; 95 % ДІ 4,2–8,4).

При прямому порівнянні з прогестероном виявлено достовірне збільшення частоти повідомлень (у понад 5 разів!) про вроджені дефекти при застосуванні дидрогестерону (ROR 5,4; 95 % ДІ 3,7–7,9).

Аналіз чутливості дав стабільні результати. Для випадків з дидрогестероном немає підозр щодо впливу інших тератогенних препаратів на розвиток вроджених дефектів. Поряд з іншими випробуваннями, цей сигнал безпеки підкреслює необхідність подальших досліджень щодо профілю безпеки дидрогестерону для плода.

Також відрізняється профіль безпеки вагінального прогестерону і 17-гідроксипрогестерону капроату (17-ОН ПК) [Romero R. et al., 2013]. Плутанина між 17-ОН ПК та натуральним прогестероном призвела до невірного уявлення про те, що профіль безпеки вагінального прогестерону під час вагітності можна екстраполювати на цей синтетичний прогестин. Втім 17-ОН ПК має проблеми з профілем безпеки. Згідно з висновками РКД, він істотно підвищує ризик гестаційного діабету із відповідними несприятливими наслідка-

ми. 17-ОН ПК порівняно з вагінальним прогестероном пов'язаний із вищою колонізацією матері стрептококом групи В, добре відомим як фактор неонатальної захворюваності та смертності. Синтетичний 17-ОН ПК, що застосовується під час вагітності, подвоює ризик будь-якого раку у дорослого потомства, що зазнало впливу препарату внутрішньоутробно [Di Renzo et al., 2021; Murphy C. C. et al., 2022].

Врешті Управління з контролю якості продовольства і медикаментів США (FDA) прийняло остаточне рішення про відкликання препарату Макена® (гідроксипрогестерону капроат) та його генеричних аналогів, ґрунтуючись на результатах мультицентрового подвійного сліпого РКД, яке не продемонструвало його клінічної користі [Blackwell S. C. et al., 2020].

Безпека під час вагітності важливіша за ефективність — це принцип перестороги або обережного підходу до управління ризиками, який сформулював відомий італійський вчений Жан Карло Ді Ренцо. Цей принцип полягає в такому: якщо певна дія, речовина або комплекс заходів пов'язані з потенційним ризиком завдання шкоди здоров'ю або оточуючому середовищу, то за відсутності наукового консенсусу вони розглядаються як такі, що безумовно чинять шкоду, а тягар відповідальності і доведення зворотного (тобто безпечності) покладається на того, хто безпосередньо вчиняє дію.

Розробка клінічних настанов: фокус на обережності, що базується на доказах



Пол П'єтт

д. фарм. н., старший науковий співробітник Clinique Antonie Depage, дійсний член Ради директорів та директор з медичної освіти Міжнародної федерації фертильності, м. Брюссель, Бельгія

Принципи розробки клінічних рекомендацій щодо ведення вагітності

Об'єктивність, зваженість, обережність — ось першочергові підходи до розробки клінічних рекомендацій, заснованих на доказових даних. При цьому необхідно дотри-

муватися головного принципу — безпека матері та плода!

Для отримання належних доказів важливими є питання якості рандомізованих клінічних досліджень (РКД). Систематичний огляд РКД є обов'язковим, наприклад, коли

незалежні РКД (принаймні два) недоступні або мають недостатню потужність. Перед проведенням будь-якого відповідного РКД вирішальне значення має суттєва раціональна та біологічна правдоподібність для підтвердження показань. Подвійні сліпі РКД є основою доказової медицини. Обсерва-



ційні дослідження важливі для вивчення ефективності препарату в реальних умовах. Чим слабший дизайн, тим менш надійні висновки.

У мета-аналізах порівняння висновків випробувань, які мали неналежний дизайн, з результатами високоякісних досліджень є неприйнятним!

Розгляньмо кричущий приклад такого неприйнятного порівняння. Мова йде про публікацію 2023 року під назвою «Рекомендації належної практики FIGO щодо використання прогестерону в лікуванні звичного невиношування вагітності в першому триместрі» за авторством Н. Shehata et al. (<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.14717>). У статті зазначено, що в результаті пошуку літератури було виявлено 1045 статей з бази даних Ovid MEDLINE, 40 оглядових статей з бібліотеки Кохрейна, 32 публікації з ClinicalTrials.gov та 181 публікацію з Міжнародної платформи реєстру клінічних випробувань (ICTRP), що загалом становить 1298 публікацій. П'ятдесят шість публікацій мали дублікати. Після аналізу **лише дві публікації** відповідали вимогам для подальшого розгляду: рандомізоване випробування прогестерону у жінок зі звичними викиднями [Coomarasamy, 2015] та дослідження ефективності дидрогестерону у зменшенні частоти звичного мимовільного викидня [El-Zibdeh, 2005]. Тобто, автори здійснили порівняння старого дослідження El-Zibdeh за 2005 рік, що мало добре відомі недоліки (лише 180 пацієнток, відсутність групи плацебо, рандомізація за днем тижня тощо), з високоякісним дослідженням PROMISE і при цьому не врахували результати дослідження PRISM за участі жінок з трьома попередніми викиднями в анамнезі. Це є абсолютно неприйнятним! В результаті, при створенні цієї публікації не були враховані результати нових досліджень: PRISM (AJOG, 2020), оновлених рекомендацій NICE (NG 126, 2021) та Кохрейнського огляду (Deval, 2021)! Автори публікації посилаються на більш старий Кохрейнський огляд, який ґрунтується на статті, що була відкликана [Kumar, 2014] і в якій було висловлено припущення щодо ефективності застосування перорального дидрогестерону для лікування звичного невиношування вагітності. Так само у статті немає жодної згадки про публікацію M. Stephenson у Fertil. Steril. 2024 року та про нові рекомендації ESHRE щодо звичних втрат вагітності, датовані 2022 роком з оновленням у безпечні 2023 року. Окрім того, було оприлюднено інформацію про фінансування та конфлікт інтересів, відповідно до

якої FIGO від Abbott Pharmaceuticals отримала освітній грант, а один з авторів гонорар за лекції. Тож, перш ніж посилатися на те чи інше дослідження, варто аналізувати не лише його висновки, а й дизайн та конфлікт інтересів авторів.

Що відомо про безпеку дидрогестерону?

Згідно з Австралійською системою категоризації для призначення медикаментозних засобів під час вагітності, «дидрогестерон слід розглядати в групі ліків, які призводять або можуть спричинити вади розвитку плода або незворотні ушкодження. Ці ліки також мають побічні фармакологічні ефекти».

Застосування дидрогестерону вагітними жінками з лютеїнової фази та протягом першого триместру викликає значні занепокоєння через кілька повідомлень, що вказують на підвищений ризик вроджених аномалій плода [Zaout M. et al., 2015; 2017; Nadarajah R. et al., 2017; Yang W. et al., 2023; Henry A. et al., 2025].

«Оскільки дидрогестерон — це синтетичний аналог прогестерону, який відрізняється за структурою від натурального прогестерону, існують певні занепокоєння щодо безпеки для потомства» (ESHRE Reproductive Endocrinology Guideline Group, 2019).

Найнадійніші на сьогоднішній день подвійні сліпі плацебо-контрольовані РКД, проведені Chan et al. (2021) і Kuptarak et al. (2024), продемонстрували відсутність ефективності, не виявили суттєвої різниці в частоті викиднів до 20 тижнів вагітності у пацієнток, які отримували дидрогестерон, і тими, хто отримували плацебо.

Чому про дидрогестерон більше не згадують?

Група з розробки настанов рекомендувала проведення додаткових досліджень з метою підтвердження ефективності використання дидрогестерону. Виявилось, що дослідження El-Zibdeh не відповідає стандартним критеріям валідного РКД: пацієнтки були рандомізовані для перорального прийому дидрогестерону (82 пацієнтки), внутрішньом'язового введення Профазі (50 пацієнток) або відсутності лікування (48 пацієнток) залежно від дня тижня, коли жінки відвідували клініку. Крім того, було відсутнє засліплення: плацебо не застосовували. Це підтверджує упередженість.

Головною проблемою дослідження Kumar (2014), яке в результаті було відкликано, є пізнє включення. Пацієнток включали лише після виявлення серцебиття плода (середній гестаційний вік на момент включення становив 6,5 тижнів, а включення могло відбуватися вже на 8-му тижні або пізніше). На цьому терміні вагітності більшість ембріонів у пацієнток зі звичним невиношуванням вагітності (ЗНВ) вже загинули. Цей факт збільшує ризик отримання помилкових результатів. Дуже низькі показники викиднів — 6,9 % та 16,8 % в обох групах розподілу — це підкреслюють. Майже всі інші РКД з пацієнтками зі ЗНВ повідомляли про показники викиднів щонайменше 30 % у групі плацебо.

Мета-аналіз Howard Carp — це лише об'єднаний аналіз дослідження El-Zibdeh та дослідження Kumar з додаванням дуже невеликого нерандомізованого дослідження Fridman. Тому не дивно, що цей мета-аналіз виявляє «ефективність дидрогестерону» і нічого не додає до літератури.

Висновки

Дані про вплив на здоров'я матері та безпеку немовляти доступні з рівнем доказів 1 лише для вагінального мікронізованого прогестерону при використанні безпосередньо перед зачаттям та під час вагітності, від зачаття до пологів.

Наразі існують переконливі докази про те, що:

- вагінальний мікронізований прогестерон підвищує рівень живонародження у жінок з одним або кількома попередніми викиднями та кровомазаннями на ранніх термінах вагітності, без різниці в побічних ефектах порівняно з плацебо [Coomarasamy, 2020; Deval, 2022];
- вагінальний прогестерон, але не 17 ОН ПК, зменшує частоту пологів у терміні до 34 тижнів вагітності у жінок з одноплодовою вагітністю високого ризику;
- застосування вагінального прогестерону сприяє зниженню ризику переривання вагітності у жінок з довжиною шийки матки ≤ 25 мм [EPPIC, 2021; Romero, 2025];
- досі існує невизначеність щодо ефективності та безпеки інших гестагенів при їх застосуванні при загрозовому та звичному викидні [NICE NG 126, 2021; Deval, 2021].

І на завершення — у кожному конкретному випадку прийняття рішення має бути індивідуалізованим, базуватися на специфічних для жінки факторах ризику, потенційних перевагах втручання та враховувати думку пацієнтки.



Прогестини для збереження вагітності: експертна думка та рекомендації для включення до резолюції



Жан Карло Ді Ренцо

д. мед. н., професор, почесний секретар FIGO, професор кафедри акушерства і гінекології в Університеті Перуджа (UOP), директор PREIS School м. Флоренція, Італія

З огляду на поточну демографічну ситуацію в Україні, особливо в контексті триваючої військової агресії, збереження кожної вагітності є критично важливим в медичному і соціальному аспектах.

Згідно з оприлюдненим 2025 року звітом Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (World Fertility Report, 2024), рівень народжуваності в Україні впав нижче 1,0 народження на жінку, що свідчить про різке демографічне падіння. Цей показник значно нижчий за рівень відтворення населення, що ставить демографічне майбутнє країни під серйозну загрозу.

Тривалий стрес, спричинений вимушеним переміщенням населення та нестабільністю, пов'язаними з війною, значною мірою сприяє несприятливим наслідкам вагітності, включаючи підвищений ризик викиднів, мертвородження, вроджених вад, передчасних пологів та низької ваги при народженні [Keasley J. et al., 2027; Bouachba A. et al., 2024].

Оскільки вагітність є континуумом (безперервним послідовним процесом), важливо усвідомлювати наявність спільних патофізіологічних механізмів, факторів ризику та, як наслідок, модифікувати відповідним чином терапевтичні стратегії щодо ведення пацієнток. Дане

твердження доводить той факт, що прогестерон є ефективним для запобігання як викидням, так і передчасним пологам [Coomarasamy, Di Renzo, 2024].

Нещодавній Кохрейнівський огляд, клінічні рекомендації та міжнародні експерти підтримують використання вагінального прогестерону у дозі 800 мг на добу до повних 16 тижнів вагітності

- у жінок із загрозою викидня та історією попереднього викидня,
- у жінок з історією ≥ 3 викиднів невідомої етіології.

Вагінальний мікронізований прогестерон включено до нещодавніх рекомендацій AWMF, ESHRE, RCOG та NICE зі звичного вивчення як єдиний прогестаген з доведеною ефективністю та безпекою для покращення рівня живонародження у жінок з ≥ 3 викиднями невідомої етіології в анамнезі. Рекомендується використовувати вагінальний прогестерон у дозі 400 мг двічі на добу з моменту початку кров'янистих виділень до 16 повних тижнів вагітності [Regan L. et al., 2023].

Для жінок із нез'ясованими причинами звичного викидня, прийом вагінального прогестерону може знизити ризик викидня під час наступних вагітностей [Kutteh W. et al., 2015].

Нові дослідження демонструють користь застосування вагінального мікронізованого прогестерону при гіпертензивних розладах вагітності. З 11 РКД у 3-х застосування вагінального прогестерону розпочинали у першому триместрі, а 8 — у другому або третьому триместрах. За початку застосування вагінального прогестерону у першому триместрі вагітності спостерігалось зниження ризику будь-яких гіпертензивних розладів вагітності (BP 0,71; 95 % ДІ 0,53–0,93; 2 РКД; n = 4431 жінка, I2 = 0 %; докази помірної достовірності) та прееклампсії (BP 0,61; 95 % ДІ 0,41–0,92; 3 РКД; n = 5267 жінок, I2 = 0%; докази помірної достовірності) порівняно з плацебо. Тож, автори дійшли висновку, що застосування вагінального мікронізованого прогестерону, розпочате у першому триместрі вагітності, може знизити ризик гіпертензивних розладів вагітності та прееклампсії [Melo P. et al., 2024].

При наданні допомоги вагітним особливу увагу слід приділити раціональній фармакотерапії, надаючи пріоритет лікувальним стратегіям з доведеною безпекою та ефективністю відповідно до міжнародних стандартів, які базуються на наукових доказах, що й має стати головною квінтесенцією Резолюції нашої сьогоднішньої зустрічі.



Резолюція Міжнародної експертної наради «ЗБЕРЕЖЕННЯ ВАГІТНОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ДЕМОГРАФІЧНОЇ КРИЗИ В УКРАЇНІ: НАУКОВА ДОКАЗОВА БАЗА І КЛІНІЧНА ЕКСПЕРТИЗА ЗАСТОСУВАННЯ ГЕСТАГЕНІВ»

Київ, 02 травня 2025 р.

Вважаємо за необхідне виступити з пропозицією запровадити в Україні єдиний міждисциплінарний підхід до надання медичної допомоги пацієнткам з невиношуванням вагітності та передчасними пологами, спираючись на результати аналізу завершених багатоцентрових рандомізованих контрольованих досліджень останніх років [11], і рекомендації чинних Настанов профільних професійних асоціацій країн ЄС, Великої Британії, Австралії та США [2–10], а також, зважаючи на критичну демографічну ситуацію, що склалася в нашій країні [1].

Даний підхід сприятиме покращенню якості медичної допомоги та інтеграції України в європейське медичне і наукове середовище [2–9].

Лікарські засоби групи гестагенів (G03D) застосовуються з метою збереження вагітності у жінок із загрозливим викиднем, звичним невиношуванням нез'ясованої етіології, а також для запобігання передчасним пологам [11–14]. Наявні на сьогодні дані свідчать, що гестагени не мають впливу на частоту живонародження у жінок із загрозою переривання вагітності або цей вплив є незначним. Водночас вагінальний мікронізований прогестерон виявляє здатність підвищувати рівень живонародження у жінок з вагінальною кровотечею на ранніх термінах та одним або кількома викиднями в анамнезі, імовірно, без підвищення ризику побічних ефектів [12]. Клінічні підходи мають бути індивідуалізованими.

Експертна група пропонує керуватися у клінічній практиці такими положеннями:

1. Згідно з результатами рандомізованих подвійних сліпих плацебо-контрольованих досліджень PROMISE та PRISM, Кохрейнівського систематичного огляду (2021) та сучасними клінічними настановами високого доказового рівня (NICE, 2021; Queensland, 2022; ESHRE, 2022; AWMF, 2022; RCOG, 2023), вагінальний мікронізований прогестерон рекомендується у дозі 400 мг двічі на добу до 16 повних тижнів вагітності у пацієнток з подвійним ризиком, а саме: кров'янисті виділення зі статевих шляхів (вагінальна кровотеча) і один або декілька викиднів нез'ясованої етіології в анамнезі [2–6, 10–12, 15, 18]. Терапію слід розпочинати з моменту появи кров'янистих виділень.

2. Для жінок без клінічних проявів, але зі звичним невиношуванням вагітності нез'ясованої етіології застосування вагінального прогестерону 800 мг на добу може підвищити рівень живонародження (помірна якість доказів) та, ймовірно, буде ефективнішим у жінок з великою кількістю попередніх викиднів [16–18]. Хоча кількість методів лікування звичного невиношування вагітності, що базуються на доказах, є обмеженою, пацієнтки надають перевагу наявності чіткого плану ведення наступної вагітності [16, 17]. Ухвалення рішення має бути індивідуалізованим, базуватися на особливих для пацієнтки факторах ризику, пов'язаних зі стресом, загальному та репродуктивному анамнезі, а також враховувати уподобання пацієнтки.

3. Безпека використання мікронізованого вагінального прогестерону в м'яких капсулах у першому триместрі вагітності в дозуванні 800 мг/добу підтверджена даними рандомізованих контрольованих досліджень [12, 19, 20].

4. Одночасне призначення декількох різних лікарських засобів гестагенів є недоцільним.

5. Ефективність і безпека альтернативних форм гестагенів, таких як пероральний мікронізований прогестерон, дидрогестерон та ін'єкційна форма 17-гідроксипрогестерону капронату — при загрозливому викидні або звичному невиношуванні залишаються недостатньо дослідженими [12].

6. Необхідне проведення відповідних клінічних досліджень для отримання наукових доказів ефективності та безпеки для запобігання викидням інших гестагенів (дидрогестерон, 17-гідроксипрогестерону капронат, а також пероральна та внутрішньом'язова форми прогестерону) [1, 13].

7. Для пацієнток без клінічних проявів з одноплодовою вагітністю і ризиком передчасних пологів через коротку довжину шийки матки або наявним анамнезом попередніх спонтанних передчасних пологів вагінальний прогестерон слід вважати кращим вибором [13, 14].

• Для жінок без клінічних проявів з одноплодовою вагітністю без попередніх спонтанних передчасних пологів та з довжиною шийки матки ≤ 25 мм, виміряною за допомогою трансвагінального УЗД в терміні від 16 до 24 тижнів вагітності, рекомендується застосування 200 мг вагінального прогестерону один раз



на добу з моменту виявлення короткої шийки матки і до 36 тижнів [7–9].

- Для жінок з одноплодовою вагітністю та попередніми спонтанними передчасними пологамі слід розглянути призначення 200 мг вагінального прогестерону один раз на добу на ніч з 16 до 36 тижнів, так само як і для лікування жінок з довжиною шийки матки ≤ 25 мм [7–9].
- Профілактичне застосування прогестерону не рекомендується для попередження передчасних пологів при двійні [8].
- Профілактичне застосування вагінального прогестерону слід розглянути при двійні у пацієток з довжиною шийки матки ≤ 25 мм [7, 8]. Належна доза не визначена, але є підстави вважати, що 400 мг один раз на добу перед сном може бути ефективним рішенням [7].
- 17-гідроксипрогестерону капронат є неефективним для профілактики передчасних пологів, тож його не слід призначати. [21].

Експертна група сподівається, що нормативне впровадження в нашій країні вищевикладених клінічних рекомендацій, які базуються на наукових доказах і відповідають міжнародній акушерській практиці, сприятиме поліпшенню перинатальних наслідків вагітності у жінок з репродуктивними втратами в анамнезі. Кожна вагітність в Україні має бути бажаною і завершуватись народженням здорової доношеної дитини.

Список використаної літератури:

1. United Nations (2025). World Fertility Report 2024. UN DESA/POP/2024/TR/NO.10. New York: United Nations. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd_2025_wfr_2024_final.pdf
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management [NG126]. Updated 24 November 2021. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126>
3. Queensland Health. Queensland Clinical Guideline: Early pregnancy loss. Brisbane: Queensland Government; October 2022. MN22.29-V6-R27. Available from: <https://www.health.qld.gov.au>
4. ESHRE Guideline Group on RPL. 2023 ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss. Hum Reprod Open. 2023 Mar 2;2023(1):hoad002. <http://dx.doi.org/10.1093/hropen/hoad002>
5. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). S2k-Leitlinie: Diagnostik und Therapie von Frauen mit wiederholten Spontanaborten, Langfassung, Version 6.1. August 2022. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 015-050. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-050.html>
6. Regan L, Rai R, Saravolos S, Li TC; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Recurrent Miscarriage: Green-top Guideline No. 17. BJOG. 2023 Nov;130(12):e9–e39. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17515>
7. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC). Guideline No. 398: Progesterone for the prevention of spontaneous preterm birth. J Obstet Gynaecol Can. 2020;42(6):806–812. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.04.012>
8. Salomon LJ, Alfirevic Z, Da Silva Costa F, Dall'Asta A, Familiari A, Frusca T, et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in the prediction of spontaneous preterm birth. Ultrasound Obstet Gynecol. 2022;59(3):312–324. <https://doi.org/10.1002/uog.26020>
9. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Preterm labour and birth [NG25]. Updated 2023. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25>
10. Dhillon-Smith RK, Melo P, Kaur R, Fox E, Devall A, Woodhead N, Coomarasamy A. Interventions to prevent miscarriage. Fertil Steril. 2023 Nov;120(5):951–954. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.08.955>
11. Coomarasamy A, et al. Micronized vaginal progesterone to prevent miscarriage: a critical evaluation of randomized evidence. Am J Obstet Gynecol. 2020 Aug;223(2):167–176. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.006>
12. Devall AJ, Papadopoulou A, Podesek M, Haas DM, Price MJ, Coomarasamy A, Gallos ID. Progestogens for preventing miscarriage: a network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 4. Art. No.: CD013792. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013792.pub2>
13. EPPPIC Group. Evaluating Progestogens for Preventing Preterm birth International Collaborative (EPPPIC): meta-analysis of individual participant data from randomized controlled trials. Lancet 2021. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00217-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00217-8)
14. Care A, Nevitt S J, Medley N, Donegan S, Good L, Hampson L et al. Interventions to prevent spontaneous preterm birth in women with singleton pregnancy who are at high risk: systematic review and network meta-analysis BMJ 2022; 376:e064547. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-064547>
15. Ogasawara M et al. Embryotic karyotype of abortuses in relation to the number of previous miscarriages. Fertil Steril 2000; 73(2): 300–304. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(99\)00495-1](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(99)00495-1)
16. Coomarasamy A, et al. Recurrent miscarriage: evidence to accelerate action. Lancet. 2021 May 1;397(10285):1675–1682. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00681-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00681-4)
17. Chester, M.R., Tirlapur, A. and Jayaprakasan, K. (2022), Current management of recurrent pregnancy loss. Obstet Gynecol, 24: 260–271. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/tog.12832>
18. Coomarasamy A, et al. PROMISE: first-trimester progesterone therapy in women with a history of unexplained recurrent miscarriages — a randomized, double-blind, placebo-controlled, international multicenter trial and economic evaluation. Health Technol Assess 2016;20(41). <https://doi.org/10.3310/hta20410>
19. Coomarasamy et al. A Randomized Trial of Progesterone in Women with Recurrent Miscarriages. N Engl J Med 2015; 373:2141–2148. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1504927>
20. Coomarasamy A, Devall AJ, Cheed V, et al. A Randomized trial of progesterone in women with bleeding in early pregnancy. N Engl J Med 2019; 380:1815–24. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1813730>
21. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org; SMFM Publications Committee. Society for Maternal-Fetal Medicine Statement: Response to the Food and Drug Administration's withdrawal of 17-alpha hydroxyprogesterone caproate. Am J Obstet Gynecol. 2023 Jul;229(1):B2–B6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.04.012>



Учасники експертної наради

- Геряк Світлана Миколаївна**, д. мед. н., професор, завідувачка кафедри акушерства та гінекології № 2 ДВНЗ «Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль
- Головчак Ігор Степанович**, д. мед. н., Заслужений лікар України, доцент кафедри терапії і сімейної медицини післядипломної освіти ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», в. о. генерального директора ДЗ «Прикарпатський центр репродукції людини» МОЗ України, м. Івано-Франківськ
- Грищенко Ольга Валентинівна**, д. мед. н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, професор кафедри загальної практики сімейної медицини Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків
- Ді Ренцо Жан Карло**, д. мед. н., професор, почесний секретар FIGO, професор кафедри акушерства і гінекології в Університеті Перуджа (UOP), директор PREIS School, м. Флоренція, Італія
- Дубоссарська Юліанна Олександрівна**, д. мед. н., професор, експерт МОЗ України за напрямом «Акушерська та гінекологічна допомога», завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології ДВНЗ «Дніпровський державний медичний університет», м. Дніпро
- Жук Світлана Іванівна**, д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, експерт МОЗ України за напрямом «Акушерська та гінекологічна допомога», завідувачка кафедри акушерства, гінекології та медицини плода Національного університету охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика, м. Київ
- Кирильчук Міла Євгенівна**, д. мед. н., головний науковий співробітник відділення внутрішньої патології вагітних ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України», м. Київ
- Котлік Володимир Володимирович**, к. мед. н., акушер-гінеколог, репродуктолог, перший заступник генерального директора Медичного центру «Мати та дитина», м. Київ
- Манасова Гульсим Серікбаївна**, д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, професор кафедри акушерства та гінекології ДВНЗ «Одеський національний медичний університет», м. Одеса
- Марічереда Валерія Геннадіївна**, д. мед. н., професор, керівниця експертної групи МОЗ України за напрямом «Акушерська та гінекологічна допомога», перший проректор ДВНЗ «Одеський національний медичний університет», м. Одеса
- Медведь Володимир Ісаакович**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, Заслужений лікар України, завідувач відділення внутрішньої патології вагітних ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України», м. Київ
- Муравська Світлана Іванівна**, акушер-гінеколог, медичний директор КНП «Пологовий будинок» Рівненської міської ради, м. Рівне
- Назаренко Лариса Григорівна**, д. мед. н., професор, професор кафедри акушерства та гінекології № 3 ДВНЗ «Харківський національний медичний університет», м. Харків
- Палагусинець Ганна Юріївна**, к. мед. н., завідувачка відділення планування сім'ї КНП «Закарпатська Обласна Клінічна Лікарня імені Андрія Новака» Закарпатської Обласної Ради, Обласний експерт ДОЗ, м. Ужгород
- П'єтт Пол**, д. фарм. н., старший науковий співробітник Clinique Antonie Derage, дійсний член Ради директорів та директор з медичної освіти Міжнародної федерації фертильності, м. Брюссель, Бельгія
- Посохова Світлана Петрівна**, д. мед. н., професор, професор кафедри акушерства та гінекології ДВНЗ «Одеський національний медичний університет», Заслужений лікар України, м. Одеса
- Притуляк Лариса Вікторівна**, акушер-гінеколог, заступниця директора Хмельницької обласної лікарні з акушерсько-гінекологічної допомоги, керівниця Обласного перинатального центру, м. Хмельницький
- Романенко Тамара Григорівна**, д. мед. н., професор, професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Національного університету охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика, м. Київ
- Савка Роман Володимирович**, акушер-гінеколог, медичний директор з акушерства і гінекології КНП «Волинське обласне територіальне медичне об'єднання захисту материнства і дитинства», Заслужений лікар України, м. Луцьк
- Стрелко Галина Володимирівна**, д. мед. н., професор, репродуктолог, головна лікарка та медична директорка Медичного центру «Айвімед», м. Київ
- Сюсюка Володимир Григорович**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства і гінекології ДВНЗ «Запорізький державний медико-фармацевтичний університет», м. Запоріжжя
- Федько Руслан Михайлович**, обласний експерт з акушерства ДОЗ Закарпатської ОЦВА, м. Ужгород
- Чечуга Сергій Броніславович**, д. мед. н., професор, медичний директор ТОВ «Інномед – пологовий будинок», м. Вінниця

Матеріал підготував О. М. Щербань

