

при використанні двох нуклеозидних інгібіторів зворотної транскриптази 3,8 %, а у вагітних, що отримували ВААРТ 1,2 % (рис. 2)

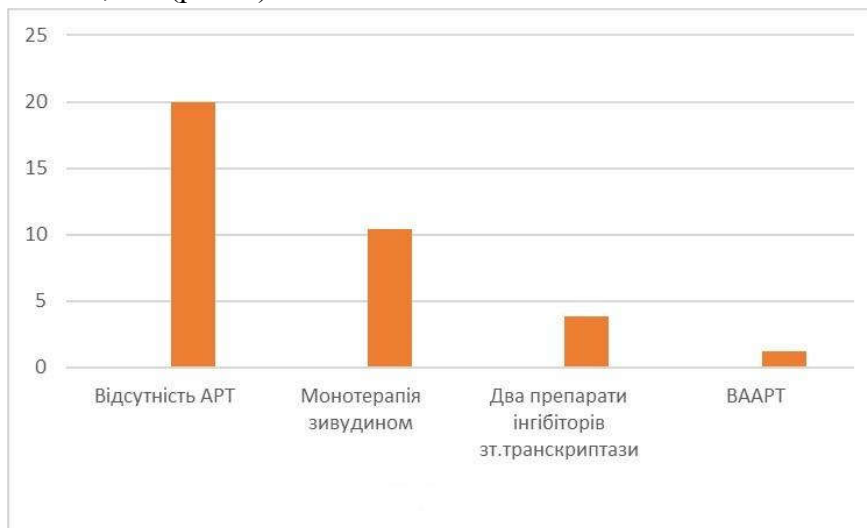


Рис 2. Частота захворюваності ВІЛ/СНІДом при різних факторах у вагітних (%)

Щодо показань початку застосування ВААРТ, то рекомендується розпочати процедуру прийому лікарських засобів у таких категоріях хворих, що мають: високе вірусне навантаження, швидке зниження лімфоцитів-CD4, хворим старшим 50 років та хворим з високим ризиком не асоційованих з ВІЛ-інфекцією захворювань.

Висновки. Застосування високоактивної антиретровірусної терапії на сьогоднішній день є єдиним, актуальним та ефективним засобом боротьби з ВІЛ/СНІД на різних стадіях клінічного прогресування. Проте з іншого боку при прийомі комбінованих лікарських препаратів АРТ фіксується велика кількість побічних ефектів, що проявляються в різних фізіологічних системах людини. Не дивлячись на це все одно зростає потреба у розробці більш ефективних препаратів та вакцини від вірусу імунодефіциту людини для зменшення рівня побічних ефектів при прийомах ліків та повної нейтралізації вірусу в організмовому середовищі.

ШТУЧНЕ ЗАПЛІДНЕННЯ ЯК ПРАВО НА ІННОВАЦІЮ

Радченко А. В.

Науковий керівник: Должикова О. В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

angeelesssss@gmail.com

Вступ. В Україні спостерігається катастрофічне зниження народжуваності. Дані Всесвітньої організації охорони здоров'я свідчать, що проблема безпліддя у всьому світі сягає майже 15% загального числа подружніх пар репродуктивного віку. У де-яких європейських країнах, в тому числі і в Україні, цей показник навіть більший (статистичні дані свідчать, що частота жіночого безпліддя близько 60%, а чоловічого – 40%). Це призводить до демографічної кризи та старішання населення. Завдяки революційному розвитку допоміжних репродуктивних технологій з'явився спосіб лікування безпліддя, який подарував великі надії

безплідним подружнім парам. Це метод екстракорпорального запліднення або запліднення «в пробірці», який на сьогоднішній день є найефективнішим методом лікування безпліддя, що допомагає навіть в самих безнадійних ситуаціях.

Мета дослідження. Вивчення законодавчих питань застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні.

Матеріали та методи. Використані сучасні літературні дані.

Результати дослідження. Чинне законодавство України на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 09 вересня 2013 року № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» (п. 1.2) говорить, що допоміжні репродуктивні технології (далі – ДРТ) – методики лікування безпліддя, за яких маніпуляції з репродуктивними клітинами, окремі або всі етапи підготовки репродуктивних клітин, процеси запліднення і розвитку ембріонів до перенесення їх у матку пацієнтки здійснюються в умовах *in vitro*, тобто... у спеціальному лабораторному посуді або у контрольованому середовищі поза живим організмом. Україна належить до числа держав, у яких ДРТ дозволені на законодавчому рівні. Цивільним кодексом України закріплено право на проведення ДРТ, а саме: «Повнолітні жінка або чоловік мають право за медичними показаннями на проведення щодо них лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій згідно з порядком та умовами, встановленими законодавством». Також відповідно до статті 48 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, Ст.19) застосування штучного запліднення та імплантації ембріона здійснюється згідно з умовами та порядком, встановленими МОЗ України, за медичними показаннями повнолітньої жінки, з якою проводиться така дія, за умов наявності письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці. Також ДРТ в Україні регулюються Сімейним кодексом України та Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII.

Стосовно законодавства інших держав відношення до ДРТ різнонаправлене. Наприклад у Італії у галузі допоміжних репродуктивних технологій Закон «Про норми допоміжних репродуктивних технологій» від 19 лютого 2004 р., № 40 не тільки повністю забороняє сурогатне материнство, а й істотно обмежує інші репродуктивні технології. Згідно із цим законом заборонені репродуктивні програми за участю третьої сторони, тобто сурогатне материнство і донорство. Загалом, допоміжні репродуктивні технології дозволені у Англії, Греції, Грузії, Ізраїлі, Іспанії, Індії, Казахстані, деяких штатах США.

Важливим аспектом правового регулювання ДРТ є, також, вікова межа для осіб, до яких можуть бути застосовані ці технології. На сьогодні в Україні застосування ДРТ можливе щодо осіб, які досягли 18 років. Внесені зміни до статті 48 Основ законодавства України про охорону здоров'я, якими передбачено, що вік жінки, стосовно якої застосовують ДРТ, не повинен перевищувати 51 рік на день штучного запліднення або імплантації ембріона, але активно піднімається питання про зниження цього віку до 49 років. Це обумовлено насамперед захистом інтересів майбутньої дитини, оскільки потенційним батькам у досить зрілому віці буде складно належним чином турбуватись про неї.

В Україні у розробці є проект закону про ДРТ, який регламентує лікувальні програми ДРТ, зокрема методом сурогатного материнства, визначає умови та порядок донації репродуктивних клітин, умови кріоконсервації, зберігання та використання репродуктивних клітин, ембріонів і тканин.

Але на сьогодні неврегульованим, окрім термінології (сурогатна (замінна) матір, генетичні батьки тощо), є також доля заморожених репродуктивних клітин у випадку розлучення подружньої пари, або смерті особи, яка залишила репродуктивні клітини, вікові межі, де-які аспекти правового статусу донорів репродуктивних клітин, застосування ДРТ неодруженими, онкохворими, ВІЛ-інфікованими тощо.

Висновки. Таким чином, правове регулювання низки важливих аспектів застосування допоміжних репродуктивних технологій є одним з актуальних питань законодавчої сфери України.

ВИВЧЕННЯ ЗМІН КЛІНІЧНОГО АНАЛІЗУ СЕЧІ У ВАГІТНИХ ІЗ ІНФЕКЦІЯМИ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

Реутова Д. О.

Науковий керівник: Литвинова О. М.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

dariareutova98@gmail.com

Вступ. Серед різноманітних захворювань у вагітних патологія нирок займає друге місце після захворювань серцево-судинної системи. В Україні за останні 10 років патологія нирок у вагітних зросла з 1,6% до 8,2%.

Інфекції сечових шляхів (ІСШ) є найчастішими бактеріальними інфекціями в амбулаторній практиці, вони посідають друге місце, поступаючись лише інфекціям дихальних шляхів. Згідно зі статистичними даними, у 50% жінок у світі хоча б раз у житті відзначають епізод ІСШ, з них у 25–40% протягом 6–12 місяців виникає рецидив захворювання. Щороку близько 10% жінок хворіють на гострий цистит, а пієлонефрит залишається основною причиною госпіталізації в період вагітності за неакушерськими показаннями.

Мета дослідження. Дослідити та проаналізувати зміни клініко-лабораторних показників сечі у вагітних із патологією сечовидільної системи.

Матеріали та методи. Обстежено 20 вагітних із патологією сечостатевої системи, серед яких лише 4 (20%) жінок не мали захворювань сечостатевої системи протягом усієї вагітності (до 38-40 тижнів включно), в той час коли 16 (80%) перенесли захворювання сечостатевої системи на різних триместрах вагітностей. Усі жінки знаходилися на стаціонарному лікуванні в відділенні патології вагітних державного закладу «Український медичний центр акушерства, гінекології та репродуктології Міністерства охорони здоров'я України» міста Харкова. Вік вагітних сягав від 19 до 42 років, термін вагітності від 31 до 40 тижнів. Стан сечостатевої системи оцінювали за клінічним аналізом сечі.

Результати дослідження. Для всіх вагітних був проведений клінічний аналіз сечі ручним методом та мікроскопічно. Ручний метод включав в себе вивчення фізичні та хімічні властивості сечі. Мікроскопічне дослідження включало в себе визначення органічного та неорганічного осаду сечі.

Досліджуючи сечу 20 вагітних було виявлено: нормальні показники кольору сечі були у 19 вагітних, що еквівалентно 95%. Із них у 6 (30%) колір сечі був світло-жовтий та у 13 (65%) жовтий. Патологічний колір сечі був наявний лише у 1 вагітної (5%) – червоний. При відборі