

УДК 618.29+616-053.31]:614.253
DOI: 10.24061/1727-0847.22.1.2023.10

І. І. Заморський, Т. В. Хмара*, Т. А. Юзько, А. Г. Ходан****

*Кафедри фармакології (зав. – проф. І. І. Заморський); *анатомії людини імені М. Г. Туркевича (зав. – проф. В. В. Кривецький) закладу вищої освіти Буковинського державного медичного університету МОЗ України, м. Чернівці; **КЗОЗ «Медичний центр лікування безпліддя» (директор – доц. Т. А. Юзько), м. Чернівці*

АКТУАЛЬНІ ЗАВДАННЯ ТА МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Резюме. У статті висвітлено дискусійні морально-етичні проблеми перинатальної медицини, пов'язані з уродженими вадами розвитку, які значною мірою визначають перинатальну смертність, захворюваність і смертність новонароджених та дітей старших вікових груп, а також інвалідність із дитинства. Проблема виникнення тяжкої уродженої патології має медико-соціальний характер для особистості людини. У формуванні особистості, що володіє сумою морально-етичних й інтелектуальних якостей, беруть участь багато складників, серед яких велика роль належить генетиці, вихованню, освіті, здоров'ю, навколишньому середовищу, що значною мірою формують характер, поведінкові реакції, світогляд, життєві цінності.

Роль лікаря при наданні медичної допомоги жінці, у якої вагітність відноситься до категорії високого ризику, полягає не тільки у виборі терапевтичної тактики ведення вагітності, а й у наданні інформації про можливі ризики. Тому досконально поінформовані батьки повинні ухвалити самостійне рішення про збереження або переривання вагітності та надати письмову поінформовану згоду на подальші дії лікаря.

Медична етика в перинатальній медицині формується на основі врахування прав плода та пацієнта, моральних обов'язків лікаря стосовно пацієнтів. Медична етика передбачає не тільки дотримання лімітуючих законів, а й врахування різних полемічних поглядів на релігію, наукову і нетрадиційну медицину, національних традицій в етиці й культурі сім'ї, включаючи освіту та досвід лікаря, значущості для лікаря смерті й необхідності захисту інтересів пацієнта. Лікар у своїй практичній діяльності повинен керуватися чіткими біоетичними принципами і правилами, що мають юридичну силу.

Ключові слова: перинатальна медицина, морально-етичні проблеми, вагітність, уроджені вади розвитку, плід.

Ембріональний розвиток є надзвичайно складним процесом, що відбувається лише при певному поєднанні внутрішніх і зовнішніх умов. Кожна наступна стадія впливає з попередньої та з умов розвитку, що є в цей момент. Якщо які-небудь із зовнішніх або внутрішніх умов, важливих для здійснення нормального процесу морфогенезу, відсутні, або якщо додається якийсь незвичайний зовнішній чинник, здатний вплинути

на хід формування, процес розвитку відхиляється від нормального. У деяких випадках, коли дія цього чинника була тимчасовою, після його усунення організм зародка здатний вирівняти хід свого розвитку (явище регуляції) і в результаті розвивається нормальний організм. За інших умов дія пошкоджуючого чинника є незворотною і зародок або гине, або дитина народжується на світ з тими чи іншими дефектами будови.

Період онтогенезу людини, який починається з 22-го повного тижня вагітності (із 154-ї доби першого дня останнього нормального менструального циклу – термін гестації, якому в нормі відповідає маса плода 500 г) і закінчується після повних 7-ми днів життя новонародженого (168 годин після народження), називається перинатальним [1].

У медичній літературі широко використовуються такі терміни, як ембріопатія та фетопатія, які вказують на певні тимчасові періоди внутрішньоутробного розвитку, коли діяли шкідливі ушкоджуючі чинники. Проте, у медичній практиці найчастіше використовується термін «ембріопатія», який завжди свідчить про наявність грубих видимих вад чи аномалій розвитку. Це можна пояснити тим, що фетопатії можуть не супроводжуватися змінами видимих структур тіла та окремих його частин. Аномалії, що розцінюються як фетопатії, стають очевидними не відразу, тому що їх клінічні прояви часто імітують інші вельми поширені патологічні стани неонатального та раннього періоду життя: судоми і розумова відсталість [2]. Аномалії, що виникають у плодовий період, пов'язані з інтимними механізмами процесів гістогенезу, коли формується внутрішня більш тонка структура органів і тканин. При цьому велике значення надається порушенням процесів розмноження, міграції, диференціювання клітин та апоптозу окремих клітинних мас. На цій основі виникають аплазія та гіпоплазія органів, гетеротопії, дизрафії, морфо-функціональна незрілість, затримується процес злиття окремих ембріональних структур, порушення адгезивного механізму тощо. Не викликає сумніву, що тривалість дії шкідливих впливів упродовж внутрішньоутробного розвитку призводить до ембріофетопатій (поєднання грубих помилок морфогенезу та гістогенезу).

Актуальними завданнями сучасної перинатології є запобігання захворюваності плода і новонародженого, зменшення інвалідизації, спричиненої перинатальними факторами, та зниження перинатальної смертності. Останніми роками активно розвиваються такі напрями перинатальної медицини як «перинатальна анатомія», «перинатальна фізіологія», «перинатальна фармакологія», «перинатальна неврологія», «перинатальна психологія» та ін.

У наш час «фетальна хірургія» є одним із перспективних напрямів перинатальної медицини [2]. Проте, складається парадоксальна ситуація, коли на плодах проводять чимало діагностично-лікувальних маніпуляцій і хірургічних утручань, а систематизованих посібників із фетальної анатомії досі бракує.

Звісно, що однією з причин перинатальної та ранньої неонатальної смертності є уроджені вади розвитку (УВР) – сукупність різних відхилень від нормальної будови та функціонування організму, що виникли у процесі внутрішньоутробного розвитку як локалізований неправильний морфогенез. Ці відхилення від норми виявляються у дітей вже при народженні *ad oculus* і стосуються черепа, обличчя, грудної клітки, кінцівок та внутрішніх органів.

Зазначимо, що частота УВР стабільно становить 3-4 випадки на 1000 пологів та є причиною перинатальних втрат у 20-25 % спостережень [3]. Сучасні технології, що використовуються в репродуктивній медицині, дозволяють здійснювати об'єктивний прижиттєвий контроль за перебігом ембріонального і фетального розвитку, виявляти відхилення у формуванні таких важливих структур плоду, як серце, центральна нервова система, нирки, скелет та ін. Зазначене вище є основою перинатальної діагностики – комплексу лікарських заходів і діагностичних методів, що відображають стан плода: ультразвуковий, біохімічний, цитогенетичний, молекулярний та імунологічний скринінги. Останнім часом відбувається розробка тестів для визначення генетичної схильності до мультифакторіальних захворювань. Завдяки можливостям сучасної діагностики УВР плода, можливе внутрішньоутробне хірургічне лікування, своєчасне лікування новонароджених, що забезпечує їхній подальший нормальний розвиток, або переривання вагітності, бажано до 12 тижнів, за показами. Від адекватності заключних діагнозів при летальних наслідках залежить планування пріоритетних напрямів перинатології. Кваліфіковані тлумачення результатів розтинів мертвонароджених і плодів визначають структуру перинатальної та ранньої неонатальної смертності.

Слід підкреслити, що значну частину випадків УВР можна попередити. Наприклад, додавання у харчовий раціон фолатів і прийом фолієвої кислоти до запліднення і впродовж вагітності зменшує ризик розвитку дефектів нервової трубки; вживання йодованої солі запобігає розвитку кретинізму тощо. Суворий метаболічний контроль за пацієнтками з цукровим діабетом і фенілкетонурією дозволяє зменшити ризик виникнення УВР.

Відомості щодо передумов можливого виникнення УВР органів і структур різних систем людини не є суто медичними, вони також мають соціальний і світоглядний характер. Головним об'єктом при цьому є людина, особистість. У формуванні особистості, що володіє сумою етичних, моральних та інтелектуальних якостей, беруть участь ба-

гато складників. Серед них велика роль належить генетиці, вихованню, освіті, здоров'ю, навколишньому середовищу та ін., що значною мірою формують характер, поведінкові реакції, світогляд, життєві цінності. Репродукція в суспільстві, що була насамперед природною і домінуючою у свідомості й навіть у підсвідомості людей, у цивілізованому суспільстві витіснена з переліку безперечних цінностей. Натомість запропоновано «вільне кохання», що не передбачає створення сім'ї, народження та продовження роду. Випадкові та безладні зв'язки, безвідповідальність до власного здоров'я та свого майбутнього посилили існуючі тенденції неприйняття вагітності (небажана вагітність), прагнення будь-якими способами звільнитися від неї. Дивне полягає в тому, що емансипована жінка завдала удару по своєму здоров'ю і насамперед по репродуктивному. Тому із загальної кількості вагітних жінок були виділені ті, у яких вагітність і пологи належать до категорії високого ризику. Саме для цієї групи жінок створюються обласні перинатальні центри, спрямовані на надання висококваліфікованої допомоги. Це жінки, які мають порушення репродуктивних функцій, пов'язаних з первинною та вторинною безплідністю, зі звичним невиношуванням вагітності, з хронічними, гінекологічними та інфекційними захворюваннями. Водночас очевидний і той факт, що використання нових біомедичних технологій має не лише позитивний, а й негативний ефект [4]. Боротьба за збереження вагітності високого ризику може закінчитися народженням дітей із УВР або аномаліями розвитку, що призводять до інвалідності. Жінка, яка страждає на ту чи іншу патологію, що порушує її репродуктивну функцію, часто чинить усупереч думці лікарів щодо утримання від настання вагітності. Жага материнства буває настільки велика, що жінка робить неодноразові спроби завагітніти, використовуючи 5-10 спроб методу екстракорпорального запліднення. У більшості випадків лікарів ставлять перед фактом, який відбувся, коли у важкохворої жінки настала вагітність. Подібні ситуації, що мають великий ступінь ризику, формують екстремальну перинатологію та екстремальну неонатологію [5]. Такі ситуації вимагають колективної творчості, у якій, крім лікаря, беруть участь функціоналісти, імунологи, генетики, біохіміки, терапевти, психологи, неонатологи, педіатри та інші фахівці. Водночас слід зазначити, що у вагітної жінки, яка відноситься до категорії високого ризику, завжди існує шанс народження живої та здорової дитини.

Роль лікаря при наданні медичної допомоги жінці, у якої вагітність відноситься до категорії ви-

сокого ризику, полягає не тільки у виборі терапевтичної тактики ведення вагітності, а й у наданні інформації про можливі ризики. Тому досконально поінформовані батьки повинні ухвалити самостійне рішення про збереження або переривання вагітності та надати письмову поінформовану згоду. Деколи відмова від переривання вагітності при пренатальній діагностиці грубих аномалій розвитку плода виявляється сумісною з наступною рішучою відмовою від новонародженого в умовах пологового будинку. У низці випадків важке рішення не приймається, і жінка не в змозі відмовитися від бажаної, але тяжкохворої дитини, чим прирікає себе і своїх близьких на тривалий період страждань, пов'язаних з неможливістю полегшити стан своєї дитини. У таких ситуаціях лікар повинен лише надати інформацію про сутність хвороби та можливий найближчий і віддалений прогноз, а рішення про збереження або переривання вагітності, про методи лікування важкохворої дитини, що залишилася живою, приймаються самою матір'ю [6].

Медична етика в цій проблемі формується на основі обліку прав плода та пацієнта, моральних обов'язках лікаря стосовно пацієнтів. Медична етика передбачає не тільки лімітуючі закони, а й різні полемічні погляди, релігію, традиційну етику і культуру сім'ї, традиційну й практичну медицину, включаючи освіту та досвід лікаря, значущість для лікаря смерті й необхідність захисту інтересів пацієнта [7].

Зараз, у воєнний час, зменшилося дітонародження, з'явилися сім'ї з одним із батьків (неповна сім'я) або з однією дитиною, бездітні сім'ї. Також останнім часом зросла кількість гінекологічних захворювань – і на цьому ґрунті подружжя безплідність, невиношування, народження недоношених дітей і дітей з УВР. Відображенням цієї ситуації як в окремих областях, так і в Україні в цілому, є збільшення кількості інвалідів із дитинства.

Суспільство знає про це, але не дуже замислюється про те, що відбувається. Тільки тоді, коли біда стосується когось конкретно, він дуже швидко і дуже болісно дізнається про інший бік цієї демографічної проблеми, сімейні трагедії та безвихідні стани, беспорядність щось змінити у своїй долі. Та категорія жінок, яка перебуває в центрі уваги перинатальної медицини, що визначає її болючі точки, наприклад, патологія вагітності та пологів, недоношеність, УВР, ДЦП, і названа «Жінки, вагітність і пологи категорії високого ризику» становить досить великий відсоток. Боротьба за збереження вагітності високого ризику нерідко закінчується народженням дитини з тими або іншими аномаліями розвитку, що призводять

до інвалідизації. Мимоволі постає питання, яке можливе розв'язання цієї проблеми? Не викликає сумніву, що навіть якщо це вдасться здійснити, потрібен час для того, щоб суспільство загалом, засоби масової інформації, сім'я, школа та ін. змінили вектор цінності людського життя, аби головною домінантою життя став не егоїзм, а повернення (ренесанс) до здорового способу життя та створення простих і ясних життєвих цінностей. Час також потрібен і для того, щоб досягнення та можливість практичної медицини були б доступні для кожної сім'ї, кожної вагітної жінки та дитини.

Зниження перинатальної та ранньої неонатальної смертності не відображає якість здоров'я, а свідчить лише про підвищене виживання завдяки використанню сучасних технологій. Парадокс полягає ще в тому, що нові репродуктивні та неонатальні технології, покликані змінити ситуацію в перинатології, у певних випадках самі можуть ставати джерелами народження дітей з патологією, що інвалідизує їх з дитинства [7].

Медична неграмотність населення така, що дехто не знає реальні можливості медицини: пренатальний, масовий і селективний скринінг УВР, штучне запліднення, клітинна терапія та ін. І знову постає низка питань. Зокрема, чи варто наполягати на проведенні пренатальної діагностики, адже вона дозволяє попередити народження тяжкохворих і невилковних дітей або виявити УВР і провести своєчасну її корекцію ще в утробі матері, або відразу після народження дитини? Хіба позбавлена гуманності методика штучного запліднення у безплідної пари, коли вони мріють про дитину і завдяки цій мрії зберігається сім'я? Хіба можливо позбавити батьків спроби врятувати життя дитини, використовуючи нові лікувальні технології, які ще не стали традиційними, але є ефективними? Звісно, що «так». Водночас люди повинні знати, що медицина не всесильна, тому нам всім треба навчитися самим відповідати за власне здоров'я у мирній незалежній Україні.

Висновок. Проблема виникнення тяжкої уродженої патології не є суто медичною. Вона значною мірою має соціальний і світоглядний характер. Головним об'єктом при цьому є людина, особистість. У формуванні особистості, що володіє сумою морально-етичних та інтелектуальних якостей, беруть участь багато складників. Серед них велика роль належить генетиці, вихованню, освіті, здоров'ю, навколишньому середовищу, що значною мірою формують характер, поведінкові реакції, світогляд, життєві цінності.

Медична етика у перинатальній медицині формується на основі обліку прав плода та пацієнта, моральних обов'язках лікаря стосовно пацієнтів. Медична етика передбачає не тільки лімітуючі закони, а й різні полемічні погляди, релігію, традиційну етику і культуру сім'ї, традиційну й практичну медицину, включаючи освіту та досвід лікаря, значущість для лікаря смерті й необхідність захисту інтересів пацієнта.

Роль лікаря при наданні медичної допомоги жінці, у якої вагітність відноситься до категорії високого ризику, полягає не тільки у виборі терапевтичної тактики ведення вагітності, а й у наданні інформації про можливі ризики. Тому досконально поінформовані батьки повинні ухвалити самостійне рішення про збереження або переривання вагітності та надати письмову поінформовану згоду.

Узагальнюючи наведені вище дискусійні питання стосовно морально-етичних проблем у перинатальній медицині, слід підкреслити, що хворі діти і їхні батьки, лікарі, організатори охорони здоров'я та юристи, духовні пастирі та психологи – кожен керується своїми знаннями й догмами. Один просить і сподівається, інший хоче допомогти й сумнівається, третій забороняє та карає. Лікар не може перебувати на роздоріжжі, він повинен керуватися чіткими правилами, що мають юридичну силу. При цьому також маємо на увазі захист прав як хворого, так і лікаря.

Список використаної літератури

1. Ахтемійчук ЮТ, редактор. *Нариси перинатальної анатомії*. Чернівці: БДМУ; 2011. 300 с.
2. Chervenak FA, McCullough LB. *Ethics of fetal surgery*. *Clin. Perinatol.* 2009;36(2):237-46. doi: 10.1016/j.clp.2009.03.002.
3. Семеняк АВ. *Можливості профілактики аномалій розвитку плода*. В: *Матер. науково-практ. конф. з міжнародною участю. Перинатальна медицина в Україні: проблеми, досягнення, пріоритети (присвячена пам'яті вчителя – професора Михайленка О. Т.)*; 2019 лют. 21-22; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2019, с. 124-6.
4. Bartlett VL, Bliton MJ. *Retrieving the Moral in the Ethics of Maternal-Fetal Surgery*. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2020;29(3):480-93. doi:10.1017/s0963180120000225.

5. Swinton CH, Lantos JD. Current empirical research in neonatal bioethics. *Acta Paediatrica*, 2010;99(12):1773-81. doi:10.1111/j.1651-2227.2010.01971.
6. Аряев Н. Л. Биоэтические аспекты стандартизации оказания медицинской помощи новорожденным. *Здоров'я України 21 сторіччя*. 2016;2(375):24-5.
7. Silberberg A, Paladino MS, Moreno-Villares JM. An Ethical Pathway to Quality of Life in Critically Ill Newborns. *The New Bioethics*, 2021;27(2):148-158. doi: 10.1080/20502877.2021.1911741.

References

1. Akhtemiychuk YUT, redaktor. *Narysy perynatal'noyi anatomiyi*. Chernivtsi: BDMU; 2011. 300 s. [in Ukrainian].
2. Chervenak FA, McCullough LB. Ethics of fetal surgery. *Clin. Perinatol.* 2009;36(2):237-46. doi: 10.1016/j.clp.2009.03.002.
3. Semenyak AV. *Mozhlyvosti profilaktyky anomalii rozvytku ploda. B: Mater. naukovo-prakt. konf. z mizhnarodnoyu uchastyu. Perynatal'na medytsyna v Ukraini: problemy, dosyahnennya, priorityty (prysvyachena pam'yati vchytelya – profesora Mykhaylenka O. T.); 2019 lyut. 21-22; Chernivtsi. Chernivtsi: Meduniversytet; 2019, s. 124-6. [in Ukrainian].*
4. Bartlett VL, Bliton MJ. Retrieving the Moral in the Ethics of Maternal-Fetal Surgery. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2020;29(3):480-93. doi:10.1017/s0963180120000225.
5. Swinton CH, Lantos JD. Current empirical research in neonatal bioethics. *Acta Paediatrica*, 2010;99(12):1773-81. doi:10.1111/j.1651-2227.2010.01971.
6. Aryayev N. L. *Bioeticheskiye aspekty standartizatsii okazaniya meditsinskoy pomoshchi novorozhdennym. Zdorov'ya Ukraini 21 storichchya*. 2016;2(375):24-5. [in Ukrainian].
7. Silberberg A, Paladino MS, Moreno-Villares JM. An Ethical Pathway to Quality of Life in Critically Ill Newborns. *The New Bioethics*, 2021;27(2):148-158. doi: 10.1080/20502877.2021.1911741.

CURRENT TASKS, MORAL AND ETHICAL PROBLEMS OF PERINATAL MEDICINE

Abstract. The article reflects the discussion of moral and ethical problems of perinatal medicine, related to congenital malformations, which largely determine perinatal mortality, morbidity and mortality of newborns and older children, as well as childhood disability. The problem of occurrence of severe congenital pathology is a medico-social issue. The formation of personality who has the sum of moral, ethical and intellectual qualities, involves many components, including genetics, education, health, environment, which contribute considerably to the character, behavioural reactions, worldviews, life values.

The role of a doctor in providing medical care to a woman whose pregnancy is at high risk is not only to choose therapeutic tactics to manage pregnancy, but to also provide information on possible risks. Therefore, carefully informed parents are required to make an independent decision to maintain or terminate the pregnancy and to give written informed consent to the doctor's further action.

Medical ethics in perinatal medicine are formed on the basis of the rights of the fetus and the patient, as well as the doctor's moral obligations towards patients. Apart from the compliance with restrictive laws, medical ethics include consideration of the various polemic views on religion, scientific and non-traditional medicine, national traditions, family culture, along with doctor's education and experience, the significance of death for the physician and the urge to protect the interests of the patient. The medical practitioner must be guided by clear bioethical principles and legally binding rules.

Key words: perinatal medicine, moral and ethical problems, pregnancy, congenital malformations, fetus.

Відомості про авторів:

Заморський Ігор Іванович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри фармакології закладу вищої освіти Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці;

Хмара Тетяна Володимирівна – доктор медичних наук, професор кафедри анатомії людини ім. М. Г. Туркевича закладу вищої освіти Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці;

Юзько Тамара Анатоліївна – кандидат медичних наук, доцент, директор КЗОЗ «Медичний центр лікування безпліддя», м. Чернівці;

Ходан Андрій Георгійович – кандидат медичних наук, акушер-гінеколог КЗОЗ «Медичний центр лікування безпліддя», м. Чернівці.

Information about the authors:

Zamorskii Igor I. – Doctor of Medicine, Professor, chief of the Department of Pharmacology of the Bukovinian State Medical University, Chernivtsi;

Khmara Tatiana V. – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Human Anatomy named after MG Turkevich Institute of Higher Education of the Bukovinian State Medical University, Chernivtsi;

Yuzko Tamara A. – Candidate of Medical Sciences, Docent, chief Medical center infertility treatment, Chernivtsi;

Khodan Andrii G. – Candidate of Medical Sciences, obstetrician-gynecologist Medical center infertility treatment, Chernivtsi.

Надійшла 18.01.2023 р.