

# Рекомендації ВООЗ щодо основної допологової допомоги: що можна використовувати на практиці?

**Проблема залізодефіциту та нестачі фолієвої кислоти у вагітних залишається в Україні вкрай актуальною медико-соціальною проблемою. Причиною розвитку цих патологічних станів є недостатнє надходження в організм вітамінів і мікроелементів із харчовими продуктами на фоні підвищеної потреби в них, викликаній ростом плода.**

Для оптимізації тактики ведення вагітних Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) 2017 р. оприлюднила документ «Основна допологова допомога з метою створення позитивного досвіду у вагітних». Розкриття основних положень цих рекомендацій присвятив свою доповідь член-кореспондент НАМН України, завідувач відділення внутрішньої патології вагітних ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», доктор медичних наук, професор В.І. Медведь, з якою він виступив у рамках міжнародного медичного конгресу «Сучасні аспекти збереження та відновлення здоров'я жінки», що відбувся цього року в м. Вінниці.

Професор В.І. Медведь наголосив, що вищезазначений документ ґрунтується виключно на доказових даних, представлених у Кокранівській базі систематичних оглядів. Він складається з наступних розділів:

- А. Заходи, пов'язані з харчуванням;
- В. Обстеження вагітної та плода;
- С. Профілактичні заходи;
- Д. Допомога при поширених фізіологічних симптомах;

Е. Втручання в систему охорони здоров'я для підвищення якості допологової допомоги.

Запропоновані заходи допологової допомоги підпадають під три категорії: перша – безумовно рекомендовані; друга – рекомендації обмеженої сили, яких слід дотримуватися лише за певних умов (у межах наукових досліджень, при цільовому моніторингу або за інших визначених умов); третя – нерекондовані заходи.

Розпочавши з першого розділу рекомендацій, що стосуються в цілому популяції здорових вагітних, доповідач зазначив, що консультування їх із питань здорового харчування та фізичної активності дозволяє підтримувати гарне самопочуття у період гестації й уникнути надлишкової прибавки ваги. Корисними у раціоні вагітних є зелені й оранжеві овочі, м'ясо, риба, бобові, горіхи, фрукти, продукти з цільного зерна. Крім того, показані регулярні фізичні навантаження (аеробні та силові вправи) з мінімальним ризиком порушення рівноваги та травми плода. Слід пам'ятати, що основна прибавка ваги відбувається після 20-го тижня вагітності й залежить від вихідної маси тіла жінки.

Оптимальна прибавка ваги залежно від індексу маси тіла (ІМТ) (лише при одноплідній вагітності) становить:

- ІМТ менше 18,5 – 12,5-18 кг;
- ІМТ 18,5-24,9 – 11,5-16 кг;
- ІМТ 25-29,9 – 7-11,5 кг;
- ІМТ 30 і більше – 5-9 кг.

Професор В.І. Медведь зауважив, що вагітність є значним мотиватором для модифікації способу життя жінок у цей період. Зокрема, це оптимальний період для зміни поведінки осіб із надмірною масою тіла або ожирінням.

Абсолютно доказовою є рекомендація щодо призначення вагітним препаратів заліза й фолієвої кислоти.

**Щоденний прийом під час вагітності препаратів заліза в дозі 30-60 мг і фолієвої кислоти в дозі 400 мкг дозволяє знизити частоту післяпологового сепсису, передчасних пологів і народження дітей із малою масою тіла.**

Дана рекомендація не відповідає наказу МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію

амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», однак представлений документ ВООЗ є новішим (2017), тож вітчизняні лікарі можуть керуватися у своїй практиці світовими рекомендаціями.

**У країнах/регіонах із поширеністю анемії серед вагітних  $\geq 40\%$  щоденний прийом заліза в дозі 60 мг є преферентним відносно його застосування в нижчій дозі. У I та III триместрах вагітності анемію діагностують при рівні гемоглобіну (Hb)  $< 110$  г/л, у II триместрі – Hb  $< 105$  г/л. У разі виявлення анемії дозу заліза подвоюють до досягнення рівня Hb  $\geq 110$  г/л, після чого продовжують прийом залізовмісного препарату у профілактичній дозі.**

Таку фармакологічну агресивність експерти ВООЗ вважають абсолютно виправданою.

**Якщо щоденний прийом препаратів заліза є неможливим через розвиток побічних ефектів і при цьому поширеність анемії серед вагітних не перевищує 20%, то з метою покращення материнських і перинатальних наслідків жінкам рекомендовано приймати всередину 1 раз на тиждень препарат заліза у дозі 120 мг і фолієву кислоту у дозі 2800 мкг (рекомендація з обмеженою силою).**

Доказові дані свідчать про збільшення потреби у фолієвій кислоті на 50% і в залізі на 100% у вагітних порівняно з невагітними жінками.

**У ході систематичного огляду 62 досліджень, проведених за участю 108 733 вагітних із 27 країн Європи, встановлено, що лише 70% від норм потреб вагітної у фолатах можна задовольнити за рахунок дієти. Таким чином, повністю заповнити нестачу фолієвої кислоти за рахунок харчування неможливо.**

В.І. Медведь звернув увагу аудиторії на те, що на вітчизняному фармацевтичному ринку єдиним комбінованим препаратом сульфату заліза й фолієвої кислоти є Гіно-Тардиферон. Цей препарат був створений спеціально для застосування вагітними й містить у своєму складі сульфат заліза (II), що еквівалентно 80 мг  $Fe^{2+}$ , та фолієву кислоту 350 мкг.

Гіно-Тардиферон демонструє високу ефективність щодо нормалізації рівня Hb і феритину у крові, а також характеризується відмінною переносимістю. При виробництві препарату використано найбільш сучасну технологію сповільненого вивільнення заліза – полімерний комплекс (Eudragit® типу А і В). Таблетки легко ковтати завдяки їхньому невеликому розміру. Режим прийому препарату – 1 таблетка на добу (1 упаковка на місячний курс терапії).

Доповідач представив результати досліджень, які свідчать про найнижчу частоту побічних ефектів при застосуванні Гіно-Тардиферону порівняно з іншими препаратами заліза: Fe (II) фумарат – 44,8% (n=727); Fe (II) сульфат – 31,6% (n=2880); Fe (II) глюконат – 29,1% (n=460); Fe (III) протеїн сукцинілат – 7% (n=4198); Гіно-Тардиферон – 3,7% (n=1293) (p $< 0,002$  порівняно з іншими препаратами заліза).

Гіно-Тардиферон має високу біодоступність: абсорбція солей заліза за перорального прийому є максимальною для сульфату Fe (II) – 44% порівняно з іншими залізовмісними препаратами (фумаратом, глюконатом, полімальтозатом заліза).



В.І. Медведь

Далі професор В.І. Медведь представив рекомендації, що стосуються прийому кальцію. У групах населення зі знизеним споживанням кальцію з їжею ( $< 600$  мг/добу) рекомендовано щоденно, з ранніх термінів вагітності, приймати всередину препарат кальцію в дозі 1,5-2 г, що знижує ризик прееклампсії. Згідно з наказом МОЗ України, рекомендовано приймати кальцій у дозі 1 г/добу з 16-го або 20-го тижня вагітності. Призначення вагітним препаратів цинку рекомендовано лише у рамках наукових досліджень.

**Прийом добавок (комплексів) мікронутрієнтів, зокрема вітамінів В6 (піридоксину), Е, С, D, для покращення материнських і перинатальних наслідків вагітності не рекомендований.**

Переходячи до наступного розділу документа ВООЗ, що стосується особливостей обстеження вагітних і плода, професор В.І. Медведь зазначив, що для діагностики анемії під час вагітності слід виконувати загальний аналіз крові. За неможливості його виконання рівень Hb потрібно визначати за допомогою гемоглобінометра.

Для діагностики безсимптомної бактеріурії рекомендовано здійснювати посів середньої порції сечі. Проте якщо це неможливо, то проводять фарбування середньої порції сечі за методом Грама, що є преферентним порівняно з використанням аптечних тест-смужок. Обстеження слід проводити у I триместрі вагітності. Доповідач наголосив, що лікування безсимптомної бактеріурії є вкрай дискусійним питанням, адже вагітні жінки є єдиною групою, якій рекомендована антибактеріальна терапія за умови безсимптомної бактеріурії. Таке лікування дозволяє зменшити кількість передчасних пологів та випадків народження дітей із малою масою тіла.

Діагностичними критеріями безсимптомної бактеріурії є:

- бактеріологічне дослідження середньої порції сечі, мікробне число  $\geq 10^5$  КУО/мл (КУО – колонієутворююча одиниця);
- виявлення  $> 1$  бактерії у полі зору під час фарбування середньої порції сечі за Грамом;
- при використанні тест-смужок позитивна реакція на нітрити й лейкоцити у сечі.

Згідно з даними рекомендаціями, гіперглікемію, вперше встановлену під час вагітності, слід кваліфікувати як гестаційний цукровий діабет (ГЦД) або як цукровий діабет (ЦД), вперше виявлений. Ці два стани визначаються за кількісними критеріями залежно від рівня глікемії, ммоль/л:

- при вимірюванні натше: 5,1-6,9 – ГЦД,  $\geq 7,0$  – вперше виявлений ЦД;

- через 60 хв після навантаження глюкозою: 10,0-11,0 – ГЦД,  $\geq 11,1$  – ЦД;
- через 120 хв після навантаження 75 г глюкози: 8,5-11,0 – ГЦД,  $\geq 11,1$  – ЦД;
- при рівні глікованого гемоглобіну ( $HbA_{1c}$ ), %: 5,6-6,5 – ГЦД,  $> 6,5$  – ЦД.

Глюкозотолерантний тест слід проводити на 24-28-му тижні вагітності. Після 28-го тижня можна визначати рівень глікованого гемоглобіну у крові.

Щоденний підрахунок рухів плода рекомендований лише в рамках наукових досліджень проведення планової кардіотокографії під час вагітності для покращення материнських і перинатальних наслідків не рекомендовано.

Рекомендовано виконувати одне УЗД плода до 24-го тижня вагітності для уточнення гестаційного терміну, діагностики вад розвитку або багатоплідної вагітності, зниження частоти стимуляції пологів при перенесеній вагітності та формування позитивного досвіду у вагітних.

Проводити регулярне доплерівське дослідження судин плода під час вагітності для покращення перинатальних наслідків не рекомендовано.

Наступним доповідач представив розділ «С. Профілактичні заходи». Згідно з рекомендаціями

ВООЗ, усім вагітним із безсимптомною бактеріурією рекомендовано призначати антибактеріальну терапію протягом 7 днів з метою запобігання прогресуючій бактеріурії, передчасним пологам і народженню дітей із малою масою тіла.

Антибіотикопрофілактику рецидивів інфекції сечовивідних шляхів у вагітних рекомендовано проводити лише у рамках наукових досліджень.

Профілактичне призначення анти-Rh<sub>0</sub>(D)-імуноглобуліну несенсибілізованим Rh-негативним вагітним на 28-34-му тижні для профілактики алоїмунізації рекомендовано лише в рамках наукових досліджень.

Далі доповідач представив розділ, що стосується допомоги при поширених фізіологічних симптомах. До таких симптомів, що виникають під час вагітності, належать нудота, біль у попереку та тазу, печія, варикозне розширення вен, набряки, закрепи, судоми в ногах. Медичну допомогу при кожному із цих симптомів надають відповідно до результатів проведених досліджень. Вона включає як медикаментозні, так і немедикаментозні засоби.

До 2016 р. ВООЗ рекомендувала модель допологової допомоги, що передбачала лише чотири

візити вагітної до лікаря акушера-гінеколога (п'ятий візит – у разі якщо до 41-го тижня жінка не народила). Рекомендаціями 2016 р. кількість візитів було збільшено до восьми; усі додаткові відвідування жіночої консультації передбачені після 32-го тижня, оскільки саме на цей термін припадає більшість перинатальних втрат (ПВ). Було представлено дані, що свідчать про користь від збільшення кількості візитів до лікаря під час вагітності. Так, у країнах із рівнем перинатальної смертності (ПС)  $\leq 10\%$  збільшення кількості візитів до лікаря дозволяє запобігти 2 випадкам ПВ на 1000 пологів, у країнах із середнім рівнем ПС  $\leq 25\%$  – 4 випадкам ПВ на 1000 пологів, у країнах із рівнем ПС  $\leq 50\%$  це дозволяє попередити 8 випадків ПВ на 1000 пологів.

**Таким чином, втілення у клінічну практику основних положень рекомендацій ВООЗ «Основна допологова допомога з метою створення позитивного досвіду у вагітних» сприятиме оптимізації та покращенню якості надання допомоги майбутнім матерям.**

Підготувала **Уляна Дем'янчук**



## НОВИНИ МЕДИЦИНИ

### Обязательная вакцинация в Европе дала положительные результаты

Обязательная вакцинация от кори и коклюша способствовала увеличению охвата иммунизацией и снижению заболеваемости в европейских странах. Такие выводы содержатся в исследовании, опубликованном в журнале *Pediatrics*. Согласно анализу данных Европейского центра по контролю и профилактике заболеваний (ECDC) и Европейского регионального бюро ВОЗ, принятая в семи странах обязательная иммунизация увеличила число вакцинаций от кори на 3,71% в период 2006-2015 годов, от коклюша – на 2,14% в 2006-2016 годах по сравнению с государствами, где вакцинация не являлась обязательной. Показатели были выше в странах, где на непривитых граждан налагались наибольшие штрафы.

В странах с обязательной вакцинацией и без возможности уклонения от процедуры по немедицинским причинам заболеваемость корью уменьшилась. При этом показатели заболеваемости коклюшем значительно не изменились.

Авторы исследования поддерживают обязательную иммунизацию населения и штрафы за уклонение от процедуры. Вместе с тем, по их мнению, необходимо пристально наблюдать за исходами заболеваний и отношением людей к вакцинации в связи с принятием таких мер.

### АРВ-терапию следует начинать сразу после постановки диагноза ВИЧ

Министерство здравоохранения и социальных служб США (DHHS) обновило клиническое руководство по лечению ВИЧ-инфекции с помощью антиретровирусной (АРВ) терапии. Согласно новым рекомендациям, лечение АРВ-препаратами следует начинать, как только стал известен диагноз ВИЧ. Основные изменения в документе:

- Рекомендуются ранняя диагностика, а также начало лечения ВИЧ с помощью АРВ-препаратов в кратчайшие сроки после постановки диагноза.

- Пациент должен быть осведомлен о том, что риск передачи инфекции половым путем минимален при уровне вирусной нагрузки менее 200 копий/мл, но это не предотвращает передачу других заболеваний, передающихся половым путем. Кроме того, заражение возможно в период низкой приверженности к лечению или его прекращения.

- К рекомендованным начальным режимам АРВ-терапии для большинства ВИЧ-инфицированных добавлен режим «долутегравир + ламивудин» (DTG/3TC). Он не подходит для пациентов с вирусной нагрузкой более 500 тыс. копий, без результатов генотипирования или с подтвержденным и неподтвержденным гепатитом В.

- Долутегравир является препаратом резерва для женщин в период зачатия. Для использующих эффективные способы контрацепции DTG может быть препаратом выбора.

- Допускается определение липидного профиля и уровня глюкозы не натощак до начала лечения и при дальнейшем мониторинге.

- Тройной режим «биктегравир/тенофовира алафенамид/эмтрицитабин» (BIC/TAF/FTC) допускается как вариант терапии для пациентов с острой ВИЧ-инфекцией или вскоре после заражения в период ожидания информации о генотипировании.

- Двойные режимы терапии не рекомендуются для пациентов с активной коинфекцией гепатита В.

- Для лечения латентной туберкулезной инфекции рекомендуется короткий курс АРВ-терапии. При этом важно следить за возможными взаимодействиями АРВ-препаратов с рифампицином и рифапентином.

- При лечении ВИЧ у пожилых необходимо учитывать влияние возраста на прогрессирование заболевания, в том числе увеличение числа сопутствующих патологий, факторы полипрагмазии и межлекарственных взаимодействий.

Психические расстройства у пациентов с ВИЧ старшего возраста вызывают все большую обеспокоенность специалистов. Авторы рекомендаций подчеркивают важность диагностики и лечения у таких пациентов ВИЧ-ассоциированных

нейрокогнитивных нарушений (в том числе депрессии), которые могут приводить к низкой комплаентности и худшим исходам лечения.

### CDC сообщают о самых опасных устойчивых к антибиотикам микроорганизмах

Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC) опубликовали доклад об угрозах антибиотикорезистентности (AR Threats Report). В нем содержатся последние данные о случаях заражения и смертности в США и подробная информация об антибиотикорезистентных патогенах.

Первый такой доклад был выпущен в 2013 году, и тогда сообщалось о 2 млн случаев антибиотикорезистентных инфекций и 23 тыс. смертей ежегодно, что привело к созданию специальной пятилетней программы по борьбе с такими инфекциями. После недавнего пересчета эти показатели (относящиеся к тому времени) составили 2,6 млн и 44 тыс. соответственно. По данным 2019 года, теперь в США происходит более 2,8 млн заражений в год, в результате чего умирают свыше 35 тыс. человек. Показатель смертности снизился на 18% (больничная смертность – на 28%) в результате активной политики в отношении антибиотикорезистентных штаммов. Около 90% смертности приходится на *C. difficile*, MRSA и энтеробактерии.

CDC выделяют 18 опасных патогенов, пять из которых представляют серьезную угрозу и требуют безотлагательных мер: три из них были представлены в отчете 2013 года (карбапенем-резистентные энтеробактерии (CRE), *Neisseria gonorrhoeae* и *C. difficile*), в 2019 году прибавилось два новых (*Candida auris* и карбапенем-резистентный ацинетобактер).

В «тревожный» перечень добавились и три микроорганизма, угрозу которых пока сложно оценить. Это азол-резистентный *Aspergillus fumigatus*, *Mycoplasma genitalium* и *Bordetella pertussis* (значительная заболеваемость отмечается в других странах). Необходимо проводить постоянный мониторинг этих патогенов, так как существует потенциальная вероятность их широкого распространения с высоким уровнем заболеваемости и смертности.

### ВОЗ заявила о «коллективном провале» в вопросе защиты детей от кори

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) обеспокоена ростом заболеваемости корью в мире. В 2018 году от этого заболевания умерли более 140 тыс. человек, почти на 20 тыс. больше, чем годом ранее.

По данным стран – членом ВОЗ, в прошлом году было зарегистрировано 353 236 случаев кори, однако в организации уверены, что реальные масштабы распространения этого заболевания многократно превосходят официальную статистику. Согласно оценкам экспертов, корью заболели в 2018 году почти 10 млн человек, а умерли 142,3 тыс. По сравнению с 2000 годом число заболевших уменьшилось в три с лишним раза, а умерших – почти в четыре раза, однако с 2017 года рост заболеваемости и смертности возобновился: свыше 2 млн и почти на 20 тыс. человек соответственно.

В США зафиксированы самые высокие показатели заболеваемости за 25 лет, 4 европейские страны (Албания, Великобритания, Греция и Чехия) утратили в 2018 году статус государств, в которых отсутствует корь. Наибольшее распространение заболевание получило в Демократической Республике Конго, Либерии, Сомали, Украине и Мадагаскаре. На эти 5 стран приходится почти половина всех случаев кори в мире, констатирует ВОЗ.

Большинство умерших – дети в возрасте до 5 лет. Как подчеркивает ВОЗ, младенцы и маленькие дети подвергаются самому серьезному риску заражения корью, с потенциальными осложнениями, включая пневмонию и энцефалит. В организации заявляют о коллективном провале в вопросе защиты наиболее уязвимых детей в мире. Генеральный директор ВОЗ Тедрос Адханом Гебрейесус призвал мировое сообщество инвестировать средства в иммунизацию и в качественное здравоохранение.

По материалам <https://medvestnik.ru>



# ГіноТардиФерон®

СУЛЬФАТ ЗАЛІЗА + ФОЛІЄВА КИСЛОТА

## ЄДИНИЙ ПРЕПАРАТ СУЛЬФАТУ ЗАЛІЗА (II) ТА ФОЛІЄВОЇ КИСЛОТИ



- Сульфат заліза (II) екв. 80 мг Fe<sup>2</sup> та 350 мкг фолієвої кислоти
- Найсучасніша технологія уповільненого вивільнення заліза
- Без аскорбінової кислоти
- Без сахарози
- Таблетка менша – ковтати легше

**80 мг**  
заліза (II)



**350 мкг**  
фолієвої  
кислоти



**1 таблетка в день**

**1 - 3 місяці**  
до нормалізації Hb



**3 місяці**  
до нормалізації феритину



### ГІНО-ТАРДИФЕРОН

**Склад:** діюча речовина: 1 таблетка містить заліза сульфат сухий 247,25 мг, що еквівалентно 80 мг заліза (II), кислоту фолієву 0,35 мг; допоміжні речовини: мальтодекстрин, целюлоза мікрокристалічна, амонійно-метакрилатного сополімеру дисперсія (тип B), амонійно-метакрилатного сополімеру дисперсія (тип A), тальк, триетилцитрат, гліцерол дибегенат, заліза оксид жовтий (E 172), заліза оксид червоний (E 172), титану діоксид (E 171); сепіфільм LP010 (гіпромелоза, целюлоза (гіпромелоза, целюлоза мікрокристалічна, кислота стеаринова)). **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті оболонкою, пролонгованої дії.

**Фармакологічні властивості.** Гіно-Тардиферон належить до комплексних препаратів заліза пролонгованої дії. Препарат поповнює нестачу заліза та фолієвої кислоти в організмі. **Побічні реакції.** Поширені: запор, діарея, здуття живота, абдомінальний біль, зміна кольору калу, нудота. **Непоширені:** анормальні кишкові випорожнення, диспепсія, блювання, гастрит. **РП** в Україні № UA/2976/01/01 від 05.12.2014. Зміни внесені 01.12.2016 № 1299. Подається у скороченні. Повна інформація про препарат міститься в інструкції для медичного застосування.

Інформація про лікарський засіб

Інформація для використання в професійній діяльності медичними і фармацевтичними працівниками



**Pierre Fabre**  
Médicament

**EUROMEDEX**

Представництво «Євромедекс Франс», м. Київ, вул. Грушевського, 28/2, НП 43,  
тел./факс: (044) 359 0 356

відділ фармаконадзора: тел./факс 38 044 359 09 56  
pharmacovigilance\_ub@euromedex.com