

В.І. Пирогова, д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФДПО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

# Особливості амбулаторного ведення вагітних в умовах сьогодення

За матеріалами конференції

Сучасна молодь має доступ до безмежної кількості інформації, яка не завжди є коректною. Спираючись на хибні висновки, вона припускається помилок, які можуть мати серйозні наслідки для репродуктивного здоров'я. На онлайн-конференції «Репродуктивне здоров'я молоді та підлітків», яка відбулася 3 квітня, завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФДПО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, доктор медичних наук, професор Віра Іванівна Пирогова у доповіді «Особливості амбулаторного ведення вагітних в умовах сьогодення» розглянула вплив підліткової вагітності на репродуктивну функцію та особливості ведення пацієнток із ранньою вагітністю в анамнезі, а також після перенесеного COVID-19.

**Ключові слова:** прекоцепційна підготовка, залізодефіцитна анемія, підліткова вагітність, ведення вагітності після перенесеного COVID-19, Хеферол, ПреМама Дуо.



В.І. Пирогова

Доповідач представила дані Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), відповідно до яких щороку у країнах, що розвиваються, 12 млн дівчат віком 15-19 років і 780 тис. віком до 15 років народжують. Ускладнення під час вагітності та пологів є основною причиною смертності серед дівчат віком 15-19 років у всьому світі. Щороку 5,6 млн дівчаток-підлітків роблять аборти (у 70% випадків аборт мають значні ускладнення, у т.ч. летальні), а у 15% випадків підліткова вагітність закінчується викиднем. Діти матерів-підлітків піддаються більш високому ризику низької маси тіла при народженні, недоношеності та тяжких неонатальних захворювань.

Підліткова вагітність є глобальною проблемою, яка стосується країн із високим, середнім і низьким рівнем доходу. За даними МОЗ України, навіть незважаючи на активну боротьбу з ранніми вагітностями, у 2018 році 118 дівчаток

молодше 14 років стали матерями, а серед 15-17-річних народили понад 5,7 тис. дівчат.

З огляду на достатньо значне поширення ранніх вагітностей, професор В.І. Пирогова представила два клінічних випадки, у яких прослідковуються віддалені наслідки підліткових вагітностей.

Спираючись на рекомендації Американської колегії акушерів і гінекологів (American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG), автор доповіді зазначила, що усі зустрічі жінок репродуктивного віку з лікарем, особливо ті, які є частиною нагляду до зачаття, мають включати консультування з питань правильної поведінки для оптимізації наслідків вагітності та запобігання материнській смертності. Медична допомога до зачаття визначається як набір профілактичних та лікувальних заходів, спрямованих на виявлення й усунення біомедичних, поведінкових та соціальних ризиків для здоров'я жінки або результату

вагітності. Отже, певні кроки мають бути зроблені на прекоцепційному етапі, щоб максимізувати сприятливі для здоров'я результати.

За даними ВООЗ, анемія є глобальною проблемою суспільної охорони здоров'я, що особливо стосується дівчаток-підлітків, жінок репродуктивного віку, вагітних у країнах із низьким і середнім рівнем доходу. У «Цілях сталого розвитку» Генасамблеї ООН у галузі харчування до 2025 року зазначається, що хоча й досягнуто певного прогресу у зменшенні анемії, глобальна ситуація не сприяє досягненню поставленої мети щодо зниження захворюваності на анемію у жінок репродуктивного віку на 50% до 2025 року.

Доповідач зауважила, що клінічно анемія проявляється у значному зниженні рівня гемоглобіну, тому переважну кількість випадків залізодефіцитної анемії (ЗДА) діагностують на підставі даних лабораторного обстеження. Проте зміни функції різних органів і систем при ЗДА є наслідком

не стільки недокрів'я, скільки тканинної дефіциту заліза, який може виникати ще до зниження рівня гемоглобіну.

Акушерські ускладнення залізодефіциту включають:

- під час вагітності:
  - плацентарна недостатність і гіпоксія плода;
  - прееклампсія й еклампсія;
  - невиношування і передчасні пологи;
- під час пологів:
  - слабка пологова діяльність;
  - гіпотонічна кровотеча;
  - народження дітей із малою вагою;
- після пологів:
  - гнійно-запальні захворювання.

Залізо є відповідальним не лише за синтез гемоглобіну, а й за забезпечення функцій імункомпетентних клітин. Тканинна

## ХЕФЕРОЛ

ЗАЛІЗА ФУМАРАТ

### НАЙВИЩИЙ ВМІСТ ЕЛЕМЕНТАРНОГО ЗАЛІЗА

#### ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНОЇ АНЕМІЇ

Склад: 1 капсула містить заліза фумарату, що еквівалентно 115 мг елементарного заліза. Фармакотерапевтична група. Антианемічні засоби. Препарати двовалентного заліза для перорального застосування. Заліза фумарат. Клінічні характеристики. Показання. Лікування і профілактика залізодефіцитної анемії. Протипоказання. Підвищена чутливість до компонентів препарату. Гемороматоз, гемосидероз та інші типи анемії, не пов'язані з дефіцитом заліза в організмі (гемолітична анемія, апластична анемія, таласемія). Застосування у період вагітності або годування груддю. Хеферол показаний при дефіциті заліза в період вагітності або годування груддю. Спосіб застосування та дози. Капсули приймають натще за 30 хвилин до сніданку, запивати великою кількістю рідини. Дорослі та діти віком від 12 років: для профілактики – 1 капсула на добу; для лікування – 1 капсула 2 рази на добу. Для лікування та профілактики вагітним у II та III триместрах призначають звичайні дози як для дорослих. Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування лікарського засобу. Даний матеріал призначений для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики та для публікації у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників. Р.П. ІЛН/0263/01/01, наказ МОЗ №1789 від 04.08.2020

## Клінічний випадок 1

**Пацієнтка 3., 25 років.** Одружена 2 роки. Звернулася за порадою щодо можливості планування вагітності. Побойється повторення ситуації ранньої молодості, тому постійно використовує бар'єрну контрацепцію.

**З анамнезу:** Випадковий незахищений статевий акт у 17 років закінчився небажаною вагітністю. Передчасні пологи у терміні 32 тиж завершилися народженням хлопчика масою 1300 г з мієломенінгоцеле. Дитина померла на 3-тю добу життя. Ваду розвитку плода було діагностовано аж на 24-му тижні гестації, оскільки до того часу дівчина приховувала вагітність від батьків. Менструації нерегулярні, 35-45/7-8 днів, болісні, рясні. Пацієнтка має запальні захворювання статевих органів, оперативні втручання заперечує. Із приводу нерегулярності менструацій не обстежувалась і лікування не отримувала. Спадковість не обтяжена, у двох заміжніх сестер (28 і 23 роки) народилися здорові діти.

**Об'єктивно:** Жінка має бліді шкірні покриви й слизові, оволосіння за жіночим типом, молочні залози без особливостей, артеріальний тиск (АТ) 115/70 мм рт. ст. і досить низький індекс маси тіла – 18,2 кг/м<sup>2</sup>.

**Обстеження:** Призначені пацієнтці обстеження мали на меті з'ясувати причину нерегулярних менструацій та знайти пояснення вадам розвитку плода при першій вагітності. Тому, крім загальноклінічного аналізу крові й сечі, електрокардіограми, ультразвукового дослідження (УЗД) органів малого таза та аналізу біоценозу піхви, пацієнтці було призначено дослідження рівнів фолікулостимулюючого (ФСГ) та лютеїнізуючого (ЛГ) гормонів, пролактину,

естрадіолу, визначено індекс вільного тестостерону та рівень гомоцистеїну, проведено серологічне дослідження на токсоплазмоз та цитомегаловірус. Для виключення патології щитоподібної залози було виконано її УЗД та визначено рівень тиреотропного гормону (ТТГ), вільного тироксину (вТ4) та антитиреопероксидазних антитіл (АТПО). Також пацієнтці було проведено визначення рівня 25-гідроксивітаміну D у сировотці крові [25(ОН)D], дефіцит якого може бути пов'язаний із вродженими вадами розвитку (ВВР) у дитини (Koster M.P., 2017). Крім того, виконано дослідження каріотипу жінки.

За результатами обстеження виявлено: зниження рівня гемоглобіну – 100 г/л, феритину – 6,9 мкг/л, що свідчить про наявність у пацієнтки анемії, а також дефіцит вітаміну D (25(ОН)D – 17,4 нг/мл); причин нерегулярного менструального циклу (МЦ) не виявлено.

**Діагноз:** Порушення МЦ. Обтяжений акушерський анамнез. Залізодефіцитна анемія, дефіцит вітаміну D.

З метою підготовки до бажаної вагітності пацієнтці було рекомендоване наступне лікування:

- мультивітамінний комплекс 1 таблетка/добу – профілактичний прийом, необхідний для запобігання можливому рецидиву ВВР;
- дидрогестерон 10 мг/добу з 11-го по 25-й день МЦ – для його нормалізації;
- холекальциферол 4000 МО/добу – для лікування дефіциту вітаміну D;
- Хеферол 1 таблетка/добу – для лікування анемії.

гіпоксія, що виникає внаслідок залізодефіциту, веде до розвитку синдрому метаболічної інтоксикації та вторинної імунологічної недостатності, що особливо небезпечно в період коронавірусної пандемії (Sobhani S.A., 2011). Крім того, стресова реакція, викликана тканинною гіпоксією, призводить до вивільнення плацентарного кортикотропін-релізінг-гормона, підвищення синтезу кортизолу у плода та, як наслідок, до передчасних пологів (Marti A., 2001). Діти матерів зі ЗДА, навіть якщо вона була скоригована до моменту пологів, схильні до ризику дефіциту заліза протягом усього дитячого віку (Abu-Ouf N.M., 2015). У довгострокових дослідженнях описано порушення розвитку мовних навичок, дрібної моторики та здатності до навчання у дітей, народжених із низьким рівнем феритину у пуповинній крові (Radlowski E.C., 2013). Анемія, діагностована у термін гестації до 30 тиж, значною мірою пов'язана зі збільшенням у дітей ризику розладів спектра аутизму, порушення уваги, гіперактивності та інтелектуальної недостатності (Lee V.K., 2019). Саме тому збагачення залізом, а особливо корекція анемії є надзвичайно важливою частиною прегравідарної підготовки.

Доповідач наголосила, що, враховуючи обтяжений анамнез пацієнтки, було вкрай важливо призначити залізо у максимально засвоюваній формі. Хеферол містить елементарне залізо у вигляді 350 мг заліза фумарату (двовалентне залізо) для перорального застосування. 30 мг заліза фумарату відповідає 10 мг елементарного заліза, що дозволяє забезпечити високу потребу організму у цьому мікронутрієнті.

Максимальна концентрація заліза фумарату досягається через 4 год після прийому. У здорових людей абсорбується приблизно 5-10% прийнятої внутрішньої дози, а за дефіциту заліза всмоктування збільшується до 80-95%. Залізо у вигляді феритину та гемосидерину створює депо заліза в організмі, що особливо важливо для вагітних жінок. Лікарська форма, а саме капсули, унеможливило контакт заліза зі слизовою оболонкою шлунка й забезпечує його рівномірне вивільнення та максимальне засвоєння у дванадцятипалій і порожній кишках. Швидкий пасаж заліза через шлунок перешкоджає розвитку побічних ефектів, зумовлених подразнюючою дією заліза на слизову шлунка.

При прийомі препаратів заліза також варто пам'ятати, що білки, які містять цистеїн, й аскорбінова кислота, прийнята всередину, стимулюють абсорбцію негемового заліза; натомість їжа, що містить фітінгову кислоту (соя, бобові, хлібні злаки) і поліфеноли (чай, кава, шоколад, червоне вино), ускладнює його всмоктування.

Після корекції анемії іншим важливим кроком у веденні пацієнтки було забезпечити профілактику ВВР, однією з важливих причин виникнення яких є мікронутрієнтна недостатність.

До факторів ризику мікронутрієнтної недостатності у жінок, які планують вагітність, відносяться:

- неадекватне за кількістю і якістю харчування;
- застосування деяких лікарських засобів;
- соматичні захворювання;
- надлишкова або недостатня маса тіла;
- молодий або старший репродуктивний вік;
- шкідливі звички;
- генетично зумовлені аномалії метаболізму вітамінів;
- вплив факторів навколишнього середовища.

Ще раз наголосивши на проблемі підліткових вагітностей, професор В.І. Пирогова зазначила, що молодий вік не випадково є фактором ризику мікронутрієнтної недостатності. Підлітки менше стежать за харчуванням, а незапланована вагітність зазвичай виключає прегравідарну підготовку. За даними окремих досліджень, поширеність фолатного дефіциту сягає 96%, саме тому важливо усім жінкам, які планують вагітність, та вагітним призначити фолієву кислоту.

З огляду на це пацієнтці було призначено комплекс мікронутрієнтів із активною формою фолієвої кислоти – метилфолатом, враховуючи поширення поліморфізму генів фолатного циклу.

Порушення МЦ – ще одна актуальна проблема сучасності. Часто ці порушення пов'язані з депресією та стресом, переживаннями за майбутнє дитини.

Існує багато досліджень, які підтверджують регулюючий вплив дидрогестерону на МЦ (Podzolkova N., 2016). Тому він був призначений пацієнтці для нормалізації тривалості МЦ. До того ж дидрогестерон володіє протизапальною та імуномодуючою дією і, порівняно із прогестероном, більш виражено зменшує синтез прозапальних цитокінів. Терапія дидрогестероном дозволяє усунути поліменорею, що особливо важливо при веденні пацієнток із анемією. Дидрогестерон не пригнічує синтез гонадотропних гормонів і сприяє відновленню власної фізіологічної регуляції МЦ.

Через 3 міс лікування у пацієнтки нормалізувався МЦ, підвищився рівень гемоглобіну та вітаміну D. Через 6 міс у жінки настала маткова вагітність. Їй було рекомендовано продовжити прийом комплексу мікронутрієнтів та холекальциферолу в дозі 2000 МО. Перебіг вагітності був сприятливим: під час першого та другого пренатального скринінгу патології виявлено не було. На 39-му тижні гестації відбулися нормальні пологи, народився хлопчик вагою 3650 г, зростом 53 см, за шкалою Апгар – 9 балів.

тератогенність вірусу, тобто здатність викликати ВВР, не доведена, тому немає підстав говорити про необхідність переривання вагітності, якщо жінка захворіла на COVID-19. Особам, які у тяжкій формі перенесли інфекцію COVID-19 і потребували госпіталізації для проведення підтримуючої терапії, рекомендований постійний антенатальний нагляд.

Пацієнтка отримала наступні рекомендації:

- дидрогестерон по 10 мг 2 рази на добу – через наявність ретрохоріальної гематоми матки;
- кардіомагніл 75 мг 1 раз/добу;
- холекальциферол 4000 МО 1 раз/добу;
- транексамова кислота 500 мг 3 рази/добу;
- ПреМама Дуо 1 таблетка (капсула)/добу;
- динамічний УЗД-контроль;
- контроль рівня ТТГ у II та III триместрах гестації.

Оскільки пацієнтка завагітніла на фоні COVID-19, важливим пунктом ведення вагітності є профілактика плацентарної недостатності й погіршення стану плода. З цією метою пацієнтці було призначено вітамінно-мінеральний комплекс ПреМама Дуо. Цей збалансований комплекс має унікальний склад і форму випуску: 30 таблеток, у складі яких 11 вітамінів та 10 мікроелементів, та 30 м'яких капсул, у складі яких омега-3-поліненасичені жирні кислоти (докозагексаєнова та ейкозопентаєнова кислоти). ПреМама Дуо є оптимальним для даної пацієнтки, яка має аутоімунний тиреоїдит, хоч і без порушення функції щитоподібної залози.

ПреМама Дуо забезпечує організм найбільш важливими елементами при цій патології. Селен сприяє правильному засвоєнню йоду й утворенню гормонів щитоподібної залози, захищає від оксидативного стресу. Хром регулює метаболізм макроелементів і підтримує нормальний рівень глюкози у крові. Молібден підтримує нормальний метаболізм сірковмісних амінокислот. Також до складу комплексу входять вітамін D, залізо, цинк та інші надзвичайно важливі під час вагітності нутрієнти. Зокрема, омега-3-поліненасичені жирні кислоти є важливим фактором, який забезпечує синхронність розвитку плаценти та плода й знижує вірогідність ускладнень вагітності.

Цитопротекторний ефект омега-3-поліненасичених жирних кислот (особливо докозагексаєнової кислоти) відіграє значну роль у захисті центральної нервової системи (ЦНС) плода і клітин сітківки ока (McNamara R.K., 2006). Омега-3-поліненасичені жирні кислоти активно акумулюються у ЦНС із 30-го тижня внутрішньоутробного розвитку до 3-го місяця життя новонародженого і чинять значний вплив на формування головного мозку та розумовий розвиток дитини (Di Nicolantonio J.J., 2020).

Отже, на прикладі двох клінічних випадків було показано, що комплексний підхід до ведення пацієнток навіть із обтяженим анамнезом дозволяє запобігти ускладненням вагітності й зберегти здоров'я матері та дитини.

## Клінічний випадок 2

**Пацієнтка А., 25 років.** Звернулася зі скаргами на порушення МЦ після перенесеного 3 міс тому COVID-19 середньої тяжкості. Планує вагітність. Після COVID-19 менструації відбуваються з інтервалом 35-40 днів, невеликі, помірні. Остання менструація була 54 дні тому.

**З анамнезу:** Менструації з 12 років, МЦ 28/4-5 днів. Артифіційний аборт у 16 років. Одружена. Статеве життя до заміжжя нерегулярне. Періодично використовувала пероральну екстрену контрацепцію.

Пацієнтка має запальні захворювання статевих органів, оперативні втручання заперечує.

На обстеження прийшла вперше. Спадковість не обтяжена. Після перенесеного COVID-19 отримує кардіомагніл 75 мг 1 раз на добу.

**Обстеження:** УЗД органів малого таза. Вагітність 6-7 тиж. Ретрохоріальна гематома матки. За результатами обстеження: наявність у пацієнтки синусової тахікардії, аутоімунного тиреоїдиту (АТПО – 232 Од), а також дефіциту вітаміну D.

**Діагноз:** Вагітність 6-7 тиж. «Німа» ретрохоріальна гематома. Обтяжений гінекологічний анамнез. Стан після перенесеного COVID-19. Аутоімунний тиреоїдит. Дефіцит вітаміну D.

Немає переконливих доказів того, що вірус SARS-CoV-2 підвищує частоту невиношування вагітності (мимовільні

аборти, вагітність, що не розвивається), однак частота передчасних пологів (у терміні 22-37 тиж гестації) зростає. На даний момент

# ПреМама<sup>дуо</sup>

Знає, що необхідно майбутній мамі!

30 таблеток,  
що містять

11 вітамінів

10 мікроелементів

30 м'яких капсул,  
що містять



ALKALOID  
Здоров'я понад усе  
www.alkaloid.com.ua



Відвідайте нас:  
pregmamaduо.ua



**Склад 1 таблетки:** кальцій – 200 мг; магній – 56,25 мг; залізо – 15 мг; цинк – 5 мг; марганець – 2 мг; мідь – 1 мг; йод – 150 мкг; селен – 60 мкг; молібден – 50 мкг; хром – 30 мкг; вітамін С – 85 мг; ніацин – 18 мг; вітамін Е – 15 мг; пантотенова кислота – 6 мг; вітамін В6 – 1,9 мг; тiamin – 1,4 мг; рибофлавін – 1,4 мг; фолиєва кислота – 400 мкг; біотин – 30 мкг; вітамін D – 10 мкг; вітамін B12 – 2,6 мкг. **Склад 1 капсули:** омега-3 поліненасичені жирні кислоти – 445 мг; докозагексаєнова кислота – 200 мг та ейкозопентаєнова кислота – 40 мг; вітамін Е – 3,3 мг. **Рекомендації щодо застосування:** застосовувати як дієтну добавку жінкам, які планують вагітність, вагітним жінкам та в період лактації з метою профілактики дефіциту вітамінів, мінералів та поліненасичених жирних кислот. Не слід використовувати як заміну повноцінного раціону харчування. Перед початком прийому рекомендована консультація лікаря. **Спосіб застосування та рекомендована добова доза:** приймати перорально по 1 таблетці та по 1 капсулі на добу після прийому їжі, запиваючи невеликою кількістю води, їркс та термін споживання візнаєє лікар індивідуально. Не перевищувати рекомендовану кількість для щоденного споживання. **Застереження при застосуванні:** підвищена чутливість до окремих компонентів продукту. При одночасному застосуванні будь-яких лікарських засобів рекомендована консультація лікаря. Не є лікарським засобом. **Форма випуску:** таблетки №30 та капсули №30 в блистерах, упаковані в картонну коробку.