

Пацієнтки старшого віку. Пізня вагітність і материнство

За матеріалами конференції

На науково-практичній конференції «Сучасні напрямки перинатальної та репродуктивної медицини: від теорії інноваційного пошуку до практики», що проходила 16-17 квітня, із доповіддю «Пацієнтки старшого віку. Пізня вагітність і материнство» виступила доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології Одеського національного медичного університету Ірина Анатоліївна Анчева. Висвітливши актуальну для сучасного акушерства тему, вона наголосила на важливості правильного і своєчасного планування вагітності, забезпечення оптимального нагляду за пацієнтками з урахуванням факторів ризику та допомоги кожній жінці в реалізації репродуктивних планів.
Ключові слова: оваріальний резерв, фактори ризику, пізня вагітність, прегравідарна підготовка, вітамінно-мінеральний комплекс.

За статистичними даними статеві-вікової структури населення України, на початку 2020 року чисельність жіночого населення переважала над чоловічим майже у всіх вікових групах. Загальна кількість жінок віком 15-54 років становила близько 10 млн. Проте число осіб жіночої статі віком 15-24 років складало 1 млн 740 тис., а у групі 25-54 років – близько 8 млн 346 тис.

З погляду сучасної медицини ідеальним для народження дитини вважається фізіологічний вік жінки від 22 до 27 років, а психологічний – від 27 до 33 років. Таким чином, вік є одним із факторів зниження репродуктивного потенціалу. За даними Американського товариства репродуктивної медицини (ASRM), ймовірність настання вагітності природним шляхом у кожному циклі до 30 років становить близько 25%, для жінок після 30 років цей шанс знижується до 20%, а ближче до 40 років можливість завагітніти складає всього 5% за цикл.

Останнім часом відзначається неухильний ріст середнього віку матері. Згідно з офіційними даними Центру медичної статистики МОЗ України, середній вік жінок у Європейському Союзі при народженні першої дитини поступово збільшувався з 2013 по 2020 рік від 28,8 до 30-31 року. На сьогодні державами з найвищим середнім віком матері є Італія (31,2

року), Іспанія (31,0), Люксембург (30,9), Ірландія (30,5) та Греція (30,4).

Причинами настання пізньої вагітності, поряд з економічними факторами, є збільшення тривалості життя та свідоме планування вагітності/вдосконалення методів контрацепції.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначила репродуктивний вік жінки до 49 років. При цьому «пізніми» вважаються перші пологи у жінок старше 35 років. На сьогодні 13% дітей народжуються у матерів віком старше 40 років. Дані Центру медичної статистики МОЗ України у 2016 році продемонстрували, що рівень народжуваності у жінок 30-34 років був вищим, ніж у жінок віком 25-29 років. Тут слід зазначити, що для вагітних більш пізнього віку характерна багатоплідність. Вік 35-39 – пік народження близнюків. Окрім того, дослідження, проведене у 2017 році, показало, що середній вік батька новонародженого у 2015 році становив 30,9 року порівняно з 27,4 року у 1972 році.

Вікове зниження репродуктивного потенціалу жінки неминує. Відомо, що оваріальний резерв є обмеженим і з роками все менше фолікулів ініціюються до росту в кожному менструальному циклі. Для прикладу, у віці 20-25 років щоденно росте 50 примордіальних фолікулів, у 34-35 років – 17 фолікулів, а у 44-45 років – не більше 3. Окрім того,

швидкість їх атрезії після 36 років зростає вдвічі, що, звісно, призводить до виснаження фолікулярного резерву. Слід віддати належне сучасній медицині, що дозволяє жінкам народжувати значно пізніше завдяки технології криоконсервації власних ооцитів.

Для кожного клініциста в контексті даної проблеми важливо запобігти можливим ускладненням вагітності, оскільки вік матері вважається сильним незалежним фактором ризику, що переконливо доводять сучасні дослідження. Згідно з їх даними, у жінок віком від 20 до 30 років ризик втрати вагітності у І триместрі складає 8-10%. У віці 35-40 років цей показник становить 17-25%, а у жінок віком 40-45 та старше втрата вагітності можлива у 33-51 і 57-75% випадків відповідно.

Вагітність у жінок старшого віку частіше протікає на фоні плацентарної дисфункції, передчасної або передчасного відшарування плаценти тощо. Варто підкреслити, що у групі жінок >40 років значно зростає ризик розвитку прееклампсії. Це підтверджено систематичними оглядами, які продемонстрували, що у цій групі матерів ризик прееклампсії у 1,5-2 рази більший порівняно з молодшими жінками. Також вагітність у пізньому віці часто пов'язана з гіпертонією (11,6%), викликаною гестацією, допологовою кровотечею (близько 10%). У таких пацієнток часто спостерігається порушення обміну речовин, дисфункція серцево-судинної, сечовидільної, травної систем. У 60% випадків екстрагенітальні захворювання мають хронічний перебіг. За статистичними даними, розвиток гестаційного діабету відзначається у 3 рази частіше у жінок старше 40 років, ніж у вагітних до 30 років.

Слід враховувати й те, що пізній вік матері пов'язаний зі збільшенням ризику мертвородження як у першонароджуючих, так і у повторнонароджуючих жінок. При цьому важливим фактором виступає старший вік батька, що зазвичай пов'язаний зі старшим віком матері, хоча йому і приділяють значно менше уваги. Згідно з висновками дослідження, вік батька від 40 до 45 років підвищує частоту мертвородження на 24%, а з віком ≥45 років даний показник зростає до 50%, незалежно від віку матері. Незважаючи на це вік жінки не пов'язаний із передчасним розривом плідних оболонок та перенесеною вагітністю. Дедалі частіше вагітність у старшому віці асоціюється з перинатальними ускладненнями, такими як дистрес плода у пологах, різноманітні хромосомні відхилення, передчасні пологи, низька вага при народженні, більш низька оцінка за шкалою Апгар.

У першонароджуючих жінок 35-40 років ймовірність розродження шляхом кесаревого розтину становить 40%, у жінок старше 40 років – 47%. Натомість лише 14% жінок молодше 30 років народжують шляхом оперативного втручання.

Дослідження Mihret-ab Mehari (2020) продемонструвало результати порівняльного аналізу результатів пологів у двох групах вагітних (n=752): віком >35 років із контрольною групою віком 20-34 роки (по 376 вагітних у кожній). Третина матерів (32,1%) старшого віку були розроджені шляхом кесаревого розтину, що перевищило даний показник у групі 20-34 років (19,4%).

На думку фахівців Американської колегії акушерів-гінекологів (ACOG) та Американської асоціації репродуктивної медицини (ASRM), метою консультування перед вагітністю є можливість зменшення ризику несприятливих наслідків для здоров'я жінки,

плода і новонародженого, а також усунення ризиків, що підлягають корекції задля здорового протікання вагітності в подальшому.

Зокрема, на етапі прегравідарної підготовки рекомендується:

- оцінка імунізації проти правця, дифтерії, коклюшу, кору, епідемічного паротиту, краснухи, гепатиту В, вітряної віспи; виявлення Ig G до вірусу COVID-19;

- скринінг генетичних захворювань, що рекомендований у вагітних;

- ультразвукове дослідження органів малого таза, молочних залоз або мамографія (на 5-11-й день менструального циклу) і консультація суміжних спеціалістів за необхідності;

- санація вогнищ інфекції;
- цитологічний скринінг (кольпоскопія);
- скринінг інфекцій, що передаються статевим шляхом;

- усунення факторів ризику, що піддаються корекції (відмова від шкідливих звичок, нормалізація індексу маси тіла, раціональне харчування, збалансоване по вітамінах і мінералах, оптимальне лікування до вагітності хронічних захворювань).

Акцент на проблемі тютюнопаління під час вагітності є дуже важливим, оскільки воно підвищує ризик передчасних пологів на 25-30%.

На етапі преконцепційної підготовки майбутній мамі необхідно приймати фолієву кислоту (400-800 мкг), залізо (не менше 60 мг), вітамін D (2000 МО/добу) (ACOG, 2019). Згідно з канадськими рекомендаціями, прегравідарна підготовка протягом 3 міс має забезпечуватися прийомом фолієвої кислоти та вітаміну В₁₂ із продовженням до 12-го тижня вагітності та обов'язковим прийомом протягом 4-6 тижнів після пологів.

Доказаною профілактикою прееклампсії є:

- застосування препаратів кальцію – 1 г/добу, що достовірно знижує частоту гіпертензії на 30%, прееклампсії – на 52%;

- використання низьких доз аспірину – 75 мг/добу з 12-го тижня вагітності, що супроводжується зниженням частоти прееклампсії на 13% (рівень доказовості А) (Національний інститут охорони здоров'я і досконалості медичної допомоги Великобританії, NICE).

Належну увагу слід приділяти омега-3-поліненасиченим жирним кислотам (ПНЖК), які, згідно з висновками досліджень, можуть знижувати частоту передчасних пологів, народження дітей із низькою вагою, а також є необхідним компонентом профілактики гестозу, тромбофілії, нормалізації розвитку нервової системи й зорового аналізатора у плода.

Уже на етапі планування та під час вагітності жінкам рекомендовано приймати вітамінно-мінеральні комплекси, що оптимально збалансовані за складом. Одним із них є ПреМама Дуо, унікальність складу якого вирізняє його з-поміж інших дієтичних добавок, представлених на фармацевтичному ринку: 30 таблеток, що містять 11 вітамінів та 10 мінералів, і 30 м'яких капсул із вмістом докозагексаєнової (ДГК) та ейкозапентаєнової кислот. Це важливий фактор для забезпечення нормального розвитку плаценти й плода, оскільки ДГК має властивість акумулюватися в очах, центральній нервовій системі, впливаючи тим самим на формування головного мозку майбутньої дитини. Проведений експеримент щодо дієтарної підтримки препаратами ДГК доказав покращення когнітивних функцій і моторно-зорової координації у дітей. У забезпеченні нормального функціонування імунної системи беруть участь цинк, мідь, залізо, що також входять до складу ПреМама Дуо. Це єдиний комплекс, який містить такі есенціальні елементи, як селен (сприяє правильному засвоєнню йоду, захищає від оксидативного стресу), хром (забезпечує метаболізм мікроелементів і підтримання нормального рівня глюкози), молібден та ін.

Таким чином, застосування ПреМама Дуо жінками на преконцепційному етапі та під час вагітності допоможе у профілактиці дефіциту вітамінів, мінералів і ПНЖК, що необхідні для підтримання здорової вагітності та розвитку дитини.

Підготувала **Наталія Доббенко**

ПреМама^{дуо}
Знає, що необхідно майбутній мамі!

30 таблеток, що містять
11 вітамінів
10 мікроелементів

30 м'яких капсул, що містять
ДГК

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

Відвідайте нас: pregmamaduo.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; вітамін В12 – 1,4 мкг; рибофлавін – 1,4 мкг; фолієва кислота – 400 мкг; біотин – 30 мкг; вітамін D – 10 мкг; вітамін B1 – 2,6 мг. **Склад 1 капсули:** омега-3 поліненасичені жирні кислоти – 445 мг; докозагексаєнової кислоти – 200 мг та ейкозапентаєнової кислоти – 40 мг; вітамін Е – 3,3 мг. **Рекомендації щодо застосування:** застосовувати як дієтичну 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: заливаючи невеликою кількістю води. Курс та термін споживання визначає 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.