

Прегравідарна підготовка: покращення прогнозу вагітності

За матеріалами конференції

Преконцепційне консультування дає можливість покращити прогноз, а також запобігти ускладненням вагітності. У рамках фахової школи «Академія сучасних поліпрофільних спеціалістів» відбулася конференція «Захист репродуктивного та соматичного здоров'я». У виступах провідних спеціалістів ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України» – Юлії Володимирівни Давидової та Аліси Юрївни Лиманської були висвітлені найважливіші аспекти прегравідарної підготовки та представлені обов'язкові профілактичні заходи у жінок із екстрагенітальною патологією.
Ключові слова: преконцепційна підготовка, екстрагенітальна патологія, фолієва кислота, бісгліцинат заліза, Фолівіт®, Фолактив®, Феррочель®.

На початку вагітності важливо спрогнозувати її перебіг та забезпечити належне ведення для її успішного завершення. Адже навіть у найздоровішої жінки ризик не виносити вагітність становить 20%. За умов наявності екстрагенітальної патології ризику несприятливого перебігу вагітності збільшуються, саме тому дуже важливо отримати контроль над активністю цих патологічних процесів до настання вагітності. Особливо це стосується артеріальної гіпертензії, автоімунних процесів, хронічних вогнищ інфекції, гіпо- та гіпертиреозу, залізодефіциту та анемії, а також порушення коагуляції. До факторів ризику несприятливого результату вагітності також слід віднести дефіцит фолієвої кислоти, материнський вік старше 35 років, обтяжений генетичний анамнез, безпліддя, анеуплоїдію плода, гестаційний діабет,

пreekламсію та мертвонародження в анамнезі.

Базова грамотність щодо стану здоров'я

Після прийняття у серпні 2020 року ініціативи «Здорові люди 2030» у США переглянуто формулювання грамотності щодо стану здоров'я. При цьому виокремлено два основних положення.

Грамотність щодо стану особистого здоров'я – це ступінь, у який люди здатні знаходити, розуміти, використовувати інформацію й послуги для обґрунтування рішень та дій, пов'язаних зі здоров'ям, для себе та інших.

Організаційна грамотність у галузі охорони здоров'я – це ступінь, у який організації надають можливість людям знаходити, розуміти, використовувати інформацію й послуги для прийняття

рішень та дій, пов'язаних зі здоров'ям, для себе та інших.

Автори доповіді наголосили, що преконцепційне консультування та прегравідарна підготовка, у тому числі у жінок із екстрагенітальною патологією, має розглядатися в обох цих напрямках.

Преконцепційне консультування дає можливість виявити фактори ризику, пов'язані зі станом здоров'я жінки, характером та ступенем тяжкості її екстрагенітальної патології, а також запропонувати їй такий алгоритм обстеження, профілактики та лікування, який гарантовано забезпечить подолання дефіцитів мікро- та макронутрієнтів до настання вагітності, зокрема при тих видах екстрагенітальної патології, терапія якої супроводжується заздалегідь відомими порушеннями обміну мінералів та вітамінів, наприклад: епілепсія, депресивні стани, хронічні запальні захворювання кишечника, серцева недостатність, хронічні захворювання нирок, системний червоний вовчак, бронхіальна астма, тромбоемболічні ускладнення в минулому. Дуже яскравим прикладом є жінки із системним червоним вовчаком, коли саме при преконцепційному консультуванні можливо виявити активацію автоімунного захворювання, а враховуючи фармакологічну дію препаратів, слід обов'язково проводити профілактику залізодефіциту препаратами заліза, а також забезпечити необхідну концентрацію фолієвої кислоти, обмін якої порушується при активації системного червоного вовчака та застосуванні певних препаратів для його лікування. На окрему увагу заслуговують і жінки з підвищеним артеріальним тиском (а кількість таких осіб невпинно зростає рік у рік), тому з метою профілактики в них прихованого залізодефіциту та порушень фолатного обміну необхідно запроваджувати переривчасті курси (3-4) заліза впродовж року, а також прийом фолатів на етапі прегравідарної підготовки. Профілактичні заходи до початку вагітності та на ранніх її термінах дозволяють підвищити вірогідність сприятливого перебігу й результату вагітності.

Фолати при екстрагенітальній патології

За рекомендаціями ВООЗ, прийом фолатів у добовій дозі 400-800 мкг є обов'язковим для всіх без винятку жінок, які планують вагітність, не менше ніж за 3 міс до настання вагітності й, як мінімум, протягом усього I триместру (до 12 тиж вагітності). Дефіцит фолатів викликає порушення ембріогенезу та формування вроджених вад розвитку, у т.ч. дефектів нервової трубки плода



Ю.В. Давидова



А.Ю. Лиманська

(ДНТ), що включають, окрім spina bifida, аненцефалію, грижі мозкових оболонок, спинного і головного мозку (менінгоцеле, менінгомієлоцеле, енцефалоцеле, енцефаломієлоцеле), нерідко несумісні із життям (Ami N., 2016).

Додатковий прийом фолатів у преконцепційному періоді дозволяє:

- скоротити частоту ДНТ на 70% (Lumley J., 2007);
- знизити ризик вроджених вад серця на 26-40% (Van Beynum I.M., 2010);
- достовірно зменшити ризик передчасних пологів, пreekламсії та передчасного відшарування плаценти (Williams P.J., 2011).

Високі дози фолатів необхідні при будь-якій патології, пов'язаній із запаленням та оксидативним стресом. Згідно з рекомендаціями Міжнародної федерації акушерів-гінекологів (FIGO), до групи високого ризику ДНТ належать жінки з мальабсорбцією внаслідок медичних або хірургічних причин, що призводить до зниження концентрації фолатів в еритроцитах (хвороба Крона, целиакія, баріатричні хірургічні втручання, діаліз і т.д.), жінки із цукровим діабетом 1-го або 2-го типу до вагітності, а також жінки з ожирінням (індекс маси тіла вище 30 кг/м²). Пацієнти із запальними захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ) піддаються ризику порушення всмоктування багатьох вітамінів і мінералів, зокрема фолатів. Y. Pan та співавт. (2017) показали, що концентрація фолієвої кислоти у сироватці крові у пацієнтів із запальними захворюваннями ШКТ є нижчою, ніж у здорових людей. Саме тому дуже важливою є біодоступність та засвоюваність фолієвої кислоти, що особливо стосується пацієнток із супутніми патологіями. За умов низької біодоступності фолатів навіть здорова жінка не отримує необхідної дози діючої речовини, не кажучи вже про жінок із супутніми захворюваннями. На щастя, фолати останнього покоління, порівняно з попередніми, мають майже стовідсоткову біодоступність.

Інші причини поганого засвоєння фолатів включають зловживання алкоголем, захворювання печінки та прийом протисудомних препаратів, метформіну, триамерену або барбітуратів.

Таким чином, жінкам із екстрагенітальною патологією важливо

SMART* - ПОПОВНЕННЯ ЗАПАСІВ ЗАЛІЗА**





Склад на 1 капсулу ФЕРРОЧЕЛЬ® ФОРТЕ

Бісгліцинат Fe - 150 мг
еквівалентно вмісту 30 мг чистого Fe

глюкозамінова сіль (6S)-5-МТГФ
еквівалентно 50 мкг фолієвої кислоти

Вітамін С - 60 мг
Вітамін В₁₂ - 1 мкг



Склад на 1 капсулу ФЕРРОЧЕЛЬ®

Бісгліцинат Fe - 75 мг
еквівалентно вмісту 15 мг чистого Fe

глюкозамінова сіль (6S)-5-МТГФ
еквівалентно 50 мкг фолієвої кислоти

Вітамін С - 60 мг
Вітамін В₁₂ - 1 мкг

Рекомендації щодо вживання: до раціону харчування як додаткове джерело мінералу Fe (залізо) та вітамінів С, В₁₂ та фолієвої кислоти* (у вигляді активної форми фолату) при різних залізодефіцитних станах:

- підвищена потреба в залізі (вагітність, лактація, період активного росту);
- при значних і тривалих крововтратах у жінок та у дівчат-підлітків під час менструального циклу;
- латентний дефіцит заліза в організмі, пов'язаний із надмірними хронічними втратами заліза: кровотечі (включаючи маткові), постійне донорство крові;
- сидеропенія і залізодефіцитні анемії різної етіології;
- хронічна постеморагічна анемія;
- неповноцінне та незбалансоване харчування, вегетаріанство;
- зниження опірності організму, похилий вік;
- хронічна ниркова недостатність, перитонеальний діаліз;
- хронічний гастрит із секреторною недостатністю;
- стан після резекції шлунка; виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки;
- стани після хіміотерапії.

Спосіб застосування та рекомендована добова норма: дітям з 12 років (при необхідності та рекомендації лікаря) та дорослим по 1 капсулі 1 раз на добу під час прийому їжі, запиваючи великою кількістю рідини (сік або звичайна вода). Термін вживання - 1 місяць, далі рекомендується додаткова консультація лікаря.

* <https://www.researchgate.net/publication/325449133>, Efficacy of ferrous bis-glycinate versus ferrous glycine sulfate in the treatment of iron deficiency anemia with pregnancy: a randomized double-blind clinical trial DO - 10.1080/14747058.2018.1462871 - The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetrics

** Зображення упаковок є схематичним і може відрізнятися від наявних в продажу.

*** Smart-смайт

Додати дитині. Не є лікарськими засобами. Для отримання більш детальної інформації про дитячі добавки дивіться інструкцію щодо застосування. Перед прийомом продукту проконсультуйтеся з лікарем. Зберігати у недоступному для дітей місці. Феррочель® ФОРТЕ: ТУ У 10.8 - 36628278 - 017 - 2019. Вісник ДСЄ МОЗ України № 12.2 - 18 - 2/19772 від 05.09.2019 р. Феррочель®: ТУ У 10.8 - 36628278 - 017 - 2019. Вісник ДСЄ МОЗ України № 12.2 - 18 - 2/19772 від 05.09.2019 р. Виробник: ТОВ «ТехноБіо», Україна, 61001, м. Харків, провулок Поштовий, буд. 7. На замовлення: ТОВ «Юніверс Фарм», Україна, 04080, м. Київ, вул. Набережно-Лугова, буд. 29, тел. +38 (044) 224-51-82. Адреса потужностей виробництва: Харківська обл., Харківський район, с. Вільхівка, вул. Студентська 13 «А». Тарифікація даних згідно з тарифами Вашого оператора.

компенсувати не лише втрати фолатів внаслідок вагітності, але і той дефіцит, що виникає через супутні захворювання. За даними досліджень R. Obeid (2017), вища доза фолієвої кислоти (800 мкг/добу) є більш доцільною, ніж 400 мкг/добу, у жінок із рівнем фолатів нижче середнього показника у популяції.

Компенсувати дефіцит фолатів в організмі й досягти їх мінімальної, «захисної» концентрації в еритроцитах 906 нмоль/л (слід брати до уваги, що рівень показника у сироватці крові не відображає дійсного фолатного статусу) можливо при застосуванні 800 мкг фолатів на добу протягом 4 тиж до зачаття, менші дозування виявилися неефективними в досягненні цієї мети (Brämwig S., 2009). Тому у рамках прегравідарної підготовки, особливо жінкам із екстрагенітальною патологією та високим ризиком фолатдефіциту, рекомендовано призначення 800 мкг фолатів у вигляді схеми: Фолівіт®, що містить активний фолат останнього покоління + йод, та Фолаktiv®, що додатково поповнює фолатний статус жінки за рахунок лише активного фолату останнього покоління.

Жінкам, у тому числі із запальними захворюваннями ШКТ, необхідно призначати препарати, що максимально ефективно всмоктуються й засвоюються, такі як Фолівіт®/Фолаktiv®, аби вагітна мала можливість отримати від них якнайшвидший ефект. Уже через годину після прийому Фолівіт®/Фолаktiv®, до складу якого входить глюкозамінова сіль 5-метилтетрагідрофолату, насичення організму фолатами відбувається у 3 рази швидше за синтетичну фолієву

кислоту та в повній дозі. Важливою перевагою цього препарату є те, що фолієва кислота надходить в активній формі одразу у клітину, що виключає ризик передозування фолатами, як це відбувається при призначенні фолієвої кислоти 2-го покоління. Фолівіт® містить фолати останнього покоління та йод, вкрай важливі для розвитку дитини, дозування яких відповідає вітчизняним і міжнародним рекомендаціям. Фолівіт® 2 містить додаткові мікроелементи, що покращують засвоєння фолієвої кислоти під час II-III триместру вагітності та лактації, враховуючи у цей період потребу в ній матері та дитини. Комбіноване застосування Фолівіту та Фолаktivу спрямоване на швидке та ефективне відновлення запасу фолатів, що особливо важливо у жінок із їх вираженим дефіцитом або зниженим засвоєнням.

Дефіцит заліза, у тому числі у вагітних із екстрагенітальною патологією

Дані 15 європейських країн (національні опитування та відповідні клінічні дослідження) показали, що у жінок репродуктивного віку концентрація феритину у сироватці крові становить у середньому 26-38 мкг/л, 40-55% таких осіб мають знижені або виснажені запаси заліза (феритин ≤ 30 мкг/л), а поширеність дефіциту заліза та залізодефіцитної анемії становить 10-32% та 25% відповідно (Milman N., 2017). Потреби у залізі при фізіологічній вагітності, пологів значно зростають. Фізіологічні метаболічні втрати заліза (0,8 мг \times 290 днів) складають 230 мг. Ще 450 мг необхідні на підвищення маси еритроцитів. Новонароджений вагою 3500 г потребує у середньому 270 мг заліза, плацента та пуповина – 90 мг, втрати заліза під час пологів становлять 200 мг.

Таким чином, загальні потреби вагітних у залізі складають 1240 мг. Звичайно, меностазія під час вагітності дозволяє зберегти небагато заліза, а саме 160 мг, а післяпологове зниження маси еритроцитів – 450 мг, однак ці фізіологічні механізми не компенсують реальних втрат заліза.

Під час вагітності, щоб задовільнити підвищену потребу в залізі, збільшується як його поглинання, так і мобілізація з депо. Цей механізм значною мірою залежить від гепсидину – гормону, що регулює обмін заліза. За умови фізіологічного перебігу вагітності концентрація гепсидину пригнічується у II-III триместрах, що сприяє збільшенню надходження заліза у кровообіг. Однак за дефіциту заліза в матері невідповідне підвищення рівня гепсидину може знизити доступність заліза для плода. Тому навіть незначний дефіцит заліза може бути небезпечним для матері та плода, так само як і залізодефіцитна анемія (Fisher A.L., 2017).

Індивідуальний підхід до корекції порушеного айрон-статусу передбачає дотацію заліза відповідно до концентрації феритину у сироватці крові, оскільки рівень феритину (мкг/л) вказує на приблизні запаси заліза, що мобілізуються організмом (77,5 мг):

- феритин $>70-80$ мкг/л (20-25% вагітних датських жінок) – запаси заліза в організмі становлять >500 мг, препарати заліза не показані;
- феритин $>100-150$ мкг/л – слід перевірити, чи немає запалення, хвороби нирок, захворювання печінки, спадкового гемохроматозу, раку;
- феритин від 30 до 70 мкг/л – запаси заліза становлять 200-500 мг, необхідна саплементация залізом (30-40 мг щодня);

- феритин <30 мкг/л – резерви заліза невеликі й вичерпуються у жінок із рівнем феритину <15 мкг/л.

Для іонних препаратів заліза притаманні побічні ефекти з боку ШКТ, найпоширенішим із яких є нудота, що може призвести до певних порушень режиму прийому препаратів заліза; при цьому може виникати ризик того, що вагітна не повідомить про припинення призначеної терапії (CMRO, 2019). Наслідки метаболічних порушень, які виникають при анемії, що адекватно не лікується, призводять до розвитку ускладнень з боку матері, плода та в дитини після народження й аж до прояву таких ускладнень у дорослому житті (Tolkien Z., 2015).

У дослідженні N. Milman та співавт. (2012) доведено, що найбільш оптимальним рішенням у жінок із залізодефіцитом є застосування хелатної форми заліза бісгліцинату, біодоступність якого є достатньо високою (90-98%). Крім того, його здатність не подразнювати слизову ШКТ запобігає ризику виникнення таких поширених небажаних явищ, властивих препаратам заліза, як нудота та закреп. На ринку України вже доступний для призначення у схемах усунення залізодефіциту бісгліцинат заліза у вигляді Феррочель® (містить 75 мг бісгліцинату заліза) та Феррочель® форте (150 мг бісгліцинату заліза).

Таким чином, дотація фолієвої кислоти та заліза є важливим елементом прегравідарної підготовки, тому з точки зору доказової медицини рекомендовано всім жінкам, у тому числі вагітним, особливо з екстрагенітальною патологією. Рациональне ведення преекстрагенітального періоду дозволяє покращити результати вагітності й мінімізувати акушерські та перинатальні ускладнення.

Підготувала Анастасія Романова

3

Health-ua.com
СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ МЕДИЧНИЙ ПОРТАЛ

Електронні версії усіх друкованих видань
Видавничого дому «Здоров'я України»
на одному сайті!

Наш сайт

Наша сторінка Facebook

TELEGRAM-КАНАЛ HEALTH-UA.COM

ПІДПИСУЙСЯ ДЛЯ НАС З КОЛЕГАМИ

Спеціалізований медичний портал Health-ua.com