

А.Ю. Ліманська, А.О. Тарнавська, Ю.В. Давидова Ентеросорбція як метод лікування хронічної хвороби нирок у вагітних

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

PERINATOLOGY AND PEDIATRIC. UKRAINE. 2018.4(76):38-43; doi 10.15574/PP.2018.76.38

Мета — дослідити ефективність лікування вагітних із хронічною хворобою нирок II–III ступеня, зумовленою гломерулонефритом.

Пацієнти та методи. У дослідженні взяли участь вагітні, які отримували лікування в терміні 16–28 тижнів гестації під час першої госпіталізації до відділення. Жінки із хронічною хворобою нирок розподілені на дві групи. До першої групи увійшли 11 вагітних, які отримували традиційну терапію (кортикостероїди, калій-зберігаючі сечогінні та цитостатики за необхідністю, гіпотензивні, антибіотики, препарати, що поліпшують ниркову мікроциркуляцію, тощо). До другої групи — 16 вагітних, які отримували традиційне лікування і терапію супроводу препаратом Атоксил, 1 флакон (10 г препарату у формі водної суспензії), протягом доби, у проміжках між вживанням їжі, розподіляючи рівномірно на 3 рази. Тривалість курсу сорбенту становила 14–16 днів.

Результати та висновки. Зростання числа осіб із захворюваннями нирок, що супроводжуються порушенням азотистого обміну, а також значні економічні витрати на лікування спонукають до пошуку додаткових доступних ефективних методів терапії. До таких методів належить ентеросорбція. Зменшення ендотоксичного навантаження на органи і системи в комплексі з етіопатогенетичною терапією дає змогу суттєво поліпшити стан вагітних, зменшити прояви інтоксикації та підвищити якість життя жінки. Отже, хронічна хвороба нирок у стадії азотемії є показанням для еферентної терапії у вигляді ентеральної детоксикації препаратом Атоксил (виробництва «Орісил-Фарм»). Неінвазивний характер детоксикації та доведена ефективність дають змогу рекомендувати Атоксил для лікування вагітних.

Ключові слова: вагітні, ентеросорбція, хронічна хвороба нирок, Атоксил.

Enterosorption as a Method of Chronic Kidney Disease Treatment in Pregnant Women

A.Yu. Limanskaya, A.O. Tarnavska, Yu.V. Davydova

State Institution «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after Academician O.M. Lukyanova, National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv

Aim: to investigate the efficacy of treatment for pregnant women with chronic II-III stage kidney disease due to glomerulonephritis.

Patients and methods. The study involved pregnant women who received treatment at 16-28 weeks of gestation during the first hospitalization to the unit. Women with chronic kidney disease were divided into two groups. The first group included 11 pregnant women who received traditional therapy (corticosteroids, potassium-retaining diuretics and cytostatics, if necessary, antihypertensives, antibiotics, drugs that improve renal microcirculation, etc.). The second group included 16 pregnant women who received traditional treatment along with maintenance therapy with the drug Atoxil, 1 vial (10 g of the formulation in the form of aqueous suspension) during the day in intervals between meals distributed evenly for 3 times. The duration of the sorbent course was 14-16 days.

Results and conclusions. The increase in the number of people with kidney disease accompanied by nitrogen metabolism disorders, as well as significant economic cost of treatment, leads to the search for additional available effective therapies. Among such methods is enteral enterosorption. Reducing endotoxin burden on organs and systems in combination with etiopathogenetic therapy can significantly improve condition of pregnant women, reduce manifestations of intoxication and improve the quality of life of women. Therefore, chronic kidney disease in the stage of azotemia is an indication for efferent therapy in the form of enteral enterosorption with the drug Atoxil (produced by Orisil-Pharm). Non-invasive nature of detoxification and proven efficacy make it possible to recommend Atoxil for the treatment of pregnant women.

Key words: pregnant, enterosorption, chronic kidney disease, Atoxil.

Энтеросорбция как метод лечения хронической болезни почек у беременных

А.Ю. Лиманская, А.А. Тарнавская, Ю.В. Давыдова

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев

Цель — исследовать эффективность лечения беременных с хронической болезнью почек II–III степени, обусловленной гломерулонефритом.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие беременные, получавшие лечение в сроке 16–28 недель гестации при первой госпитализации в отделение. Женщины с хронической болезнью почек разделены на две группы. В первую группу вошли 11 беременных, получавших традиционную терапию (кортикостероиды, калий-сохраняющие мочегонные и цитостатики при необходимости, гипотензивные, антибиотики, препараты, улучшающие почечную микроциркуляцию, и т.д.). Во вторую группу — 16 беременных, получавших традиционное лечение и терапию сопровождения препаратом Атоксил, 1 флакон (10 г препарата в форме водной суспензии), в течение суток, в промежутках между едой, распределяя равномерно на 3 раза. Продолжительность курса сорбента составляла 14–16 суток.

Результаты и выводы. Увеличение числа беременных с хронической болезнью почек в стадии уремии, а также значительные экономические расходы на лечение таких пациентов побуждают к поиску дополнительных методов лечения. К таким методам лечения относится энтеросорбция. Снижение эндотоксичной нагрузки на органы и системы в комплексе с этиопатогенетической терапией позволяет существенно улучшить состояние беременных, уменьшить проявления интоксикации и повысить качество жизни женщины. Хроническая болезнь почек в стадии азотемии является показанием для эферентной терапии в виде энтеральной детоксикации препаратом Атоксил (производства «Орисил-Фарм»). Неинвазивный характер детоксикации и доказанная эффективность позволяют рекомендовать Атоксил для лечения беременных.

Ключевые слова: беременные, энтеросорбция, хроническая болезнь почек, Атоксил.

Хронічна хвороба нирок (ХХН) посідає одне з провідних місць у світі серед хронічних неінфекційних хвороб як за поширеністю, так і за витратами на лікування. Порівняльний аналіз з іншими причинами смертності показує, що від ХХН останнім часом помирає більше людей, ніж від убивств, вроджених аномалій, недостатності харчування

і самогубств [8]. У цілому близько 5 % дорослого населення у світі на сьогодні страждають ХХН у стадії зниження функції нирок [5].

Прогресування ХХН призводить до термінальної стадії захворювання, що потребує безперервного проведення замісної терапії — діалізу або трансплантації нирки. Термінальна стадія ХХН характеризується різким знижен-

ням якості життя пацієнтів, спричиняє інвалідизацію і втрату працездатності, а також призводить до необхідності застосування вартісних методів програмного гемодіалізу та перитонеального діалізу. Відомо, що витрати на замісну ниркову терапію становлять істотну частину (>2 %) національних бюджетів охорони здоров'я розвинених країн. Пролонгування якомога довше ранніх стадій перебігу ХХН і уповільнення прогресування захворювання на пізніх стадіях дає змогу істотно поліпшити показники захворюваності, знизити рівень втрати працездатного населення і смертності при ХХН, а також сприяє істотному економічному ефекту для системи охорони здоров'я [7, 9].

Слід зазначити, що ХХН може мати латентний перебіг до стадії, коли функція нирок значно погіршується: швидкість клубочкової фільтрації не знизиться до <25 % від нормальної, і >50 % функції нирок може бути втрачено при підвищенні креатиніну сироватки >120 мкмоль/л. Жінки, у яких рівень креатиніну в сироватці >124 мкмоль/л, мають підвищений ризик несприятливого результату вагітності та прискороного зниження функції нирок (табл. 1 та 2) [12].

За даними таблиці 1, виявлено значний вплив прегестаційного порушення функції нирок на перебіг вагітності й стан плода.

Таблиця 1

Вплив функції нирок до вагітності на результати вагітності (%)

Вплив на результат вагітності	Середній рівень креатиніну до вагітності (мкмоль/л)			
	<125	125–180	>180	на діалізу
Затримка внутрішньоутробного розвитку плода	25	40	65	>90
Передчасні пологи	30	60	>90	>90
Преєклампсія	22	40	60	75
Загибель дітей у перинатальному періоді	1	5	10	50

Таблиця 2

Вплив прегестаційного порушення функції нирок на втрату >25 % функції нирок у перинатальному періоді (%)

Вплив на результат вагітності	Середній рівень креатиніну до вагітності (мкмоль/л)			
	<125	125–180	>180	на діалізу
Під час гестації	2	40	70	Не визначався
У післяпологовому періоді	0	20	50	Не визначався
Кінцева стадія ниркової недостатності через 1 рік після пологів	0	2	35	Не визначався

За даними таблиці 2, чим гірший прегестаційний стан функції нирок, тим негативніший вплив на функціонування нирок у перинатальному періоді.

Вагітні з ХХН — це особливий контингент пацієнтів, які потребують особливої уваги лікарів з огляду на взаємне потенціювання обох станів, що, у кінцевому підсумку, виявляється розвитком акушерських ускладнень і посиленням тяжкості ниркової недостатності.

Значну роль у розвитку ниркової патології під час вагітності відіграють структурно-функціональні зміни в сечовій системі в період гестації: ослаблення зв'язкового апарату нирок, що спричиняє патологічну рухливість нирок; збільшення частоти міхурово-сечовідного рефлюксу; механічне здавлення сечових шляхів маткою (II–III триместр); зсув сечового міхура вперед і вгору над збільшеними сечоводами; підвищення рН сечі; глюкозурія, урикозурія; зменшення місцевих захисних властивостей слизової оболонки піхви, уретри; ослаблення сфінктера уретри (особливо наприкінці вагітності). Під час вагітності спостерігається гіпотонія та розширення мискової системи і сечоводів, що суттєво погіршує уродинаміку (ємність мисок разом із сечоводами замість 3–4 мл до вагітності досягає в другій її половині 20–40, а іноді — 70 мл). Зниження тонуусу і амплітуди скорочень сечоводу починається після 12 тижня вагітності і досягає максимуму до 36 тижня [6].

Перебіг вагітності в жінок із захворюваннями нирок, навіть при збереженій їх функції (ХХН I стадії), супроводжується підвищеною порівняно з показником у загальній популяції частотою акушерських і перинатальних ускладнень, у тому числі передчасних пологів. Часто ці ускладнення призводять до збільшення числа випадків розродження шляхом кесаревого розтину і потреби новонароджених в інтенсивній терапії [11]. З погіршенням функції нирок зростає частота цих ускладнень, тобто стадія ХХН поряд з артеріальною гіпертонією і протеїнурією >1 г/добу є фактором ризику несприятливого наслідку для матері та новонародженого [2, 3, 10].

За узагальненими даними 1985–2007 рр., у жінок із рівнем креатиніну в сироватці 125–180 мкмоль/л перинатальна смертність дорівнювала 5 %, частота стійкої втрати ниркової функції реєструвалася в післяпологовому періоді більш ніж на 25 % від початкової, а розвиток термінальної стадії ХХН через 1 рік

після пологів спостерігався відповідно у 20 % і 2 %. При рівні креатиніну понад 180 мкмоль/л ці показники досягали 10 %, 50 % і 35 % відповідно [4, 12].

Відомо, що чим вищий рівень креатиніну, тим більша ймовірність розвитку прееклампсії — тяжкого ускладнення вагітності. Так, при рівні креатиніну до вагітності <125 мкмоль/л прееклампсія розвивалася у 20 % вагітних, при рівні 125–180 мкмоль/л — у 40 %, при рівні >180 мкмоль/л — у 60 %, а в пацієток на гемодіалізі вона спостерігалася в 75 % випадків [4, 9, 12].

Традиційне лікування ХНН, обумовленої в тому числі гломерулонефритом, передбачає призначення кортикостероїдів, цитостатиків, імуносупресантів тощо. Також на сьогодні актуальним є включення ентеросорбентів до комплексної терапії ХНН, враховуючи суттєву роль ендотоксикозу уремічними токсинами при цій патології.

Ендотоксикоз — складний патологічний комплекс, до складу якого входять глибокі порушення гомеостазу, метаболічні, імунологічні та гемостазіологічні порушення. До симптомів основного захворювання приєднуються ознаки порушення з боку різних органів і систем. У результаті переважання процесів катаболізму при обміні речовин утворюється значна кількість проміжних і кінцевих токсичних продуктів, що обумовлюють декомпенсацію гуморальних регуляторних речовин. Як наслідок, накопичуються в токсичних концентраціях протеолітичні, ліполітичні ферменти, кініни та інші вазоактивні пептиди, анафілатоксин, медіатори запалення, мікробні екзо- та ендотоксини [1].

Частково уремічні метаболіти з крові виділяються в кишечник. Однак під час проходження через шлунково-кишковий тракт вони реадсорбуються в кров через ворітну вену. Тому ентеросорбенти в кишечнику здатні впливати на багато ланок патофізіологічного процесу трансформації уремічних токсинів у кишечнику. Аміак (який з'явився із сечовини під впливом уреазі і утворився як кінцевий продукт травлення) частково поглинається на поверхні сорбенту, з яким виводиться з організму. Сорбенти активно пов'язують креатинін, який виводиться з крові в кишковий сік, перериваючи певною мірою його реабсорбцію в кров. Сорбенти при зв'язуванні компонентів кишкового вмісту частково виконують функцію органів детоксикації (зокрема, нирок) і екскреції, що впливає на їх функціональну активність.

Ентеросорбція чинить імуномодулюючий ефект унаслідок механічного видалення з кровоносного русла антигенів, факторів гуморального імунітету (аутоантитіла, компоненти системи комплементу, лізоцим), активації моноцитарно-макрофагальної системи при контакті зі сторонніми поверхнями, активації імунокомпетентних клітин. Також ентеросорбція поліпшує реологічні властивості крові за рахунок зниження в'язкості плазми в результаті видалення фібриногену, глобулінів, парапротеїнів, підвищення пластичності і зниження агрегаційної властивості еритроцитів, корекції кислотно-лужного стану, виведення вазоактивних речовин та виникнення вазодилатації [1].

Зростання числа осіб із захворюваннями нирок, що супроводжуються порушенням азотистого обміну, а також значні економічні витрати на традиційне лікування та діаліз, призвели до необхідності посилити традиційну терапію ХНН за допомогою ентеросорбентів.

Сучасним ентеросорбентом IV покоління на основі високодисперсного діоксиду кремнію є препарат Атоксіл (Орісіл-Фарм), що має максимальну поглинаючу ємність — 400 м²/г діючої речовини, не руйнується в шлунково-кишковому тракті і здатний зв'язувати екзо- і ендогенні речовини, що входять до складу хімусу і виділяються в порожнину шлунково-кишкового тракту через його стінки шляхом адсорбції, іонообміну або комплексоутворення.

Додатковою перевагою препарату Атоксіл є вибірковість сорбції саме по відношенню до патологічних продуктів білкового обміну, токсичних продуктів, середніх молекул і продуктів незавершеного метаболізму. Завдяки унікальному механізму дії, що обумовлений електрохімічною взаємодією часточок, він не сорбує корисні речовини (амінокислоти, вітаміни, мінерали), що є вкрай важливим під час вагітності та у післяпологовий період.

Мета дослідження — дослідити ефективність лікування вагітних із хронічною хворобою нирок II–III ступеня, зумовленою гломерулонефритом.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні взяли участь вагітні, які отримували лікування в терміні 16–28 тижнів гестації під час першої госпіталізації до відділення. Жінки із ХНН розподілені на дві групи. До першої групи увійшли 11 вагітних, які отримували традиційну терапію (кортикостероїди, калій-зберігаючі сечогінні та цитостати-

Таблиця 3

Динаміка поліпшення стану вагітних із хронічною хворобою нирок за об'єктивними та суб'єктивними показниками залежно від лікування

Скарга/ симптом	До лікування (n=27), абс./%	Після лікування	
		1-ша група (n=11), абс./%	2-га група (n=16), абс./%
Слабкість	27 (100)	6 (54,5)	4 (25)*
Швидка стомлюваність	23 (85,1)	4 (36,3)	3 (18,7)*
Емоційна нестабільність, уповільнення емоцій	18 (66,6)	4 (36,3)	2 (12,5)*
Головний біль	20 (74,1)	3 (27,7)	2 (12,5)*
Гіпертензія	19 (73,3)	2 (18,1)	3 (18,7)
Тахікардія	27 (100)	4 (36,3)	3 (18,7)*
Диспепсія	16 (59,2)	3 (27,7)	2 (12,5)*
Зниження апетиту	13 (48,1)	4 (36,3)	3 (18,7)*
Дизурія	15 (55,5)	2 (18,1)	2 (12,5)
Біль у поперековій ділянці	18 (66,6)	2 (18,1)	3 (18,7)
Зменшення показника креа- тиніну на 25 % від висхідного після лікування		2 (18,1)	2 (12,5)

Примітка: * — достовірність різниці порівняно між групами (p<0,05).

ки за необхідності, гіпотензивні, антибіотики, препарати, що поліпшують ниркову мікроциркуляцію тощо). До другої групи — 16 вагітних, які отримували традиційне лікування та терапію супроводу препаратом Атоксіл, 1 флакон (10 г препарату у формі водної суспензії), протягом доби, у проміжках між вживанням їжі, розподіляючи рівномірно на 3 рази. Тривалість курсу сорбенту становила 14–16 діб.

Дослідження виконано згідно з принципами Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано поінформовану згоду вагітних жінок.

Результати дослідження та їх обговорення

Оцінено ефективність використання препарату Атоксіл (Орісіл-Фарм) у комплексній терапії вагітних із ХХН, зокрема з гломерулонефритом. Вагітні обох груп мали схожу клінічну картину. Функціональна здатність нирок у хворих обох груп до лікування характеризувалася схожими змінами — відзначалися підвищення рівня сечовини і креатиніну в сироватці крові, зниження показника швидкості клубочкової фільтрації, що характерно для ХХН II–III ст. Враховуючи, що

всі вагітні отримували препарати відповідно до сучасних протоколів щодо лікування гломерулонефриту у стадії порушення функції нирок, доцільним стало вивчення суб'єктивних і деяких об'єктивних показників, що характеризують інтенсивність проявів інтоксикаційного синдрому в групі жінок, які отримували додатково ентеросорбент (табл. 3).

Підвищення концентрації продуктів азотистого обміну в організмі пов'язано з формуванням синдрому поліорганної недостатності, при якому системи детоксикації та регуляції гомеостазу піддаються токсичному ушкодженню. Ендотоксикоз є основним механізмом, що підтримує метаболічні порушення, і, своєю чергою, спричиняє додаткове ураження нирок. Ендотоксикоз обумовлює достовірне погіршення психічного стану хворих із хронічною нирковою недостатністю. Тому ми порівняли наявність симптомів як прояв уремичної інтоксикації (слабкість, головний біль, тахікардія, диспепсія, емоційна нестабільність, анорексія тощо) у групах вагітних залежно від включення ентеросорбенту до схеми лікування.

За даними таблиці 3, у групі вагітних, які отримували комплексне лікування із включенням ентеросорбенту, спостерігалась швидка динаміка зниження проявів ендогенної інтоксикації та достовірне зменшення кількості жінок, які скаржилися на слабкість, уповільнення емоційних реакцій, головний біль, диспепсію, тахікардію, зниження апетиту. Суттєве зменшення кількості вагітних із гіпертензією, дізурією, болем у поперековій ділянці та послаблення креатинемії в обох групах вагітних свідчать про ефективну базову терапію основного захворювання. Поліпшення стану жінок другої групи за рахунок суттєвого зменшення проявів інтоксикації обумовлює підвищення якості життя таких жінок.

Висновки

Зростання числа осіб із захворюваннями нирок, що супроводжуються порушенням азотистого обміну, а також значні економічні витрати на лікування спонукають до пошуку додаткових доступних ефективних методів терапії. До таких методів належить ентеросорбція. Зменшення ендотоксичного навантаження на органи і системи в комплексі з етіопатогенетичною терапією дає змогу суттєво поліпшити стан вагітних, зменшити прояви інтоксикації і, таким чином, підвищи-

ти якості життя таких жінок. Отже, ХХН у стадії азотемії є показанням для проведення еферентної терапії у вигляді ентеральної детоксикації препаратом Атоксіл (Орісіл-

Фарм). Неінвазивний характер детоксикації та доведена ефективність дозволяють використовувати Атоксіл для лікування вагітних.

ЛІТЕРАТУРА

1. Подобед ВМ. (2013). Применение энтеросорбции при заболеваниях почек, эффективность Энтеросгеля. Медицинские новости. 12: 65—69.
2. Ahmad A, Samuelsen S. (2012). Hypertensive disorders in pregnancy and fetal death at different gestational lengths: a population study of 2 121 371 pregnancies. BJOG. 119; 12: 1521—1528.
3. Bakker R, Steegers EA, Hofman A et al. (2011). Blood pressure in different gestational trimesters, fetal growth, and the risk of adverse birth outcomes: the generation R study. Am. J. Epidemiol. 174; 7: 797—806.
4. Davison JM, Lindheimer MD. (1984). Chronic renal disease. Clin. Obstet. Gynecol. 27; 4: 891—901.
5. Ene-Iordache B, Perico N, Bikbov B, Carminati S et al. (2016). Chronic kidney disease and cardiovascular risk in six regions of the world (ISN-KDDC): a cross-sectional study. Lancet Glob. Health. 4; 5: e307-e119.
6. Epstein FH. (2009). Pregnancy and renal disease. N Engl J Med. 8; 335: 277—278.
7. Levey A, Coresh J. (2011). Chronic kidney disease. Lancet. 14; 379: 165—168.
8. Naghavi M, Wang H, Lozano R et al. (2015). GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990—2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 385; 9963: 117—171.
9. Otero A, de Francisco A, Gayoso P, Garcia F, on behalf of the EPIRCE Study Group. (2010). Prevalence of chronic renal disease in Spain: results of the EPIRCE study. Nefrologia. 30 (1): 78—86.
10. Piccoli GB, Attini R, Vasario E et al. (2010). Pregnancy and chronic kidney disease: a challenge in all CKD stages. Clin. J. Am. Soc. Nephrol. 5; 5: 844—855.
11. Piccoli GB, Fassio F, Attini R et al. (2012). Pregnancy in CKD: whom should we follow and why? Nephrol. Dial. Transplant. 27; 3: 111—118.
12. Williams D, Davison J. (2008). Chronic kidney disease in pregnancy. BMJ. 336; 7637: 211—215.

Сведения об авторах:

Лиманская Алиса Юрьевна — вед.н.с. отделения акушерских проблем экстрагенитальной патологии ГУ «ИПАГ имени акад. Лукьяновой Е.М. НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8.

Тарнавская А.О. — ГУ «ИПАГ имени акад. Лукьяновой Е.М. НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8.

Давыдова Юлия Владимировна — д.мед.н., магистр государственного управления, зав. акушерским отделением экстрагенитальной патологии беременных и постнатальной реабилитации ГУ «ИПАГ имени акад. Лукьяновой Е.М. НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 484-18-71.

Статья поступила в редакцию 11.09.2018 г.; принята в печать 03.12.2018 г.

НОВОСТИ

ACOG: У період між вагітностями здоров'я жінки має бути максимально поліпшене ACOG: Interpregnancy period should maximize women's health

Dec 27, 2018

Постачальники медичних послуг повинні поліпшувати здоров'я жінки протягом інтерконцепційного періоду, продовжуючи догляд після раннього післяпологового періоду, згідно з консенсусною доповіддю, опублікованою в Інтернеті 20 грудня (Американський журнал акушерства та гінекології).

Judette Marie Louis, M.D., M.P.H. (Університет Південної Флориди) та колеги звертаються до інтерконцепційного догляду, який має на меті максимізувати жіноче самопочуття в період між вагітностями, під час наступних вагітностей та протягом життя в цілому.

Автори зазначають, що всі жінки репродуктивного віку, які були вагітними, повинні отримувати допомогу як континуум від післяпологового догляду, незалежно від результату вагітності (викидень, аборт, передчасні пологи тощо). Компоненти післяпологового догляду (планування репродуктивного життя, скринінг депресії, вакцинація, лікування діабету або гіпертонії, за необхідності) і відомості про подальше здоров'я мають бути включені до інтерконцепційної допомоги. Інтерконцепційний підхід дасть змогу оптимізувати здоров'я жінок із хронічними захворюваннями перед наступною вагітністю, а також поліпшити подальше здоров'я тих, які не будуть вагітними.

«Ми розглядаємо вагітність як вікно для майбутнього здоров'я жінки, — зазначив Луї. — Інтерконцепційний період дасть змогу медичним працівникам профілакувати ускладнення вагітності в жінок, оцінити психічне та фізичне благополуччя жінок, а також оптимізувати їхнє здоров'я протягом усього життя».

Підготував к.мед.н. Огородник А.А.