

Пероральна регідратація в акушерстві, гінекології та внутрішній медицині

Адекватна гідратація є фундаментальним аспектом підтримання здоров'я жінки протягом усього життя, особливо під час вагітності. Дегідратація, яка може розвиватися внаслідок різноманітних причин, таких як блювання, діарея, підвищена пітливість, гарячка, поліурія тощо, здатна спричинити серйозні ускладнення як у матері, асоціюючись із підвищеним ризиком прееклампсії, передчасних пологів, так і у плода, призводячи до затримки його росту, порушень неврологічного розвитку та інших несприятливих наслідків.

У рамках онлайн-вебінару «Пероральна регідратація як медичний супровід у клініці акушерства, гінекології та внутрішньої медицини» провідні експерти – Юлія Володимирівна Давидова, доктор медичних наук, професор, завідувач відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології та етичних проблем у медицині ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», та Аліса Юріївна Лиманська, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології та етичних проблем у медицині ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», лікар-терапевт, кардіолог – представили сучасні стратегії ведення вагітних із дегідратацією.

Ключові слова: вагітність, водно-електролітний баланс, дегідратація, токсикоз, гіперемезис вагітних, гастроентерит, внутрішньопечінковий холестаз вагітних, олігогідрамніон, пероральна регідратація, Рео.



Професор Ю.В. Давидова у своїй доповіді «Пероральна гідратація та регідратація в акушерстві і гінекології» висвітлила важливі аспекти підтримання адекватного водно-електролітного балансу в жінок, особливо під час вагітності.

Добова норма споживання рідини для дорослої жінки становить до 2 л, враховуючи період неспання та відпочинку. Основними маркерами адекватності гідратації є діурез і питома вага сечі, на які необхідно звертати увагу при оцінці водно-електролітного балансу.

Вода становить близько 72% організму людини і надходить із напоїв, твердої їжі та метаболічної води, сумарно до 2500 мл на добу. Втрата рідини відбувається в результаті діурезу, перспірації через шкіру та легені, що становить не менше 1 л прихованих втрат. При підвищенні температури тіла на 1 °С від 37 °С втрати рідини зростають на 500 мл на добу.

Гіпервентиляція також призводить до додаткових втрат рідини – на кожні 20 дихальних рухів вище норми втрати становлять 15 мл/кг на добу. Часте блювання та парез кишечника призводять до додаткових патологічних втрат рідини в об'ємі 20 мл/кг/добу (Лисенко С.П., 2004).

Окрім втрати води при дегідратації організм втрачає електроліти, передусім натрій. Залежно від співвідношення втрат рідини та натрію виділяють три форми дегідратації: ізотонічна (втрата рідини дорівнює втраті натрію), гіпертонічна (втрата рідини більша за втрату натрію) та гіпотонічна (втрата рідини менша за втрату натрію). Причини різних форм дегідратації наведені в табл. 1.

Клінічними проявами дегідратації є спрага, сухість у роті, втома, сонливість, зменшення кількості та об'єму сечовипускань, темний колір сечі, головний біль, сухість шкіри, запаморочення.

! Для профілактики дегідратації під час вагітності рекомендовано вживати по 1 склянці (150-180 мл) води щогодини протягом періоду неспання, 4 порції з яких можуть бути у формі води для спеціальних медичних цілей Рео.

Дегідратація в акушерстві та гінекології

Ранній токсикоз є найчастішою причиною дегідратації в акушерстві. Близько 90% вагітних відчувають нудоту, у 35% жінок симптоми мають клінічне значення та фізичні наслідки, а у 5% осіб розвивається тяжка форма – hyperemesis gravidarum (гіперемезис вагітних, ГВ).

Антропологічна теорія пояснює ранній токсикоз як захисний механізм для уникнення вживання несвіжої їжі, особливо м'яса, у давні часи. На молекулярному рівні ключову роль відіграє фактор диференціації росту 15 (GDF-15), який експресується в децидуальних стромальних клітинах і плаценті, викликаючи нудоту, блювання та відразу до певних харчових продуктів.

Термін «ранкова нудота» є хибним, оскільки у багатьох вагітних симптоми зберігаються протягом усього дня з різним ступенем тяжкості – від періодичної нудоти до виснажливого блювання. Зазвичай симптоми починаються на 6-8-му тижні вагітності, досягають піку на 9-му тижні та припиняються близько 12-го тижня. Проте у деяких жінок симптоми токсикозу виникають після 20-го тижня вагітності.

До групи ризику розвитку тяжкого раннього токсикозу (ГВ) відносять жінок із більшою масою плаценти (багатоплідна вагітність), жінок, які відчувають нудоту та блювання поза вагітністю через вживання препаратів (наприклад, комбінованих оральних контрацептивів), тих, які схильні до нудоти під час руху (автоподорожі, гойдалки, атракціони) та страждають на мігрень і мають обтяжений сімейний анамнез щодо ГВ (Jennings L.K., 2023).

Патофізіологічні аспекти токсикозу

Патофізіологія раннього токсикозу пов'язана із впливом естрогенів та хоріонічного гонадотропіну людини. Рівень останнього досягає максимуму в I триместрі, що відповідає типовому початку ГВ. Рівень естрогенів на початку вагітності підвищується, потім різко зростає і знижується, відображаючи типовий перебіг нудоти та блювання під час вагітності. Підвищення рівня естрогенів корелює зі збільшенням частоти блювання. Під час вагітності нижній сфінктер стравоходу розслабляється внаслідок підвищення рівня естрогенів і прогестерону, викликаючи гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу, що зокрема проявляється нудотою.



ReO

ВОДА ДЛЯ СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЦІЛЕЙ

РЕГІДРАТАЦІЯ
ДЕЗІНТОКСИКАЦІЯ



Mg
МАГНІЙ
до 80 мг/л

K
КАЛІЙ
до 220 мг/л

Cl
ХЛОР
до 2000 мг/л

Na
НАТРІЙ
до 1300 мг/л

Ca
КАЛЬЦІЙ
до 80 мг/л

NaHCO₃
ГІДРОКАРБОНАТ
200-400 мг/л

СОРБІТОЛ
КАЛЬЦІЙ до 90 мг/л

нормалізує діурез, знижує слабкість та інтоксикацію^{1,2}

має збалансований склад, тому допомагає відновити водно-сольовий баланс^{1,2}

має приємний смак і легко пити навіть при нудоті^{1,2}

не містить консервантів, барвників, тому безпечна для вагітних^{1,2}

Харчовий продукт для спеціальних медичних цілей. Склад: вода домінералізована (калій хлористий, натрій хлористий, кальцій хлористий, магній хлористий, натрія гідрокарбонат), вуглекислота, сорбітол. ТУ У 10.8 - 30109129-027:2016

Література: 1. Технічні умови на харчовий продукт для спеціальних медичних цілей Рео. 2. Як впоратися з неприємними симптомами токсикозу? - Щотижневик Аптека - 17 Травня 2021 - № 18/19 (1289/1290)

ЮРІЯ-ФАРМ WWW.REO.WORLD

Таблиця 1. Причини основних форм дегідратації

| Ізотонічна дегідратація | Гіпертонічна дегідратація | Гіпотонічна дегідратація |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Блювання • Діарея • Пітливість • Опіки • Хвороби нирок • Гіперглікемія • Гіпоальдостеронізм | <ul style="list-style-type: none"> • Гарячка • Часте дихання • Нецукровий діабет | <ul style="list-style-type: none"> • Вживання діуретиків |

Генетична складова відіграє важливу роль у розвитку ГВ. Два гени, які кодують GDF-15 і білок, що зв'язує інсуліноподібний фактор росту (IGFBP7), потенційно асоційовані з розвитком цього стану. Тому при зборі сімейного анамнезу можна виявити жінок із підвищеним ризиком важкого токсикозу.

Для оцінки ступеня тяжкості розвитку нудоти та блювання під час вагітності використовують шкалу PUQE-24 (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea), яка враховує тривалість нудоти в годинах, кількість епізодів блювання та ступінь її нестримності за останні 24 год (Nada A., 2021). Сума балів від 4 до 6 відповідає легкому токсикозу, від 7 до 12 – помірному, а ≥ 13 – тяжкому. При легкому ступені рекомендовані вживання імбиру, гідратація, у тому числі водами для спеціальних медичних цілей, відновлення електролітів, акупресура, модифікація способу життя та дієти, відпочинок. Тяжкий ступінь потребує госпіталізації, парентерального харчування, внутрішньовенного введення розчинів.

Важливим показником при оцінці ступеня дегідратації є кількість кетонів у сечі, що відображає розвиток кетоацидозу внаслідок порушення метаболізму вуглеводів і жирів, виснаження запасів глікогену та неадекватного окислення жирів. При незначній дегідратації спочатку рекомендовано спробувати оральну регідратацію (3–4 л рідини на добу) та протиблювотні засоби. При помірному ступені дегідратації терапевтичний підхід включає оральну регідратацію та застосування протиблювотних засобів. Пацієнтки з помірно дегідратацією потребують ретельного спостереження в умовах медичного закладу. У випадках тяжкої дегідратації показана невідкладна госпіталізація та інтенсивна терапія.

Вплив гідратації на перебіг вагітності при олігогідрамніоні та вибір рідини для корекції дегідратації

Олігогідрамніон, який характеризується зменшенням об'єму амніотичної рідини, асоціюється з низкою акушерських ускладнень, таких як неправильне передлежання плода, патологія пуповини з підвищеними концентраціями меконію та ін. Кокранівський систематичний огляд G.J. Hofmeyr et al. (2002) продемонстрував, що проста гідратація матері може бути ефективним методом збільшення об'єму амніотичної рідини.

При виборі рідини для усунення дегідратації перевагу слід віддавати спеціальним сольовим розчинам для оральної регідратації або підсоленим напоям. Відновлення об'єму рідини лише простою водою (гіпотонічним розчином) може призводити до надмірного зниження рівня солей у плазмі крові та утворення набряків (Hofmeyr G.J., 2002).

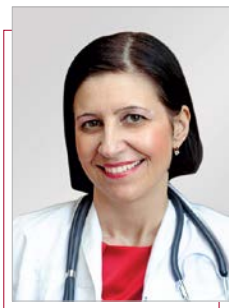
З метою корекції дегідратації та електролітних порушень можна використовувати спеціальний харчовий продукт – воду для медичних цілей **Рео**. Вода **Рео** має збалансований склад електролітів та інших компонентів, необхідних для ефективної регідратації вагітної:

- натрій – 1300 мг/л;
- хлорид – 2000 мг/л;
- калій – 220 мг/л;
- гідрокарбонат – 200 мг/л;
- магній – 80 мг/л;
- кальцій – 80 мг/л;
- сорбітол – до 90 мг/л.

Завдяки оптимальному співвідношенню електролітів **Рео** сприяє швидкому відновленню водно-електролітного балансу й запобігає розвитку ускладнень, пов'язаних із

дегідратацією. Наявність сорбітолу у складі **Рео** дозволяє покращувати засвоєння рідини та електролітів у кишечнику, а також забезпечує додаткове джерело енергії для організму.

Використання спеціального харчового продукту для медичних цілей – води **Рео є оптимальним вибором для корекції дегідратації та електролітних порушень у пацієнтів із різними патологічними станами, у тому числі у вагітних з олігогідрамніоном і гестаційними ускладненнями.**



Продовжуючи розгляд актуальних питань пероральної регідратації у вагітних, А.Ю. Лиманська представила доповідь «Пероральна регідратація у вагітних із внутрішньою патологією», у якій зосередила увагу на сучасних стратегіях проведення пероральної регідратації під час вагітності з позицій клініки внутрішніх хвороб.

Проблема дегідратації у вагітних із внутрішньою патологією є надзвичайно актуальною в сучасному акушерстві. Дегідратація класифікується за ступенем тяжкості на легку, середню, тяжку та гостру залежно від кількості втраченої рідини.

Зневоднення має негативний вплив на загальне самопочуття та функціонування окремих систем організму. Так, втрата $>1\%$ рідини призводить до порушення терморегуляції, зниження працездатності й апетиту, що погіршує якість життя вагітної. При прогресуванні дегідратації до $\geq 4\%$ виникають труднощі з концентрацією уваги, головний біль, дратівливість, сонливість, підвищення температури тіла та частоти дихання. Особливу увагу слід приділяти впливу дегідратації на серцево-судинну систему. Легкий ступінь зневоднення пригнічують чутливість барорецепторів, що регулюють АТ, призводячи до

гіпотензії. Зниження АТ, у свою чергу, зменшує серцевий викид, спричиняє гіпоксію та порушення транспорту поживних речовин до органів.

При дегідратації $>10\%$ маси тіла, особливо в умовах високої температури навколишнього середовища, значно зростає ризик розвитку ускладнень, що пов'язані зі згущенням крові. Це може створювати сприятливі умови для формування тромбів.

Дегідратація при гастроентериті під час вагітності: особливості діагностики та лікування

Для лікування дегідратації у вагітних із гастроентеритом першочергово застосовується пероральна регідратаційна терапія. Визначення ступеня зневоднення проводиться за класифікацією, адаптованою Всесвітньою організацією охорони здоров'я, яка включає оцінку загального стану, пульсу, зовнішнього вигляду обличчя, тургору шкіри, відчуття спраги та здатності вживати рідину.

Вибір методу регідратації залежить від ступеня зневоднення. При легкому ступені дегідратації без кетонуриї пероральна регідратація є методом вибору з рекомендованим об'ємом споживання рідини 3–4 л протягом 24 год. Помірний ступінь передбачає спостереження в клініці з можливістю комбінації пероральної та парентеральної регідратації, а тяжкий ступінь потребує стаціонарного лікування з обов'язковою інфузійною терапією.

Для забезпечення ефективної пероральної регідратації необхідно застосовувати розчини зі збалансованим вмістом електролітів, зокрема натрію, що сприяє оптимальному всмоктуванню рідини. Сучасні дані показують, що своєчасно розпочата пероральна регідратація з використанням відповідних розчинів може демонструвати ефективність, порівнянню із внутрішньовенним введенням рідини. Більше того, на амбулаторному етапі лікування пероральна регідратація може успішно доповнювати інфузійну терапію, забезпечуючи комплексний підхід до корекції водно-електролітного балансу.

У контексті сучасних стратегій пероральної регідратації на особливу увагу заслуговує вода для медичних цілей **Рео**. Цей харчовий продукт вирізняється науково обґрунтованим та клінічно перевіреним збалансованим водно-електролітним складом, що включає такі ключові елементи, як натрій, калій, магній, кальцій і хлор. Додатковим компонентом є сорбітол, який сприяє всмоктуванню електролітів і покращує роботу кишечника. Завдяки такому складу **Рео** може ефективно застосовуватися для проведення

пероральної регідратації у вагітних жінок із гастроентеритом, забезпечуючи швидке та безпечне відновлення водно-електролітного балансу.

Особливості пероральної регідратації та детоксикації у вагітних

Пероральна регідратація є важливим компонентом лікування вагітних жінок із проявами нудоти та блювання. Процес пероральної регідратації складається з двох етапів. Перший етап спрямований на швидке відновлення втрачених запасів рідини протягом 3–4 год, із розрахунку 2–4 л у дорослих і підлітків із масою тіла >30 кг. Другий етап є підтримуючим і має на меті запобігання повторній дегідратації до моменту одужання пацієнта. Об'єм рідини на цьому етапі визначається з урахуванням віку, маси тіла та кількості епізодів блювання. З метою мінімізації розтягнення шлунка й виникнення рефлексорних позивів до блювання рекомендовано вживати невеликі об'єми рідини (5–10 мл) часто. У міру відновлення водних запасів організму інтенсивність блювання зазвичай зменшується, що дозволяє поступово збільшувати об'єми вживаної рідини.

Дегідратація у вагітних може мати серйозні наслідки для розвитку плода та перебігу вагітності в цілому. У контексті менеджменту цих патологічних станів особливого значення набуває адекватна регідратація та детоксикація організму вагітної. Для ефективного відновлення водно-електролітного балансу та підтримки нормального функціонування органів і систем доцільним є використання спеціалізованих засобів, зокрема води для спеціальних медичних цілей **Рео**, що забезпечує дезінтоксикаційний ефект і нормалізує моторику кишечника. Споживання води **Рео** дозволяє ефективно запобігати розвитку дегідратації, покращувати загальний стан і знижувати ризик ускладнень, пов'язаних із порушенням водно-електролітного балансу. На важливість адекватної гідратації під час вагітності й положів вказують ряд клінічних настанов і протоколів з акушерства (табл. 2).

* * *

Підсумовуючи, спікери сформулювали наступні висновки:

- Регідратація шляхом споживання води для спеціальних медичних цілей **Рео** є ефективним і безпечним методом корекції водно-електролітного балансу у вагітних жінок із різноманітними патологічними станами, включаючи ВХВ, гострі вірусні інфекції та лихоманку. Вода **Рео** має оптимально збалансований склад електролітів, що забезпечує не лише ефективне відновлення електролітного балансу, а й сприяє зменшенню кетогенної інтоксикації завдяки наявності сорбітолу. Сорбітол також покращує всмоктування електролітів і має м'який послаблюючий ефект, що особливо важливо при порушеннях моторики кишечника.

- Важливість адекватної гідратації під час вагітності та положів знаходить своє відображення в ключових клінічних настановах і протоколах МОЗ України. Зокрема, у протоколах «Фізіологічні пологи», «Гіпертензивні розлади під час вагітності», «Кесарів розтин» та «Нормальна вагітність» наголошується на необхідності підтримки оптимального водного балансу як невід'ємної складової ведення вагітності та положів.

- Рекомендована кількість добового споживання води **Рео** становить до 2 л, що дозволяє досягти оптимального рівня гідратації та електролітного балансу без ризику перевантаження організму рідиною. Така схема застосування є зручною для пацієнток і може легко інтегруватися в їхній повсякденний режим.

Ознайомитися з повною відеOVERСІЮ доповіді можна за посиланням:



Список літератури знаходиться в редакції.
Підготувала **Анна Сочнева**

Таблиця 2. Рекомендації щодо адекватної гідратації під час вагітності у вітчизняних протоколах та клінічних настановах

| Протоколи та клінічні настанови МОЗ України | Рекомендація | Коментар |
|---|--|---|
| «Фізіологічні пологи» (2021) | «Запропонуйте жінці підтримку, гідратацію та належне і ефективне зневоднення» | Дана рекомендація вказує на важливість підтримки водного балансу під час пологового процесу для забезпечення оптимального перебігу пологів та комфорту породіллі |
| «Гіпертензивні розлади у вагітних» (2021) | У клінічній постанові згадується термін «олігогідрамніон», що вказує на можливі порушення водного балансу плода та необхідність контролю гідратації матері для запобігання цьому стану | Згадка про олігогідрамніон у клінічних рекомендаціях підкреслює необхідність ретельного підходу до регідратації вагітних як важливого аспекту профілактики та лікування порушень водного балансу в системі «мати – плацента – плід» |
| «Кесарів розтин» (2021) | «Інфузійна терапія проводиться з урахуванням загального стану, рівня передопераційної гідратації та супутніх захворювань пацієнта» «Протипоказання до нейроаксіальної аналгезії/анестезії в акушерстві: тяжка гіповолемія (геморагічний шок, дегідратація)» | Ці рекомендації наголошують на критичній важливості адекватного водно-електролітного балансу для безпечного проведення оперативного втручання та анестезії |
| «Нормальна вагітність» (2022) | Хоча в протоколі «Нормальна вагітність» немає прямих вказівок щодо гідратації, загальні рекомендації з нагляду за вагітною передбачають підтримку оптимального водного балансу як невід'ємну частину здорового перебігу вагітності | |