

Застосовують і плоди, які збираються після перших заморозків, що робить їх особливо приємними на смак. Свіжий сік і відвар з ягід терну має м'яку проносну і сечогінну дію і позитивно себе виявив у літніх людей з високим АТ.

При артеріальній гіпертензії знайшов позитивне застосування меду з овочевими соками. Саме на початкових фазах гіпертонічної хвороби та при діагностиці поки що незначних серцево-судинних розладів доцільно використовувати медово-овочеві міксти (суміші) у вигляді циклів у весняно-осінні періоди року.

Під впливом меду разом з цілющими травами ми спостерігаємо також активізацію детоксикуючої (знешкоджує отрути) функції «головної лабораторії організму» - печінки, що нерідко страждає від великої кількості фармацевтичних препаратів, що приймаються пацієнтом. У пацієнтів під впливом природних складів наростає рівень гемоглобіну, покращується загальний стан та самопочуття, нормалізується сон та пропадають болі в ділянці серця.

Дуже добре у хворих на кардіореспіраторну патологію використовувати мед з парним коров'ячим (козячим) молоком, або кумисом з коров'ячого молока, приготовленому за методом ялтинського біохіміка-дієтолога Є. А. Толмачової. Суміш меду з кумисом з коров'ячого молока також ще й оптимізує загальну опірність (імунобіологічну резистентність) організму до впливу патогенної мікрофлори (стрептококи, стафілококи).

Підкреслимо, що стрімке старіння населення, що є характерним симптомом нових часів, сприяє тому, що різко зростає не тільки роль фундаментальних і прикладних досліджень в геронтології та геріатрії, але й беруться на озброєння змін. У цьому плані апі-фіто-терапія та комплексна профілактика за допомогою трав та бджоло-продуктів довели свою ефективність та практичність.

Література:

1. Лікарські засоби рослинного походження у клінічній практиці і народній медицині: навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівня акредитації / Т. П. Гарник [та ін.]; за заг. ред. Гарник Т. П.; Київ. мед. ун-т [та ін.]. – Київ; Житомир: Євенок О. О., 2017. – 497 с. : іл. – (Україніка). – Дод. : с. 295–430.
2. Гарник Т. П. Фітотерапія: сучасні тенденції до використання в лікарській практиці та перспективи подальшого розвитку (огляд літератури та результати власних досліджень). / Т. П. Гарник, В. А. Туманов, В. В. Поканевич та ін. // Фітотерапія. Часопис. – 2012. – № 1. – С. 4–11.
3. Пересадін А. Н., Мякіна А. В. «Мед и здоровье». Стаханов-Луганск, 1992 г., 30 с.

ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ ЯК ЧИННИК РИЗИКУ У СИСТЕМІ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Тімченко Н. Ф., Гутор Т. Г.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів*

Актуальність проблеми невиношування зумовлена її медичними, соціальними, психологічними та економічними аспектами. Незважаючи на велику кількість медичних, соціальних, клінічних наукових досліджень спрямованих на пошук причин втрати вагітності та шляхів їх запобігання, частота невиношуван-

ня вагітності залишається на високому рівні у більшості країн світу та навіть має тенденцію до зростання [1–4]. Однією з найвагоміших причин смертності немовлят та дітей віком до 5 років, порушення їх психомоторного та фізичного розвитку, когнітивних порушень, інвалідності є передчасні пологи [5]. Кожного року у цілому світі народжуються приблизно 15 мільйонів недоношених немовлят, це складає понад 11 % з числа усіх світових пологів [6]. Передчасні пологи є причиною перинатальної та неонатальної смертності немовлят, важкої захворюваності та смертності дітей віком до 2 років [7] та залишається першочерговою проблемою, яка вимагає пошуку шляхів її вирішення [8].

Метою роботи пошук нових методів профілактики невиношування вагітності, шляхом аналізу виявлених світовими дослідженнями факторів ризику переривання вагітності та шляхів їх корекції.

Матеріали і методи: проведено пошук та аналіз наукових релевантних джерел вітчизняної та світової літератури за останні 10 років, щодо виявлених факторів ризику невиношування та їх впливу на результат вагітності. Отримана інформація була проаналізована з дотриманням принципів системного аналізу та системного підходу.

Результати. Захворювання серцево-судинної системи ускладнюють перебіг від 1 до 4 % вагітностей та ставлять під загрозу можливість нормального перебігу вагітності, розвитку та росту плоду [9]. Найбільша кількість наукових досліджень присвячена саме артеріальній гіпертензії, яка має значущий вплив на перебіг вагітності та потребує своєчасної допологової діагностики, корекції, лікування та контролю на протязі всієї вагітності, попередження ускладнень вагітності та післяродового періоду [10]. Гіпертонічні ускладнення у вигляді прееклампсії та еклампсії часто призводять до необхідності передчасного розродження/переривання вагітності, з метою збереження життя матері та попередження незворотніх ускладнень [11]. За даними Інституту педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О. М. Лук'янової НАМН України на перебіг вагітності, в тому числі на можливість її виношування також впливають інші серцево-судинні захворювання, такі як вроджені вади серця, кардіоміопатії, ендокардити та ішемічна хвороба серця, аневризми аорти, стенози та недостатності серцевих клапанів, ревматичні ураження серця та інші, для яких вагітність стає тригером для загострення та їх несприятливого перебігу, що призводить до максимального гемодинамічного навантаження з 28-го по 32-й тиждень вагітності. [12]. Дослідження науковцями перебігу вагітності у жінок з кардіоміопатією, окрім інших ускладнень у 23 % виявило передчасні пологи, а у 40 % народження маловагових дітей [13].

Поєднання серцево-судинної патології та розладів функції дихальної системи також мають негативний вплив на результати вагітності. Так легенева гіпертензія, за даними когортних досліджень, спричиняла самовільні аборти у 5,6 % випадків, передчасні пологи у 21,7 %, низьку вагу при народженні у 19 % та низьку інших ускладнень [14]. Американськими науковцями доведено зв'язок порушення дихання уві сні з розвитком гестаційної гіпертензії та прееклампсії, що в свою чергу призводять до репродуктивних втрат та ускладнень [15], а поширеність самого обструктивного апное уві сні сягає 15–20 % серед усіх вагітних з ожирінням [16].

За даними наукових досліджень відмічається значний вплив захворювання нирок та сечовидільної системи на перебіг вагітності та на рівень перинатальних втрат. Наявність хронічної ниркової патології у жінок до вагітності підвищує ризик несприятливого перебігу вагітності, прогресування ниркової недоста-

тності, що призводить до прееклампсії та передчасних пологів. При чому відмічено значно вищий ризик ускладнень у жінок, які потребували діалізу під час вагітності [17]. Дані ретроспективного інтернаціонального дослідження вказують на зростання ризику передчасних пологів на 52 % у жінок, які мали захворювання нирок, порівняно із жінками без ниркової патології [18].

Хронічні захворювання печінки та жовчовивідних шляхів такі як цироз печінки, внутрішньопечіноковий холестаза, жовчнокам'яна хвороба, портальна гіпертензія, вірусні гепатити. тощо становлять не менш значну проблему для жінок репродуктивного віку, та негативно впливають на процеси гестації, що призводить до негативних перинатальних наслідків [19]. Щодо вірусних гепатитів вчені дійшли висновку, що всі вони здатні спричинити шкоду для організму як матері, так і плоду, проте відмічають значне зростання ризику перинатальних втрат у разі гострого інфікування вагітної гепатитом А та Е, тоді коли наслідки ураження вірусними гепатитами В, С та D в основному пов'язані з важким перебігом та виникненням ускладнень для організму матері [20].

За результатами когортного дослідження проведеного у Австралії, частота передчасних пологів у жінок з автоімунними розладами є вищою у три рази, порівняно із загальною популяцією [21]. Іншими дослідниками доведено високий ризик самовільних абортів та передчасних пологів у жінок із системним червоним вовчаком, синдромом антифосфоліпідних антитіл, та значно вищий серед жінок із системною склеродермією [22].

Незалежно від причини непліддя, у разі застосування екстракорпорального запліднення, вченими доведено вищий ризик спонтанного переривання вагітності порівняно з жінками, які завагітніли самостійно [23].

Низкою авторів підкреслюється необхідність дослідження керованих факторів ризику, а саме способу життя перед зачаттям [24] та протягом вагітності, що дозволить розробити певні рекомендації щодо стилю та способу життя на етапі планування вагітності та протягом неї, які дозволять зменшити ризики невиношування, знизити побічні явища їхнього впливу та призведе до практичної різниці в рівнях живонародження.

Висновки. У результаті аналізу ідентифіковано найбільш значущі фактори ризику екстрагенітальної патології, які найчастіше виділялися науковцями різних країн. Отримані результати можуть бути використані при покращенні існуючих та розробці нових ризик-орієнтованих профілактичних програм попередження невиношування вагітності.

Література:

1. Воробйова ІІ, Живецька-Денисова АА, Ткаченко ВБ, Рудакова НВ, Толкач СМ. Невиношування вагітності: сучасні погляди на проблему (Огляд літератури). Здоров'я жінки. 2017;3(119):113-16.
2. Вовк ІБ, Вдовиченко ЮП, Трохимович ОВ, Задорожна ТД, Горovenko НГ. Ранні репродуктивні втрати. Київ: 2016. 253 с.
3. Rossen LM, Ahrens KA, Branum AM. Trends in Risk of Pregnancy Loss Among US Women, 1990-2011. Paediatr Perinat Epidemiol. 2018 Jan;32(1):19-29. doi: 10.1111/ppe.12417. Epub 2017 Oct 20. PMID: 29053188; PMCID: PMC5771868.
4. Abigail Oliver, Caroline Overton Diagnosis and management of miscarriage 2014 May;258(1771):25-8, 3. PMID: 25055407
5. Torchin H, Ancel PY, Jarreau PH, Goffinet F. Épidémiologie delaprématurnité: prévalence, évolution, devenirdesenfants [Epidemiology of pretermbirth:

- Prevalence, recent trends, short- and long-term outcomes]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015 Oct;44(8):723-31. French. doi: 10. 1016/j. jgyn. 2015. 06. 010. Epub 2015 Jul 2. PMID: 26143095.
6. Torchin H, Ancel PY. Épidémiologie et facteurs de risque de la prématurité [Epidemiology and risk factors of preterm birth]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016 Dec;45(10):1213-1230. French. doi: 10. 1016/j. jgyn. 2016. 09. 013. Epub 2016 Oct 24. PMID: 27789055.
7. Tietzmann MR, Teichmann PDV, Vilanova CS, Goldani MZ, Silva CHD. Risk Factors for Neonatal Mortality in Preterm Newborns in The Extreme South of Brazil. *Sci Rep*. 2020 Apr 29;10(1):7252. doi: 10. 1038/s41598-020-64357-x. PMID: 32350375; PMCID: PMC7190611.
8. Lorthé E, Torchin H, Delorme P, Ancel PY, Marchand-Martin L, Foix-L'Hélias L, Benhammou V, Gire C, d'Ercole C, Winer N, Sentilhes L, Subtil D, Goffinet F, Kayem G. Preterm premature rupture of membrane at 22-25 weeks' gestation: perinatal and 2-year outcomes within a national population-based study (EPIPAGE-2). *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Sep;219(3):298. e1-298. e14. doi: 10. 1016/j. ajog. 2018. 05. 029. Epub 2018 May 29. PMID: 29852153.
9. Ramlakhan KP, Johnson MR, Roos-Hesselink JW. Pregnancy and cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol*. 2020 Nov;17(11):718-731. doi: 10. 1038/s41569-020-0390-z. Epub 2020 Jun 9. PMID: 32518358.
10. Booker WA. Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Clin Perinatol*. 2020 Dec;47(4):817-833. doi: 10. 1016/j. clp. 2020. 08. 011. PMID: 33153664.
11. Scott G, Gillon TE, Pels A, von Dadelszen P, Magee LA. Guidelines-similarities and dissimilarities: a systematic review of international clinical practice guidelines for pregnancy hypertension. *Am J Obstet Gynecol*. 2022 Feb;226(2S):S1222-S1236. doi: 10. 1016/j. ajog. 2020. 08. 018. Epub 2020 Aug 20. PMID: 32828743.
12. Вагітність та її вплив на перебіг серцево-судинних захворювань у матері. За матеріалами конференції В. І. Медведь, Медичні аспекти здоров'я жінки № 2 (137)' 2021, С. 9-12 [https://mazg.com.ua/uploads/issues/2021/2\(137\)/mazg21_2_9-12.pdf](https://mazg.com.ua/uploads/issues/2021/2(137)/mazg21_2_9-12.pdf)
13. Billebeau G, Etienne M, Cheikh-Khelifa R, Vauthier-Brouzes D, Gandjbakhch E, Isnard R, Nizard J, Komajda M, Dommergues M, Charron P. Pregnancy in women with a cardiomyopathy: Outcomes and predictors from a retrospective cohort. *Arch Cardiovasc Dis*. 2018 Mar;111(3):199-209. doi: 10. 1016/j. acvd. 2017. 05. 010. Epub 2017 Nov 6. PMID: 29102365.
14. Sliwa K, vanHagen IM, Budts W, Swan L, Sinagra G, Caruana M, Blanco MV, Wagenaar LJ, Johnson MR, Webb G, Hall R, Roos-Hesselink JW; ROPAC investigators. Pulmonary hypertension and pregnancy outcomes: data from the Registry Of Pregnancy and Cardiac Disease (ROPAC) of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2016 Sep;18(9):1119-28. doi: 10. 1002/ehfj. 594. Epub 2016 Jul 7. Erratum in: *Eur J Heart Fail*. 2017 Mar;19(3):439. PMID: 27384461.
15. Querejeta Roca G, Anyaso J, Redline S, Bello NA. Associations Between Sleep Disorders and Hypertensive Disorders of Pregnancy and Materno-fetal Consequences. *Curr Hypertens Rep*. 2020 Jul 15;22(8):53. doi: 10. 1007/s11906-020-01066-w. PMID: 32671579; PMCID: PMC7783726.
16. Dominguez JE, Habib AS, Krystal AD. A review of the associations between obstructive sleep apnea and hypertensive disorders of pregnancy and possible mechanisms of disease. *Sleep Med Rev*. 2018 Dec;42:37-46. doi: 10. 1016/j. smrv. 2018. 05. 004. Epub 2018 May 28. PMID: 29929840; PMCID: PMC6221976.

17. Ibarra-Hernandez M, Alcantar-Vallin ML, Soto-Cruz A, Jimenez-Alvarado PM, Villa-Villagran F, Diaz-Avila JJ, Tamez-Hernandez F, Leon-Barrios M, Chatrenet A, Piccoli GB, Garcia-Garcia G. Challenges in Managing Pregnancy in Underserved Women with Chronic Kidney Disease. *Am J Nephrol*. 2019;49(5):386-396. doi: 10. 1159/000499964. Epub 2019 Apr 12. PMID: 30982046.
18. Kendrick J, Sharma S, Holmen J, Palit S, Nuccio E, Chonchol M. Kidney disease and maternal and fetal outcomes in pregnancy. *Am J Kidney Dis*. 2015 Jul;66(1):55-9. doi: 10. 1053/j. ajkd. 2014. 11. 019. Epub 2015 Jan 16. PMID: 25600490; PMCID: PMC4485539.
19. Dokmak A, Trivedi HD, Bonder A, Wolf J. Pregnancy in Chronic Liver Disease: Before and After Transplantation. *Ann Hepatol*. 2021 Dec;26:100557. doi: 10. 1016/j. aohep. 2021. 100557. Epub 2021 Oct 14. PMID: 34656772.
20. Terrault NA, Levy MT, Cheung KW, Jourdain G. Viral hepatitis and pregnancy. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2021 Feb;18(2):117-130. doi: 10. 1038/s41575-020-00361-w. Epub 2020 Oct 12. PMID: 33046891.
21. Chen JS, Roberts CL, Simpson JM, March LM. Pregnancy Outcomes in Women With Rare Autoimmune Diseases. *Arthritis Rheumatol*. 2015 Dec;67(12):3314-23. doi: 10. 1002/art. 39311. PMID: 26434922.
22. Betelli M, Breda S, Ramoni V, Parisi F, Rampello S, Limonta M, Meroni M, Brucato A. Pregnancy in systemic sclerosis. *J Scleroderma Relat Disord*. 2018 Feb;3(1):21-29. doi: 10. 1177/2397198317747440. Epub 2018 Apr 4. PMID: 35382124; PMCID: PMC8892876.
23. Cavoretto P, Candiani M, Giorgione V, Inversetti A, Abu-Saba MM, Tiberio F, Sigismondi C, Farina A. Risk of spontaneous preterm birth in singleton pregnancies conceived after IVF/ICSI treatment: meta-analysis of cohort studies. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018 Jan;51(1):43-53. doi: 10. 1002/uog. 18930. PMID: 29114987.
24. Boedt T, Vanhove AC, Vercoe MA, Matthys C, Dancet E, LieFong S. Preconception life style advice for people within fertility. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Apr 29;4(4):CD008189. doi: 10. 1002/14651858. CD008189. pub3. PMID: 33914901; PMCID: PMC8092458.