

Комплексний підхід до лікування раннього токсикозу у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій

А.В. Камінський, Т.В. Коломійченко, І.В. Рогавка

Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Акушерами-гінекологами не завжди приділяється достатня увага ранньому токсикозу (РТ) вагітних, інколи недооцінюються його тяжкість і не призначається адекватне лікування. **Мета дослідження:** вивчення ефективності та безпечності комплексної терапії РТ у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), що включає препарат екстракту імбиру з піридоксином та психотерапію.

Матеріали та методи. Обстежено 60 вагітних після застосування ДРТ, з легкими проявами РТ. В основну групу увійшли 30 жінок, у терапії РТ яких застосовували Емегест (екстракт імбиру та піридоксин) і психотерапію; у групу порівняння – 30 жінок, які лише дотримувались рекомендацій щодо зміни режиму харчування та життя. Наявність синдрому вегетативної дисфункції встановлювали за допомогою опитувальника О.М.Вейна. Для самооцінки рівня реактивної та особистісної тривожності проводили тестування за методикою Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна. Якість життя оцінювали за допомогою опитувальника SF-36.

Результати. Застосування рекомендованої терапії РТ у вагітних після використання ДРТ дозволяє покращити стан жінок вже на 2–3-ю добу, а за 2 тиж лікування суттєво знизити або навіть усунути симптоми РТ. Комплексна терапія зменшує вираженість синдрому вегетативної дисфункції та рівень особистісної і ситуативної тривожності, що на тлі покращання загального стану позитивно позначається на якості життя жінок. Застосована терапія не мала побічних ефектів чи ускладнень, позитивно впливала на подальший перебіг вагітності та стан плода і новонародженого – зокрема у 2 рази знизилася частота прееклампсії та в 1,5 разу – асфіксії під час народження.

Заключення. Безпечність та ефективність Емегесту у комплексній терапії раннього токсикозу дозволяє рекомендувати його до використання у вагітних після застосування ДРТ.

Ключові слова: ранній токсикоз, Емегест, допоміжні репродуктивні технології, психотерапія.

Нудота і блювання вагітних можуть спостерігатись у будь-якому терміні гестації, але найбільш поширений (до 80%) у I триместрі вагітності так званий ранній токсикоз (РТ) вагітних [13].

Ранній токсикоз – це складний симптомокомплекс, що розвивається у I триместрі вагітності і характеризується низкою диспептичних розладів: нудотою, блюванням, гіперсалівацією, зниженням апетиту, порушенням сприйняття смаку та запаху. Залежно від вираженості цих симптомів зменшується маса тіла, відбуваються порушення в усіх видах обміну речовин, що призводить до погіршення функцій низки органів і систем вагітної [5].

Симптоми РТ зазвичай виникають у 6–12 тиж вагітності і зменшуються або зникають до 16–18 тиж. Однак у частини жінок (5%) можуть залишатись протягом всієї вагітності. Симптоми можуть бути не сильно вираженими (нудота вранці), але у незначній частини пацієнток (0,2–3,6%) розвивається

я найбільш тяжка форма, відома як *hyperemesis gravidarum*, що призводить до дегідратації організму, електролітних порушень, порушень кислотно-лужного балансу, супроводжується зменшенням маси тіла більш ніж на 5%.

Значна поширеність РТ та у більшості випадків відносно сприятливі перебіг і наслідки вагітності привели до того, що акушери-гінекологи не завжди приділяють достатню увагу даному ускладненню вагітності, інколи вони недооцінюють його тяжкість і, як результат, не призначають адекватного лікування [4]. Найменше уваги при цьому приділяється психосоціальним факторам, які належать до одного з патогенетичних механізмів РТ [3].

Патофізіологія РТ до сьогодні остаточно не встановлена, але, як вважають, вона включає комбінацію біологічних, фізіологічних, психологічних та соціокультурних факторів.

Збільшується кількість публікацій про негативні наслідки нудоти та блювання вагітних, що у тяжких випадках супроводжуються загрозою відшарування хоріона і плаценти, тяжкими неврологічними ускладненнями, підвищенням частоти передчасних пологів, затримкою росту плода (ЗРП) і т. п., а у жінки – розривом стравоходу, пневмотораксом, крововиливом у сітківку ока та ін. [8, 10, 11, 12]. У популяційному когортному дослідженні, проведеному шведськими авторами з 1997 до 2009 р., до якого входили понад 1 млн вагітних, встановлено, що у разі розвитку вираженого блювання вагітних у II триместрі у 2 рази зростає частота прееклампсії, у 3 рази – ризик відшарування плаценти і на 39% – ризик розвитку синдрому ЗРП [9]. Проте навіть незначні прояви РТ суттєво погіршують якість життя жінки, знижують її працездатність.

Вагітність, що настала після лікування безплідності, вимагає до себе особливої уваги з урахуванням психологічного стану таких жінок, високого ризику переривання у ранніх термінах та ін.

Використання методу допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) надає можливість реалізувати функцію дітонародження за таких форм жіночої безплідності, що раніше вважалися абсолютно безперспективними, наприклад, за відсутності або повної непрохідності маткових труб. Проте настання вагітності у програмах ДРТ є лише першим етапом, після якого не менш важливим є завдання виношування вагітності та народження здорової дитини [2]. Досить часто метод лікування безплідності за допомогою ДРТ застосовується у пацієнток немолодого віку з різними генітальними і екстрагенітальними захворюваннями, які можуть чинити несприятливий вплив на перебіг та наслідки вагітності. Тому вагітність у пацієнток після застосування ДРТ характеризується високою частотою невиношування та акушерської патології [1].

РТ під час вагітності після застосування ДРТ настає раніше і має тяжчий перебіг, тому дуже важливо вчасно проводити адекватні заходи щодо усунення навіть легких форм даного ускладнення, щоб запобігти розвитку більш тяжких його форм, ускладнень подальшого перебігу вагітності, не обтяжувати і без того нестабільний психологічний стан таких жінок.

На сьогодні не існує стандартного алгоритму лікування нудоти і блювання у вагітних. Однак більшість авторів виділяють три основних етапи втручання при РТ [7, 15]:

- втручання першої лінії, які жінка застосовує самостійно або за рекомендацією лікаря у разі незначних проявів РТ, що включають зміну режиму харчування та життя (уникання продуктів, що провокують нудоту, харчування часто і невеликими порціями, психологічна та фізична допомога сім'ї, достатній сон та відпочинок та ін.), акупунктура, психотерапія, ароматерапія, препарати імбиру, вітаміни B_6/B_{12} ;

- у разі більш тяжких проявів симптомів або неефективності заходів першої лінії лікар призначає антиеметичні препарати амбулаторно або в умовах стаціонару (втручання другої лінії);

- втручання третьої лінії призначені для жінок з сильними та постійними проявами симптомів РТ, пов'язаними зі зменшенням маси тіла і зневодненням – зазвичай застосовують в умовах стаціонару (внутрішньовенне введення рідини для заміщення рідини та електролітів, кортикостероїди, седативні препарати, ентеральне або тотальне парентеральне харчування).

У разі незначних проявів РТ у першу чергу рекомендують призначення рослинних препаратів та вітамінів [14]. У Рекомендаціях ВООЗ з надання допологової допомоги як засобу формування позитивного досвіду вагітності (2017) у розділі 3D1 «Допомога при поширених фізіологічних симптомах. Нудота і блювота» відзначено: «Для зменшення нудоти на ранніх термінах вагітності рекомендуються імбир, ромашка, препарати вітаміну B_6 і/або акупунктура залежно від доступності зазначених засобів і переваг вагітної» [6].

Імбир (*Zingiber officinale*) вважається харчовою добавкою (не лікарським засобом) і доступний у різних формах: поре, таблетки, капсули та сироп. Його протинудотні властивості вперше описані у традиційній китайській медицині. Вплив імбиру на перистальтику травного тракту (ТТ) зумовлений периферійною антихолінергічною і антисеротоніною дією. Центральної дії імбир не має, а тому не спричинює побічних ефектів з боку ЦНС.

Вітамін B_6 (піридоксин) – водорозчинний вітамін, необхідний для багатьох метаболічних процесів в організмі.

Імбир є одним з найбільш широко застосовуваних засобів для терапії РТ з незначними проявами. Проведено багато досліджень у всьому світі, які засвідчили ефективність та безпечність імбиру, хоча не всі вони мають високу якість доказів унаслідок клінічної неоднорідності та неточності. Подібні докази є і щодо застосування піридоксину.

Ефективними є комплексні препарати, що містять екстракт імбиру з вітаміном B_6 , такі, як Емегест, у капсулі якого міститься 150 мг екстракту імбиру та 6 мг піридоксину. Такий засіб є зручним для жінок, не потребує ін'єкційного введення піридоксину. Рекомендовано застосування від 1 до 3 капсул на день залежно від вираженості симптомів.

Оскільки РТ має складну психосоматичну природу зі значною питомою вагою психологічних факторів, важливе місце в його терапії посідає психотерапія.

Раннє призначення протинудотних та протиблювотних засобів дозволяє покращити якість життя жінки, уникнути *hyperemesis gravidarum*, який може призвести до тяжких метаболічних порушень у жінки, плацентарної дисфункції, пре-еклампсії, страждання плода. У разі проведення своєчасної терапії у більшості випадків не потрібне призначення препаратів другої та третьої ліній, які не завжди безпечні, мають побічні дії, що особливо важливо для вагітних після застосування ДРТ, які вже отримали значне медикаментозне навантаження.

Мета дослідження: вивчення ефективності та безпечності комплексної терапії РТ у вагітних після застосування ДРТ, що включає препарат екстракту імбиру з піридоксином та психотерапію.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 60 жінок, вагітність яких настала у результаті застосування ДРТ, з легкими проявами РТ у терміні вагітності 6–10 тиж.

В основну групу увійшли 30 жінок, у терапії РТ яких застосовували препарат, що містить екстракт імбиру (150 мг) та піридоксин (6 мг), – Емегест і психотерапію; у групу порівняння – 30 жінок, які відмовились від застосування даного комплексу і лише дотримувались рекомендацій щодо зміни режиму харчування та життя. У дослідження не включали жінок з патологією ТТ та печінки.

Емегест призначали 1–2 капсули на добу залежно від вираженості симптомів.

Для посилення антистресорного захисту і покращання психологічного стану вагітних як метод психологічної адаптації використовували рекомендований німецьким психотерапевтом професором Льюйнером метод символдрами (катамністо-імагінативна психотерапія). Проводили 5–8 сеансів.

Наявність синдрому вегетативної дисфункції (СВД) встановлювали за допомогою опитувальника О.М. Вейна (1998) з оцінкою в балах (від 1 до 10) вегетативних симптомів (11 показників). Якщо загальна сума балів досягає 15 і вище, діагностують наявність СВД.

Для самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна або ситуативна тривожність як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини) проводили тестування за допомогою методики Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна (1976).

Якість життя у формі психологічного, емоційного і соціального статусу респонденток оцінювали за допомогою опитувальника SF-36, що включає десять шкал: вісім основних і дві інтегральні.

Усі отримані дані оброблено методами варіаційної статистики, прийнятими у медицині, з використанням критерію Фішера та рангового критерію Манна–Уїтні з рівнем значущості $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнтки обох груп відзначали різноманітні прояви РТ (табл. 1). Найчастіше це були нудота від 1 до 3 год на добу (76,7% та 73,3% в основній групі та групі порівняння відповідно; $p > 0,05$), блювання – до 3 разів (40,0% та 43,3% відповідно; $p > 0,05$), більше половини жінок відзначили зниження апетиту, третина – спотворення відчуття смаку і запаху, від 20% до 30% – головокружіння, слабкість і тахікардію, близько 10% – ацетонурію та знижений діурез, 6,7% та 10% – зменшення маси тіла від 1 до 4 кг. Групи були ідентичні за частотою та структурою симптомів ускладнення.

Застосування рекомендованої терапії дозволило покращити стан жінок основної групи вже на 2–3-ю добу, тоді як жінки групи порівняння відзначали деяке полегшення лише на 5–6-у добу. Після 2 тиж терапії переважна більшість жінок основної групи фіксували суттєве покращання стану аж до повного зникнення симптомів РТ (див. табл. 1): так, суттєво зменшилась частка жінок, що скаржились на нудоту (з 76,7% до 13,3%; $p < 0,05$), блювання (з 40,0% до 6,7%; $p < 0,05$) та зниження апетиту (з 60,0% до 13,3%; $p < 0,05$).

У жінок групи порівняння також знизилась частота цих проявів, однак частота блювання та нудоти була достовірно вищою, ніж у жінок основної групи. У вагітних основної групи також достовірно знизилась частота змін відчуття смаку і запаху, слабкості, головокружіння і тахікардії, тоді як у групі порівняння це зниження було статистично недостовірним. Лише одна жінка з основної групи після лікування відзначала ацетонурію та знижений діурез. Не спостерігалось випадків зменшення маси тіла. У 2 (6,7%) жінок групи порівняння ступінь РТ підвищився до проявів, що відповіда-

Частота симптомів РТ у динаміці лікування, абс. число (%)

Симптом	Основна група, n=30				Група порівняння, n=30			
	До лікування		Після лікування		До лікування		Після лікування	
Нудота	23	(76,7)	4	(13,3)**	22	(73,3)	11	(36,7)*
Блювання	12	(40,0)	2	(6,7)**	13	(43,3)	7	(23,3)*
Зниження апетиту	18	(60,0)	4	(13,3)*	16	(53,3)	9	(30,0)*
Салівація	3	(10,0)	-		5	(16,7)	2	(6,7)
Спотворена реакція на смак і запах	10	(33,3)	2	(6,7)*	8	(26,7)	5	(16,7)
Слабкість	8	(26,7)	1	(3,3)**	9	(30,0)	7	(23,3)
Головокружіння	7	(23,3)	2	(6,7)*	7	(23,3)	5	(16,7)
Тахікардія	6	(20,0)	1	(3,3)*	8	(26,7)	4	(13,3)
Ацетонурія	4	(13,3)	1	(3,3)	3	(10,0)	3	(10,0)
Знижений діурез	4	(13,3)	1	(3,3)	4	(13,3)	3	(10,0)
Зменшення маси тіла	2	(6,7)	-		3	(10,0)	2	(6,7)

Примітки: * – різниця достовірна щодо показника до лікування ($p < 0,05$); # – різниця достовірна щодо показника групи порівняння ($p < 0,05$).

дають середньому ступеню тяжкості (нудота – до 3–4 год на добу, блювання – до 4–5 разів на добу, зменшення маси тіла – до 8 кг, виражені ацетонурія та олігурія), в 1 жінки після деякого покращання на 4-у добу лікування через тиждень відзначено рецидив РТ. У цих трьох жінок з групи порівняння були застосовані заходи другої лінії втручання, а саме – антиеметичні препарати (дві жінки лікувались амбулаторно, одна – в умовах стаціонару).

За період лікування препаратом імбиру з піридоксином не відзначено жодного випадку побічних ефектів, алергійних реакцій, змін загального аналізу крові. Усі жінки відзначали добру переносимість препарату.

Покращання загального стану жінок та застосування психотерапії позитивно позначились на їхньому нейровегетативному та психоемоційному статусі, підвищилась якість життя (табл. 2).

Якщо до лікування СВД діагностували у 70,0% та 63,3% жінок основної групи та групи порівняння відповідно, то після лікування їхня кількість зменшилась в основній групі у 2 рази (до 33,3%; $p < 0,05$), а у групі порівняння лише на 6,7% (до 56,7%; $p > 0,05$).

Проведене тестування за опитувальником О.М. Вейна встановило достовірне зниження медіани кількості балів у жінок, які отримували рекомендований комплекс, – з 32 (ін-

терквартильний розмах 22–37) до 14 (9–20) балів ($p < 0,05$); у жінок групи порівняння не відзначено достовірного зниження показника.

Проведене у динаміці лікування тестування за допомогою методики Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна продемонструвало достовірне зниження рівня як особистісної, так і, ще більш виражене, ситуативної тривожності у пацієнток основної групи.

Ефективність рекомендованого лікування значуще підтверджена результатами опитування стосовно якості життя (за опитувальником SF-36), за якими видно, що жінки достовірно вище оцінювали як фізичний, так і психологічний компоненти свого здоров'я.

Під час подальшого спостереження за обстеженими жінками у динаміці вагітності зареєстровано, що у жінок основної групи частота ускладнень вагітності та порушень стану плода була дещо нижчою (табл. 3), а частота прееклампсії нижча у 2 рази (20% проти 40% у жінок групи порівняння; $p < 0,05$), причому випадків тяжкої прееклампсії не відзначено, а у двох жінок групи порівняння діагностовано тяжку прееклампсію.

Передчасні пологи відбулись у 4 (13,3%) жінок основної групи проти 10 (33,3%) жінок групи порівняння. Усі жінки

Таблиця 2

Характеристика нейровегетативного, психологічного стану жінок та якості життя у динаміці лікування, бали, медіана (інтерквартильний розмах)

Характеристика	Основна група, n=30		Група порівняння, n=30	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Тестування за опитувальником О.М. Вейна				
Кількість балів	32 (22–37)	14** (9–20)	29 (23–35)	24 (18–30)
Тестування за допомогою методики Ч. Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна				
Рівень особистісної тривожності	55 (48–65)	41* (34–55)	58 (47–66)	51 (42–60)
Рівень ситуативної тривожності	64 (51–72)	45** (37–59)	65 (53–75)	58 (44–63)
Опитувальник якості життя SF-36, інтегральні шкали				
Фізичний компонент здоров'я	71 (62–84)	85* (76–95)	69 (60–81)	74 (64–85)
Психологічний компонент здоров'я	66 (51–78)	82* (67–91)	65 (50–76)	70 (62–83)

Примітки: * – різниця достовірна щодо показника до лікування ($p < 0,05$); # – різниця достовірна щодо показника групи порівняння ($p < 0,05$).

Частота усложнений беременности в обеспокоенных женщинах в зависимости от проведенной терапии РТ, абс. число (%)

Усложнения	Основная группа, n=30		Группа сравнения, n=30	
Загроза преждевременных родов	8	(26,7)	12	(40,0)
Плацентарная недостаточность	12	(40,0)	15	(50,0)
Анемия	4	(13,3)	7	(23,3)
Дистресс плода	7	(23,3)	10	(33,3)
Преэклампсия	6	(20,0)#	12	(40,0)
- легкой степени	6	(20,0)#	10	(33,3)
- тяжелой степени	-		2	(6,7)
ЗРП	3	(10,0)	7	(23,3)

Примечание. Разница достоверна относительно показателя группы сравнения ($p < 0,05$).

народили живых детей, среди которых в состоянии асфиксии умеренной степени родились 6 (20,0%) и 11 (36,7%) новорожденных соответственно у женщин основной группы и группы сравнения.

ВИСНОВКИ

Застосування у комплексній терапії раннього токсикозу (РТ) у вагітних після використання ДРТ препарату екстракту імбиру з піридоксинам та психотерапії дозволяє покращити стан жінок вже на 2–3-ю добу, а за 2 тиж лікування суттєво знизити або навіть усунути симптоми РТ.

Комплексна терапія зменшує вираженість синдрому вегетативної дисфункції та рівень особистісної і си-

туативної тривожності, що на тлі покращення загального стану позитивно позначається на якості життя жінок.

Застосована терапія не мала жодних побічних ефектів чи ускладнень, позитивно впливала на подальший перебіг вагітності та стан плода і новонародженого, зокрема у 2 рази знизилася частота преєклампсії та в 1,5 разу – асфіксії під час народження.

Безпечність та ефективність Емегесту у комплексній терапії РТ дозволяє рекомендувати його до використання у разі розвитку даного ускладнення у вагітних після застосування ДРТ.

Комплексный подход к лечению раннего токсикоза у беременных после применения вспомогательных репродуктивных технологий А.В. Каминский, Т.В. Коломийченко, И.В. Рогова

Акушерами-гинекологами не всегда уделяется достаточное внимание раннему токсикозу (РТ) беременных, иногда недооцениваются его тяжесть и не назначается адекватное лечение.

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности комплексной терапии РТ у беременных после применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), включающей препарат экстракта имбиря с пиридоксинам и психотерапию.

Материалы и методы. Обследованы 60 беременных после применения ВРТ, с легкими проявлениями РТ. В основную группу вошли 30 женщин, в терапии РТ которых применяли Эмегест (экстракт имбиря и пиридоксин) и психотерапию; в группу сравнения – 30 женщины, которые придерживались только рекомендаций по изменению режима питания и жизни. Наличие синдрома вегетативной дисфункции устанавливали с помощью опросника А.М. Вейна. Для самооценки уровня реактивной и личностной тревожности проводили тестирование по методике Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина. Качество жизни оценивали с помощью опросника SF-36.

Результаты. Применение рекомендованной терапии РТ у беременных после ВРТ позволяет улучшить состояние женщин уже на 2–3-и сутки, а за 2 нед лечения существенно снизить или даже устранить симптомы РТ. Комплексная терапия уменьшает выраженность синдрома вегетативной дисфункции и уровень личностной и ситуативной тревожности, что на фоне улучшения общего состояния положительно сказывается на качестве жизни. Примененная терапия не имела побочных эффектов или осложнений, положительно влияла на дальнейшее течение беременности и состояние плода и новорожденного, в частности, в 2 раза снизилась частота преэклампсии и в 1,5 раза – асфиксии при рождении.

Заключение. Безопасность и эффективность Эмегеста в комплексной терапии раннего токсикоза позволяет рекомендовать его для использования у беременных после применения ВРТ.

Ключевые слова: ранний токсикоз, Эмегест, вспомогательные репродуктивные технологии, психотерапия.

Comprehensive approach to treatment of early toxicosis in pregnant after use of ART A.V. Kaminskiy, T.V. Kolomiichenko, I.V. Rogava

Obstetricians-gynecologists do not always pay sufficient attention to nausea and vomiting of pregnancy (NVP), sometimes its severity is underestimated and adequate treatment is not prescribed.

The objective: to investigate the efficacy and safety of the complex therapy of NVP in pregnant women after ART, including a preparation of ginger extract with pyridoxine and psychotherapy.

Materials and methods. Sixty pregnant women were examined after applying VRT, with mild manifestations of NVP. The main group consisted of 30 women, with Emegest (ginger and pyridoxine extract) and psychotherapy used in NVP therapy, and a comparison group of 30 women who only adhered to recommendations on changes in diet and life. The presence of the syndrome of autonomic dysfunction was established using the A.M.Veyn questionnaire. For self-assessment of the level of reactive and personal anxiety, testing was carried out according to the method of Ch.D. Spilberger, Yu.L. Khanin. The quality of life was assessed using the SF-36 questionnaire.

Results. The use of recommended NVP therapy in pregnant women after ART makes it possible to improve the condition of women already for 2–3 days, and in 2 weeks of treatment it is essential to reduce or even eliminate the symptoms of NVP. Complex therapy reduces the severity of the syndrome of autonomic dysfunction and the level of personal and situational anxiety, which, against the background of improving the overall condition, positively affects the quality of life. The applied therapy had no side effects or complications, positively influenced the further course of pregnancy and the condition of the fetus and the newborn, in particular, the frequency of preeclampsia is decreased by half and the birth asphyxia by 1.5.

Conclusion. The safety and efficacy of Emegest in the complex therapy of nausea and vomiting of pregnancy allows us to recommend its use in pregnant women after ART.

Key words: nausea and vomiting of pregnancy, Emegest, auxiliary reproductive technologies, psychotherapy.

Сведения об авторах

Каминский А.В. – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 205-49-46

Коломийченко Т.В. – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 205-49-46

Рогава И.В. – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 205-49-46

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аржанова О.Н., Пайкачева Ю.М., Рулева А.В., Капустин Р.В., Ничипорук Н.Г. Причины акушерских осложнений у пациенток после вспомогательных репродуктивных технологий // Ж. акуш. и жен. болезн. – 2017. – № 66 (3). – С. 25–33.
2. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 784 с.
3. Вишневская Е.Е. Влияние психического состояния беременной на развитие раннего токсикоза // Журнал акушерства и женских болезней. – 2014. – Т. LXIII, № 2. – С. 78–83.
4. Мравян С.Р., Петрухин В.А. «Терапевтический нигилизм», патогенез и исходы рвоты беременных // РМЖ. – 2016. – Т. 24, № 15. – С. 966–970.
5. Ребров Б.А., Рокотянская В.В., Реброва О.А. Тошнота и рвота беременных / Ребров Б.А., Рокотянская В.В., Реброва О.А. // Крымский терапевтический журнал. – 2010. – Т. 2, № 2 (15). – С. 28–33.
6. Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи как средству формирования позитивного опыта беременности. – 2017. – 175 с. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/ru/
7. Ушкалова Е., Романова О., Илларионова Т. Фармакотерапия при тошноте и рвоте у беременных // ВРАЧ. – 2011. – № 3. – С. 24–28.
8. Berdai M.A., Labib S., Harandou M. Wernicke's Encephalopathy Complicating Hyperemesis during Pregnancy // Case Rep. Crit. Care. – 2016. – Vol. 2016. – P. 8783932. 10
9. Bolin M., Kerud H., Cnattingius S. Hyperemesis gravidarum and risks of placental dysfunction disorders: a population-based cohort study // BJOG. – 2013. – Vol. 120. – P. 541–547. 13
10. Grooten I.J., Roseboom T.J., Painter R.C. Barriers and Challenges in Hyperemesis Gravidarum Research // Nutr. Metab. Insights. – 2015. – Vol. 8 (Suppl 1). – P. 33–39. 11
11. Jarraya A., Elleuch S., Zouari J. et al. Hyperemesis gravidarum with severe electrolyte disorders: report of a case // Pan Afr Med J. – 2015. – Vol. 20. – P. 264. 12
12. McCarthy F.P., Lutomski J.E., Greene R.A. Hyperemesis gravidarum: current perspectives // Int. J. Womens. Health. – 2014. – Vol. 6. – P. 719–725. 9
13. Niebly J.R. Clinical practice. Nausea and vomiting in pregnancy // N. Engl. J. Med. – 2010. – Vol. 363. – P. 1544–1550.
14. Sharifzadeh F, et al. A comparison between the effects of ginger, pyridoxine (vitamin B6) and placebo for the treatment of the first trimester nausea and vomiting of pregnancy (NVP) // J Matern Fetal Neonatal Med. – 2017 Jul 7. – P. 1–6.
15. Treatments for Hyperemesis Gravidarum and Nausea and Vomiting in Pregnancy: A Systematic Review / McParlin C, et al. // JAMA. – 2016. Oct 4;316(13). – P. 1392–1401.

Статья поступила в редакцию 23.04.2018