

УДК 618.3-06-039.11 -036.1:616. 33-002.2
DOI 10.11603/24116-4944.2018.2.9606

© Н. М. Жеребак, О. П. Гнатко, Н. Г. Скурятіна

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

ХАРАКТЕР РАННІХ ГЕСТАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ГАСТРИТАМИ

Мета дослідження – визначити за даними ретроспективного аналізу характер і частоту ранніх гестаційних ускладнень вагітності в жінок із хронічними гастритами.

Матеріали та методи. Клініко-статистичний аналіз був здійснений за результатами оцінки медичної документації 200 вагітних, з яких 100 жінок (1 група) мали вказівки на наявність хронічного гастриту і 100 пацієнток (2 група) були без нього. В рамках аналізу оцінювали соціальний, гінекологічний, репродуктивний анамнез, наслідки попередніх вагітностей, перенесені захворювання, перебіг даної вагітності і результати її завершення. Статистичний аналіз результатів проводився в пакеті MedStat (2004–2017). Для кількісних ознак розраховувалося середнє значення і стандартне відхилення показника, для порівняння між групами використаний критерій Стьюдента. Для якісних ознак розраховувалася їх частота (%), порівняння частот проводилося за критерієм χ^2 -квдрат. Для кількісної оцінки клінічного ефекту розраховувався показник відносного ризику (ВР) і його 95 % довірчий інтервал (95 % ДІ). Критичний рівень значущості прийнятий за 0,05.

Результати дослідження та їх обговорення. Вік вагітних коливався від 19 до 45 років. Середній вік вагітних із хронічними гастритами склав (29,8±5,6) року, у 2 групі – (30,5±5,9) року, тобто статистично значущої різниці не було ($p>0,005$). В 1 групі було 30,0 % першовагітних і 70,0 % повторновагітних жінок, у 2 групі, відповідно, 44,0 % і 56,0 %. При проведенні порівняння даних гінекологічного та репродуктивного анамнезу статистично значущої різниці між групами не виявлено ($p>0,05$). Частота і характер екстрагенітальної патології в двох групах були порівнянні ($p<0,05$ за всіма патологіями). При проведенні аналізу характеру і частоти ранніх гестаційних ускладнень у вагітних двох груп виявлено статистично значимо ($p=0,006$) велику частоту для пацієнток 1 групи проявів раннього гестозу (блювання вагітних). Частота загрози переривання вагітності для пацієнток із хронічними гастритами була вищою ($p=0,04$), ВР=2,0 (95 % ДІ 1,1–3,8) порівняно з пацієнтками без них. Для вагітних 1 групи також була вищою ($p<0,001$) частота самовільного викидня, ВР=8,5 (95 % ДІ 3,1–23) порівняно з пацієнтками 2 групи. Статистично значимої різниці частоти замирання вагітності не виявлено ($p>0,05$).

Висновок. У вагітних із хронічними гастритами достовірно вища частота ранніх гестаційних ускладнень, особливо таких форм, як блювання вагітних, загроза переривання вагітності й самовільний викидень, порівняно з вагітними, які не мають гастритів.

Ключові слова: вагітність; ранні гестаційні ускладнення; хронічні гастрити.

ХАРАКТЕР РАННИХ ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРИТАМИ

Цель исследования – определить по данным ретроспективного анализа характер и частоту ранних гестационных осложнений беременности у женщин с хроническими гастритами.

Материалы и методы. Клинико-статистический анализ был осуществлен по результатам оценки медицинской документации 200 беременных, из которых 100 женщин (1 группа) имели указания на наличие хронического гастрита и 100 пациенток (2 группа) были без него. В рамках анализа оценивали социальный, гинекологический, репродуктивный анамнез, последствия предыдущих беременностей, перенесенные заболевания, ход данной беременности и результаты ее завершения. Статистический анализ результатов проводился в пакете MedStat (2004–2017). Для количественных признаков рассчитывалось среднее значение и стандартное отклонение показателя, для сравнения между группами использован критерий Стьюдента. Для качественных признаков рассчитывалась их частота (%), сравнение частот проводилось по критерию χ^2 -квдрат. Для количественной оценки клинического эффекта рассчитывался показатель относительного риска (ОР) и его 95 % доверительный интервал (95 % ДИ). Критический уровень значимости принят равным 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст беременных колебался от 19 до 45 лет. Средний возраст беременных с хроническими гастритами составил (29,8±5,6) лет, во 2 группе – (30,5±5,9) лет, то есть статистически значимой разницы не было ($p>0,005$). В 1 группе было 30,0 % первобеременных и 70,0 % повторнобеременных женщин, во 2 группе, соответственно, 44,0 % и 56,0 %. При проведении сравнения данных гинекологического и репродуктивного анамнеза статистически значимого различия между группами не выявлено ($p>0,05$). Частота и характер экстрагенитальной патологии в двух группах были сопоставимы ($p<0,05$ по всем патологиям). При проведении анализа характера и частоты ранних гестационных осложнений у беременных двух групп выявлено статистически значимо ($p=0,006$) большую частоту для пациенток 1 группы проявлений раннего гестоза (рвота беременных). Частота угрозы прерывания беременности для пациенток с хроническими гастритами была выше ($p=0,04$), ОР=2,0 (95 % ДИ 1,1–3,8) по сравнению с пациентками без них. Для беременных 1 группы также была выше ($p<0,001$) частота самопроизвольного выкидыша, ОР=8,5 (95 % ДИ 3,1–23) по сравнению с пациентками 2 группы. Статистически значимого различия частоты замирания беременности не выявлено ($p>0,05$).

Вывод. У беременных с хроническими гастритами достоверно выше частота ранних гестационных осложнений, особенно таких форм, как рвота беременных, угроза прерывания беременности и самопроизвольный выкидыш, по сравнению с беременными, которые не имеют гастритов.

Ключевые слова: беременность; ранние гестационные осложнения; хронические гастриты.

PATTERN OF EARLY GESTATIONAL COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC GASTRITIS

The aim of the study – to determine the pattern and frequency of early gestational complications in pregnant women with chronic gastritis based on the retrospective analysis.

Materials and Methods. A clinical and statistical analysis was performed based on the results of the evaluation of medical records of 200 pregnant women, including 100 women (group 1) with chronic gastritis and 100 patients (group 2) without chronic gastritis. The analysis assessed social, gynecological, reproductive history, consequences of previous pregnancies, past diseases, and evaluated the course of current pregnancy and pregnancy outcome. Statistical analysis of the results was performed with MedStat (2004–2017) package. Mean value and standard deviation of a parameter were calculated for quantitative assessment, and Student's test was used for comparison between groups. For qualitative assessment, the frequency of a parameter (%) was calculated, and frequencies were compared using the chi-square test. The relative risk (RR) and its 95 % confidence interval (95 % CI) were calculated for the quantitative assessment of the clinical effect. The critical significance level was 0.05.

Results and Discussion. The age of pregnant women ranged from 19 to 45 years. The average age was (29.8 ± 5.6) years in pregnant women with chronic gastritis, and (30.5 ± 5.9) years in group 2 with no statistically significant difference ($p > 0.005$). There were 30.0 % of primigravidas and 70.0 % of multigravidas in group 1 and 44.0 % and 56.0 % in group 2, respectively. When comparing the data of gynecological and reproductive history, no statistically significant differences between the groups were found ($p > 0.05$). The frequency and the pattern of extragenital pathology in two groups were comparable ($p < 0.05$ for all pathologies). Based on the analysis of the pattern and frequency of early gestational complications in two groups, a statistically significantly ($p = 0.006$) higher frequency of early gestosis manifestations (emesis gravidarum) was found for patients of group 1. The frequency of threatened miscarriage was higher for patients with chronic gastritis ($p = 0.04$), RR = 2.0 (95 % CI 1.1–3.8) compared with patients without chronic gastritis. The frequency of miscarriage was also higher ($P < 0.001$), RR = 8.5 (95 % CI 3.1–23) in pregnant women of group 1, compared with patients of group 2. No statistically significant difference in stillbirth frequency was found ($p > 0.05$).

Conclusion. Pregnant women with chronic gastritis have significantly higher frequency of early gestational complications, especially emesis gravidarum, threatened miscarriage and spontaneous abortion compared with pregnant women without gastritis.

Key words: pregnancy; early gestational complications; chronic gastritis.

ВСТУП. Одною з важливих проблем акушерства і гінекології в умовах існуючої демографічної кризи в Україні є збереження кожної вагітності та народження здорової дитини [1]. Пріоритетним напрямком у поліпшенні демографічних показників є профілактика ранніх гестаційних ускладнень, які формують наслідок вагітності. Наявність екстрагенітальних захворювань негативно впливає на перебіг вагітності і пологів, а також є причиною 12–20 % материнської та 40 % перинатальної смертності [2, 3].

Серед екстрагенітальних патологій, які мають вплив на перебіг вагітності та виникнення ранніх гестаційних ускладнень, певне місце належить захворюванням шлунково-кишкового тракту, які є в анамнезі у вагітних, або вперше виявлені, або даний стан зумовлено вагітністю. Доведено, що при вагітності змінюється фізіологічний стан шлунково-кишкового тракту (ШКТ): жінок часто турбують такі явища, як нудота, а також закрепи, що, у свою чергу, може сприяти розвитку умов для виникнення викидня чи передчасних пологів (синдром подразненого кишечника) [4]. Сучасна статистика говорить про те, що у світі не менше 40 % жінок у той чи інший момент вагітності страждають від закрепів (консипації), а в реальності цей показник може досягати 50–93 % [5]. Поширеність таких станів у вагітних обумовлена фізіологічними змінами в нервовій та ендокринній регуляції шлунково-кишкового тракту при вагітності. Прогестерон, який попереджує надмірне скорочення міометрія шляхом розслаблення гладкої мускулатури, одночасно знижує і моторику кишечника, уповільнює пасаж їжі, змінює тонус сфінктерів ШКТ [6, 7]. Причиною цього є загальна іннервація матки та товстої кишки.

Гуморальна частина регуляції також мало відрізняється: при утрудненій дефекації відбувається великий викид серотоніну обкладовими клітинами товстої кишки, а рецептори до даного медіатора розташовані не лише в слизовій оболонці товстої кишки, але і в міометрії. Таким чином, при закрепах збудливість матки значно підвищується, найчастіше серотонін безпосередньо провокує

скоротливу активність матки. Аналогічний ефект мають і простагландини, концентрація яких при закрепах також збільшується [6, 7].

Дані наукових досліджень [8, 9] дозволили виявити чіткий зв'язок закрепів та ранніх гестаційних ускладнень, серед яких потрібно виділити такі:

- загроза переривання вагітності, невиношування вагітності;

- вагітність, що не розвивається (наслідок транслокації інфекта через стінки суміжних органів – кишечника та матки й надмірної активації імунної системи);

- блювання вагітних різних ступенів тяжкості тощо.

Травна система є своєрідною ареною боротьби вже на ранніх термінах гестації. Усунення або послаблення впливу провокуючих факторів на рівні травного каналу є важливим етапом підтримки гомеостазу та попередження ураження репродуктивної системи.

Частота екстрагенітальної патології серед вагітних жінок молодого віку не має тенденції до зниження і суттєво зростає.

На тлі екстрагенітальної патології часто розвивається акушерська патологія [10, 11]. Невиношування вагітності, як правило, є наслідком не однієї, а декількох причин, які впливають на перебіг вагітності одночасно або послідовно. До основних відомих чинників невиношування та мимовільного її переривання відносять: генетичні фактори; інфекції, що передаються статевим шляхом; ендокринні порушення; імунні фактори; екстрагенітальні захворювання.

Вагітність, що завмерла, є одним із гестаційних ускладнень, яке найчастіше припадає на I триместр вагітності та погіршує умови для настання та виношування наступної вагітності. Частота даного гестаційного ускладнення складає (75–80 %) від вагітностей I триместру. Наслідками вагітності, що завмерла, можуть бути такі ускладнення, як коагулопатичні кровотечі, запальні захворювання сечостатевої системи, що можуть призводити до підвищеної материнської захворюваності [4, 12].

Поширеність захворювань органів травлення в загальній популяції та їх хронобіологічне співвідношення вагітності і соматичної патології потребують подальшого уточнення патогенетичних механізмів розвитку ускладнень у жінок репродуктивного віку, розроблення раціональних алгоритмів ранньої діагностики, профілактики та ефективного комплексного лікування в даній категорії пацієнток.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – визначити за даними ретроспективного аналізу характер і частоту ранніх гестаційних ускладнень вагітності в жінок із хронічними гастритами.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Дослідження проведено на базі Київського міського пологового будинку № 6. Клініко-статистичний ретроспективний аналіз було здійснено за результатами оцінки медичної документації 200 вагітних, із яких 100 жінок (1 група) мали вказівки на наявність хронічного гастриту і 100 пацієнток (2 група) були без нього.

У рамках аналізу оцінювали соціальний анамнез: вік, вид діяльності, освіту; гінекологічний анамнез; репродуктивний анамнез (паритет, аборти, викидні, пологи), наслідки попередніх вагітностей, перенесені запально-інфекційні, екстрагенітальні захворювання, оцінювали перебіг даної вагітності і результати її завершення.

Статистичний аналіз результатів проводився в пакеті MedStat, 2017 р. Для представлення кількісних ознак розраховувалося середнє значення та стандартне відхилення показника, для порівняння між групами використано критерій Стьюдента. Для представлення якісних ознак розраховувалося їх частота (%), порівняння частот проводилося за критерієм хі-квадрат. Для кількісної оцінки клінічного ефекту розраховувався показник відносного ризику (ВР) та його 95 % довірчий інтервал (95 % ДІ). Критичний рівень значимості прийнятий рівним 0,05.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Вік вагітних коливався від 19 до 45 років. Середній вік вагітних 1 групи становив (29,8±5,6) року, в 2 групі – (30,5±5,9) року, тобто статистично значимої різниці не було (p>0,005), але відмічався різний віковий розподіл у групах. Так, у 1 групі значний відсоток становили

пацієнтки активного репродуктивного віку і старші. В 2 групі найбільший відсоток становили пацієнтки активного репродуктивного віку (табл. 1).

Аналізуючи соціальний статус обстежених вагітних, з'ясовано, що на відміну від здорових вагітних ранні гестаційні ускладнення спостерігалися частіше у працюючих жінок (1 група – робітниця і службовці – 76,0 %, 2 група – 79,0 %, контрольна група – 50,0 %); переважна більшість жінок займалася нефізичною працею (1 група – 72,0 %, 2 група – 69,0 %, контрольна – 57,5 %), вищу освіту пацієнтки 1 групи мали у 72,0 %, 2 групи – у 72,0 % і в контрольній – 47,5 %. Отже, такі фактори, як вища освіта, розумова праця, які часто пов'язані з певними службовими посадами, можуть слугувати стресіндукованим чинником професійної зайнятості.

Аналізуючи анамнестичні дані щодо характеру менструальної функції, в пацієнток обох груп не було встановлено достовірної різниці у віці настання менархе (12,6±1,3 – в 1 групі, 12,9±1,8 – в 2 групі, p>0,05).

Порушення менструальної функції було зафіксовано за даними історій хвороби у 23,0 % жінок 1 групи та в 19,0 % – 2 групи.

Раннє статеве життя (до 18 років) розпочали 33,0 % пацієнток 1 групи та 26,0 % – 2 групи.

Аналіз гінекологічного анамнезу (табл. 2) показав, що в групі пацієнток із хронічними гастритами частіше фіксувалися гінекологічні захворювання, що пов'язані зі змінами гормонального фону, що, з одного боку, може обумовлювати розвиток гестаційних ускладнень, а з іншого – сприяти існуванню екстрагенітальної патології, в тому числі і хронічним гастритам.

При проведенні порівняння статистично значимої відмінності між 1 та 2 групами за показниками гінекологічного анамнезу не виявлено (p>0,05 за критерієм хі-квадрат для всіх показників). Ці дані свідчать, що обидві групи мають однакові наслідки якихось причин, що реалізуються, можливо, через різні патогенетичні механізми.

Таблиця 1. Вікова структура вагітних (абс., %)

Вік вагітних, роки	Групи вагітних			
	1 група, n=100		2 група, n=100	
	абс.	%	абс.	%
19–25	25	25,0	24	24,0
26–30	48	48,0	59	59,0
31–35	17	17,0	12	12,0
>35	10	10,0	5	5,0

Таблиця 2. Особливості гінекологічного анамнезу (абс., %)

Показник	Групи вагітних			
	1 група, n=100		2 група, n=100	
	абс.	%	абс.	%
Раннє менархе	3	30,0	2	20,0
Пізнє менархе	1	10,0	1	10,0
Ранній початок статевого життя	33	33,0	26	26,0
Порушення менструальної функції	23	23,0	19	19,0
Запальні захворювання жіночої статевої системи	25	25,0	16	16,0
Доброякісні утворення придатків і матки	18	18,0	12	12,0

Аналіз репродуктивної функції показав, що в 1 групі серед вагітних було 30,0 % першовагітних жінок і 70,0 % – повторновагітних, в 2 групі було 44,0 % першовагітних і 56,0 % повторновагітних, у контрольній групі 37,5 % було першовагітних і 62,5 % повторновагітних.

Для встановлення особливостей репродуктивного анамнезу в групах вагітних із ранніми гестаційними ускладненнями проведена порівняльна оцінка між 1 та 2 групами. Результати оцінки репродуктивного анамнезу представлені в таблиці 3.

Як свідчать дані аналізу, більшість пацієнок обох груп мала повторну вагітність. Статистично значимої відмінності між групами за репродуктивним анамнезом (табл. 2) для повторновагітних ($p=0,83$ за критерієм χ^2 -квадрат) не виявлено. Але аналізуючи характер абортів в обох групах, слід відзначити, що серед жінок із хронічними гастритами частота мимовільних викиднів (1 група – 33,3%, 2 група – 16,7%) була в 2 рази, а завмерлої вагітності (відповідно, 25,0% і 16,7%) – в 1,5 рази вищою, ніж у жінок, які не мали даної патології.

Серед жінок, які мали в анамнезі аборти і пологи (1 група – 32,0 %, 2 група – 24,0 %) частіше відмічалось поєднання мимовільних викиднів із передчасними пологами (1 група – 18,8 %, 2 група – 12,0 %).

Аналізуючи частоту та характер іншої (крім хронічного гастриту) екстрагенітальної патології в жінок обох груп із ранніми гестаційними ускладненнями, ми не встановили суттєвої різниці за характером та частотою. Частота екстрагенітальної патології в двох групах (табл. 4) була зівставною, ($p>0,05$ за всіма патологіями). Частота і характер екстрагенітальної патології у вагітних 1 та 2 груп представлено в таблиці 4.

Слід звернути увагу на те, що для розглянутої екстрагенітальної патології певну роль відіграють такі чинники, як стресогенні фактори і гормональні зміни, що мало місце у жінок із ранніми гестаційними ускладненнями.

Для з'ясування ролі хронічного гастриту і ранніх гестаційних ускладнень був проведений аналіз їх частоти та характеру у вагітних з 1 та 2 груп. Результати представлені в таблиці 5.

Аналізуючи отримані дані, було встановлено, що частота визначених ранніх гестаційних ускладнень була вищою в пацієнок 1 групи (табл. 5) порівняно з 2 групою.

Було виявлено статистично значимо ($p=0,006$) більшу частоту прояву раннього гестозу (блювання вагітних) для пацієнок 1-ї групи.

Загроза переривання вагітності для пацієнок 1-ї групи була вищою ($p=0,04$), $VP=2,0$ (95 % ДІ 1,1–3,8) порівняно

Таблиця 3. Репродуктивний анамнез вагітних 1 та 2 груп (абс., %)

Показник	Групи вагітних			
	1 група, n=100		2 група, n=100	
	абс.	%	абс.	%
Перша вагітність	30	30,0	44	44,0
Повторна вагітність:	70	70,0	56	56,0
– аборти	12	17,1	12	21,4
– пологи	26	37,1	20	35,7
– аборти + пологи	32	45,7	24	42,9

Таблиця 4. Екстрагенітальна патологія у вагітних 1 та 2 груп (абс., %)

Екстрагенітальна патологія	Групи вагітних			
	1 група, n=100		2 група, n=100	
	абс.	%	абс.	%
Дитячі інфекції	38	38,0	29	29,0
Захворювання органів дихання	5	5,0	4	4,0
Серцево-судинні захворювання	18	18,0	13	13,0
Захворювання сечовидільної системи	16	16,0	11	11,0
Інші захворювання ШКТ	13	13,0	9	10,0
Захворювання щитоподібної залози	10	10,0	6	6,0
Варикозна хвороба	7	7,0	6	6,0
Підвищена маса тіла й ожиріння	8	8,0	11	11,0
Недостатня маса тіла	9	9,0	5	5,0

Таблиця 5. Характер та частота гестаційних ускладнень в обстежених вагітних у I половині вагітності (абс., %)

Ускладнення	Групи вагітних				Рівень значимості відмінності, p
	1 група, n=100		2 група, n=100		
	абс.	%	абс.	%	
Ранній гестоз (блювання вагітних)	9	9	0	0	0,006
Загроза переривання вагітності	24	24	12	12	0,04
Мимовільний викидень	34	34	4	4	<0,001
Вагітність, що завмерла	12	12	6	6	0,21

з пацієнтками 2-ї групи. Для пацієнток 1-ї групи вищою ($p < 0,001$) була також частота мимовільного викидня, $VP=8,5$ (95% ДІ 3,1–23) порівняно з пацієнтками 2-ї групи. Статистично значимої відмінності частоти завмирання вагітності не було виявлено ($p > 0,05$).

Отже, при наявності хронічного гастриту у вагітних частіше зустрічаються ранні гестаційні ускладнення.

ВИСНОВОК. У вагітних із хронічними гастритами достовірно вища частота ранніх гестаційних ускладнень,

особливо таких форм, як блювання вагітних, загроза переривання вагітності і мимовільний викидень, порівняно з вагітними, які не мають гастритів.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Визначення ролі хронічних гастритів у розвитку ранніх гестаційних ускладнень скеровує на дослідження і розкриття патогенетичних механізмів при даній поєднаній патології для прогнозування розвитку ускладнень вагітності та поліпшення її наслідків.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дудіна О. О. Деякі характеристики репродуктивного здоров'я жінок України / О. О. Дудіна, Г. Я., Пархоменко, Ю. Ю. Горобець // Здоров'я жінчини. – 2011. – № 7 (68). – С. 146–151.
2. Жук С. І. Ефективне попередження передчасних пологів: від науки до практики / С. І. Жук // Жіночий лікар. – 2013. – № 1 (45).
3. Резніченко Г. І. Профілактика невиношування вагітності і передчасних пологів / Г. І. Резніченко // Жіночий лікар. – 2013. – № 3. – С. 10–14.
4. Khashan A. S. Increased risk of miscarriage and ectopic pregnancy among women with irritable bowel syndrome / A. S. Khashan, E. M. Quigley, R. McNamee // *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. – 2012. – Vol. 10, No. 8. – P. 902–909. [PMID: 22373726].
5. Shin G. H. Pregnancy and postpartum bowel changes: Constipation and fecal incontinence / G. H. Shin, E. L. Toto, R. Schey // *The American Journal of Gastroenterology*. – 2015. – Vol. 110. – P. 521–529. [PMID: 25803402].
6. Гвасалия А. Г. Клиническое значение запоров при беременности : автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. мед. наук / А. Г. Гвасалия. – М., 2004. – 23 с.

REFERENCES

1. Dudina, O.O., Parkhomenko, H.Ya., & Horobets, Yu.Yu. (2011). Deiyaki kharakterystyky reproduktyvnoho zdorovia zhinok Ukrainy [Some characteristics of reproductive health of women of Ukraine]. *Zdorovye zhenshchiny – Health of Women*, 7 (68), 146-151 [in Russian].
2. Zhuk, S.I. (2013). Efektyvne poperedzhennia peredchasykh polohiv: vid nauky do praktyky [Effective prevention of preterm labor: from science to practice]. *Zhinochyi likar – Woman's Doctor*, 1 (45) [in Ukrainian].
3. Reznichenko, H.I. (2013). Profilaktyka nevinoshuvannia vahitnosti i peredchasykh polohiv [Prevention of miscarriage of pregnancy and preterm labor]. *Zhinochyi likar – Woman's Doctor*, 3, 10-14 [in Ukrainian].
4. Khashan, A.S., Quigley, E.M., & McNamee, R. (2012). Increased risk of miscarriage and ectopic pregnancy among women with irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 10, 8, 902-909. [PMID: 22373726].
5. Shin, G.H., Toto, E.L., & Schey, R. (2015). Pregnancy and postpartum bowel changes: Constipation and fecal incontinence. *The American Journal of Gastroenterology*, 110, 521-529. [PMID: 25803402].
6. Gvasaliya, A.G. (2004). Klinicheskoye znachenie zaporov pri beremennosti [The clinical significance of constipation during pregnancy]. *Candidate's thesis*, Moskow [in Russian].
7. Podzolkova, N.M., & Nazarova, S.V. (2010). Klinicheskoye znachenye zaporov v razvitiy oslozhneniy beremennosti

7. Подзолкова Н. М. Клиническое значение запоров в развитии осложненной беременности и послеродового периода / Н. М. Подзолкова, С. В. Назарова // *Consilium medicum*. – 2010. – № 6. – С. 50–54.

8. American college of gastroenterology pregnancy in gastrointestinal disorders. (2nd edition). – 2011. Mode access : http://gi.org/wp_content/up_loads/2011/07/institute_PregnancyMonograph.pdf.

9. Батрак Н. В. Иммунологические аспекты привычного невынашивания беременности / Н. В. Батрак, А. И. Малышкина, Н. В. Крошкина // *Акушерство и гинекология*. – 2014. – № 12. – С. 10–14.

10. Акушерство та гінекологія : нац. підручник : у 4 т. / за ред. акад. НАМН України, проф. В. М. Запорожана. – К. : ВСВ «Медицина», 2013. – С. 260–324, 340–356.

11. Сидельникова В. М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: методические пособия и клинические протоколы / В. М. Сидельникова. – М. : МЕД пресс-информ, 2010. – 224 с.

12. Guleria M. Maternal acceptance of the fetus: true human tolerance / M. Guleria, H. Sayegh // *The Journal of Immunology*. – 2007. – Vol. 178. – P. 3345–3351.

i poslerodovogo perioda [The clinical significance of constipation in the development of complications of pregnancy and the postpartum period]. *Consilium Medicum*, 6, 50-54 [in Russian].

8. (2011). American college of gastroenterology pregnancy in gastrointestinal disorders. (2nd edition). Retrieved from: http://gi.org/wp_content/up_loads/2011/07/institute_PregnancyMonograph.pdf.

9. Batrak, N.V., Malyshkina, A.I., & Kroshkina, N.V. (2014). Immunologicheskiye aspekty privychnogo nevinashyvaniya beremennosti [Immunological aspects of recurrent miscarriage]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and Gynecology*, 12, 10-14 [in Russian].

10. Zaporozhan, V.M. (Ed.) (2013). *Akusherstvo ta hinekologiya: nats. pidruchnyk; u 4 t. [Obstetrics and gynecology: National. textbook (in 4 vol.)]*. Kyiv: VSV "Medytsyna" [in Ukrainian].

11. Sydelnikova, V.M. (2010). *Podgotovka i vedenye beremennosti u zhenshchin s pryvychnym nevinashyvaniyem: metodicheskiye posobiya i klinicheskiye protokoly [Preparation and management of pregnancy in women with habitual miscarriage: methodological guidelines and clinical protocols]*. Moscow: MED press-inform [in Russian].

12. Guleria, M., & Sayegh, H. (2007). Maternal acceptance of the fetus: true human tolerance. *The Journal of Immunology*, 178, 3345-3351.

Отримано 06.08.18