

International Science Group

ISG-KONF.COM

VIII International Scientific and Practical Conference «The modern dimension of interdisciplinary research: from theory to practice»

October 27–30, 2026
Florence, Italy

ISBN - 979-8-90671-563-0
DOI – 10.46299/ISG.2026.2.8

41.	Kuatbayeva A., Mutaliyeva A., Abbasova D. DEVELOPMENT OF GENOMIC SURVEILLANCE IN KAZAKHSTAN: ACHIEVEMENTS, CURRENT RESULTS AND PROSPECTS FOR FURTHER IMPROVEMENT	207
42.	Сюсюка В.Г., Богуславська Н.Ю., Онопченко С.П., Пучков В.А., Гайдай Н.В. СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ	212
43.	Черненко Л.М., Вязовська Є.І. НАДЛИШКОВА МАСА ТІЛА ТА ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ: ВІКОВІ Й СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ ЗА ДАНИМИ АНТРОПОМЕТРИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ	217
44.	Черненко Л.М., Солдатова Є.С. ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ: ЧИ ПРАВИЛЬНО ВИКОРИСТОВУЮТЬ АНТИБІОТИКИ ЗГІДНО З ПРИНЦИПАМИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ	219
45.	Черненко Л.М., Грищенко Д.І. ДЕФІЦИТ ВІТАМІНУ D У ДІТЕЙ: АНАЛІЗ ДОКАЗІВ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА РИЗИКІВ НАДМІРНОЇ СУПЛЕМЕНТАЦІЇ	222
46.	Черненко Л.М., Шевчук В.А. НЕДОНОШЕНІ ДІТИ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНЮВАННЯ РИЗИКІВ І ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКІВ ПЕРЕДЧАСНОГО НАРОДЖЕННЯ	226
	MINING AND OIL AND GAS TECHNOLOGIES	
47.	Rastsvietaiev V. OPTIMIZATION OF DEPOSIT-CONTROL STRATEGIES TO ENHANCE THE OPERATIONAL EFFICIENCY OF TRUNK PIPELINES	231
	PHILOLOGY	
48.	Михайлова І.А., Коваленко Н.В. ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ПРАГМАТИЧНОЇ АДАПТАЦІЇ АНГЛОМОВНИХ ІДІОМ У КІНОДИСКУРСІ (НА МАТЕРІАЛІ СЕРІАЛУ "ЕМІЛІ В ПАРИЖИ")	237
49.	Смаглій В., Костякова В. КОМПОЗИЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ АНГЛОМОВНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ЦИФРОВИХ ПЛАТФОРМ	240

СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

Сюсюка В. Г.
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри акушерства і гінекології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Богуславська Н. Ю.
медичний директор, КНП ТМО «Здорова родина» ЗОР,
кандидат медичних наук,
доцент закладу вищої освіти
кафедри акушерства і гінекології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Онопченко С. П.
кандидат медичних наук,
асистент кафедри акушерства і гінекології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Пучков В.А.
кандидат медичних наук,
доцент закладу вищої освіти
кафедри акушерства і гінекології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Гайдай Н.В.
кандидат медичних наук,
доцент закладу вищої освіти
кафедри акушерства і гінекології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Прееклампсія (ПЕ) – це мультисистемне захворювання, що є однією з провідних причин материнської та перинатальної захворюваності і смертності [1, 2]. ПЕ розглядають як незалежний гендерно-специфічний фактор ризику серцево-судинних подій. Дослідження довели, що жінки з гестаційними гіпертензивними розладами мають в 2-4 рази вищий ризик серцево-судинних захворювань. Як відомо, довгострокові серцево-судинні наслідки не лише впливають на матір, але й водночас створюють небезпеку для її дитини. Отже, потенційні наслідки ПЕ становлять велику загрозу для матерів та їхніх дітей, медичної системи та суспільства в усьому світі [3]. Стратегія скринінгу та профілактики ПЕ добре сприймається великою кількістю жінок з різним

етнічним походженням. Слід зазначити, що низькі дози ацетилсаліцилової кислоти (АК) вважаються безпечним втручанням під час вагітності. Однак є дослідження, які свідчать, що впровадження такої стратегії не пов'язане зі значним зниженням частоти ПЕ, але на етапі профілактики низькими дозами АК ефективно знижує її частоту на 41% серед жінок з високим ризиком [4]. В нашій країні, у відповідності зі стандартом медичної допомоги, вагітній групи ризику рекомендована доза АК складає 100-150 мг на добу щодня ввечері, починаючи з 12 та до 36 тижнів вагітності. Її призначення потребує збільшення дози фолієвої кислоти до 800 мкг на добу. До групи ризику виникнення ПЕ відносяться жінки, які мають щонайменше один фактор високого ризику (цукровий діабет 1 або 2 типу, хронічна артеріальна гіпертензія, гіпертензивні розлади під час попередньої(іх) вагітності(ей), хронічна хвороба нирок, аутоімунні захворювання (системний червоний вовчак, антифосфоліпідний синдром, багатоплідна вагітність) або два фактори помірного ризику (перша вагітність, вік вагітної жінки 40 років та старше, інтервал між вагітностями більше 10 років, ІМТ 35 кг/м² або більше при першому зверненні до жіночої консультації, сімейний анамнез ПЕ) [5, 6]. На сьогодні доведено, що щоденне застосування АК в низьких дозах під час вагітності вважається безпечним і має низьку ймовірність серйозних ускладнень у матері чи плода, пов'язаних із застосуванням препарату. Однак, за відсутності факторів високого ризику ПЕ, сучасні дані не підтверджують використання профілактично АК в низьких дозах для запобігання раннім втратам вагітності, затримці росту плода, мертвонародження або передчасних пологів [7, 8]. Оскільки накопичуються докази профілактики ПЕ АК, нещодавнє дослідження вивчало його ефективність у дозах 150 мг, що вище, ніж було рекомендоване раніше. Однак тривають дебати щодо того, яку дозу препарату слід використовувати під час вагітності та коли починати терапію. Рекомендації щодо профілактичного його застосування вагітним жінкам дещо відрізняються, наприклад, залежно від країни [9, 10]. Специфічне дозування АК та профілактика ПЕ вивчалися в рандомізованих дослідженнях. Жінки, яким випадковим чином його призначали в дозі 150 мг, спостерігали зниження ризику ПЕ на 62% (ВР 0,38). При всіх дозах АК спостерігалося максимальне зниження ризику ПЕ будь-якого гестаційного віку на 30% [11]. Міжнародною федерацією гінекології та акушерства (FIGO) після скринінгу на передчасну ПЕ жінкам з високим ризиком рекомендовано призначення АК, починаючи з 11-14 тижнів вагітності, у дозі 150 мг щовечора до 36 тижнів вагітності. Крім того, жінкам рекомендовані добавки кальцію, що можуть вплинути на частоту як ранньої, так і пізньої ПЕ [1]. Пероральний прийом кальцію рекомендується як додатковий профілактичний засіб жінкам з недостатнім його споживанням з їжею [12-17]. В групах населення з недостатнім споживанням кальцію з їжею (менше 600 мг на добу) для зниження ризику ПЕ вагітним із 16 тижнів і до розродження рекомендується щоденний прийом його препаратів в дозі 1,5-2 гр. в перерахунку на елементарний кальцій (під час прийому їжі) [5, 6]. За результатами систематичного Cochrane огляду було показано, що прийом добавок кальцію до вагітності та на ранніх термінах може

знизити ризик розвитку ПЕ у жінок або втрати вагітності на будь-якому терміні гестації. Однак, наявні дані не підтверджують і не спростовують значення рутинного використання добавок кальцію як до зачаття, так і на ранніх термінах вагітності [18]. Прийом кальцію сприяв зниженню ризику ПЕ на 49%, ризику гестаційної гіпертензії – на 30% порівняно з плацебо. Крім того, спостерігалася тенденція до зниження частоти передчасних пологів, стимуляції пологів, низької ваги при народженні, перинатальної смертності та материнської смертності в групі, яка отримувала добавки кальцію [19, 20].

Висновок

Отже вагітним групи високого ризику розвитку прееклампсії, слід надавати відповідну інформацію та рекомендувати щоденнй прийом низьких доз ацетилсаліцилової кислоти з ранніх термінів вагітності, що є найефективнішим способом запобігання прееклампсії. Крім того, жінкам з недостатнім споживанням кальцію з їжею (менше 600 мг на добу) рекомендовані добавки кальцію, що можуть вплинути на частоту як ранньої, так і пізньої прееклампсії.

Список літератури

1. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, McAuliffe F, da Silva Costa F, von Dadelszen P, McIntyre HD, Kihara AB, Di Renzo GC, Romero R, D'Alton M, Berghella V, Nicolaides KH, Hod M. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. Int J Gynaecol Obstet. 2019;145 Suppl 1(Suppl 1):1-33. doi: 10.1002/ijgo.12802. Erratum in: Int J Gynaecol Obstet. 2019;146(3):390-391. doi: 10.1002/ijgo.12892.

2. Sinkey RG, Battarbee AN, Bello NA, Ives CW, Oparil S, Tita ATN. Prevention, Diagnosis, and Management of Hypertensive Disorders of Pregnancy: a Comparison of International Guidelines. Curr Hypertens Rep. 2020;22(9):66. doi: 10.1007/s11906-020-01082-w.

3. Chang KJ, Seow KM, Chen KH. Preeclampsia: Recent Advances in Predicting, Preventing, and Managing the Maternal and Fetal Life-Threatening Condition. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(4):2994. doi: 10.3390/ijerph20042994.

4. Nguyen-Hoang L, Dinh LT, Tai AST, Nguyen DA, Pooh RK, Shiozaki A, Zheng M, Hu Y, Li B, Kusuma A, Yapan P, Gosavi A, Kaneko M, Luewan S, Chang TY, Chaiyasit N, Nanthakomon T, Liu H, Shaw SW, Leung WC, Mahdy ZA, Aguilar A, Leung HHY, Lee NMW, Lau SL, Wah IYM, Lu X, Sahota DS, Chong MKC, Poon LC; FORECAST Collaborators. Implementation of First-Trimester Screening and Prevention of Preeclampsia: A Stepped Wedge Cluster-Randomized Trial in Asia. Circulation. 2024;150(16):1223-1235. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.124.069907.

5. Наказ Міністерства охорони здоров’я України № 1437 від 9 серпня 2022 року Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність»

6. Наказ Міністерства охорони здоров’я України № 151 від 24 січня 2022 року Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної,

вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді».

7. ACOG Committee Opinion No. 743: Low-Dose Aspirin Use During Pregnancy. Obstet Gynecol. 2018;132(1):e44-e52. doi: 10.1097/AOG.0000000000002708.

8. Sotiriadis A, Hernandez-Andrade E, da Silva Costa F, Ghi T, Glanc P, Khalil A, Martins WP, Odibo AO, Papageorghiou AT, Salomon LJ, Thilaganathan B; ISUOG CSC Pre-eclampsia Task Force. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in screening for and follow-up of pre-eclampsia. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019;53(1):7-22. doi: 10.1002/uog.20105.

9. Rolnik DL, Nicolaides KH, Poon LC. Prevention of preeclampsia with aspirin. Am J Obstet Gynecol. 2022;226(2S):S1108-S1119. doi: 10.1016/j.ajog.2020.08.045.

10. Ahn TG, Hwang JY. Preeclampsia and aspirin. Obstet Gynecol Sci. 2023;66(3):120-132. doi: 10.5468/ogs.22261.

11. Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, Avery CL, Baker-Smith CM, Beaton AZ, Boehme AK, Buxton AE, Commodore-Mensah Y, Elkind MSV, Evenson KR, Eze-Nliam C, Fugar S, Generoso G, Heard DG, Hiremath S, Ho JE, Kalani R, Kazi DS, Ko D, Levine DA, Liu J, Ma J, Magnani JW, Michos ED, Mussolino ME, Navaneethan SD, Parikh NI, Poudel R, Rezk-Hanna M, Roth GA, Shah NS, St-Onge MP, Thacker EL, Virani SS, Voeks JH, Wang NY, Wong ND, Wong SS, Yaffe K, Martin SS; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2023 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation. 2023;147(8):e93-e621. doi: 10.1161/CIR.0000000000001123. Erratum in: Circulation. 2023;147(8):e622. doi: 10.1161/CIR.0000000000001137. Erratum in: Circulation. 2023;148(4):e4. doi: 10.1161/CIR.0000000000001167.

12. WHO recommendation: Calcium supplementation during pregnancy for the prevention of pre-eclampsia and its complications. Geneva: World Health Organization; 2018.

13. WHO recommendation on Calcium supplementation before pregnancy for the prevention of pre-eclampsia and its complications [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32343507/

14. Gomes F, Ashorn P, Askari S, Belizan JM, Boy E, Cormick G, Dickin KL, Driller-Colangelo AR, Fawzi W, Hofmeyr GJ, Humphrey J, Khadilkar A, Mandlik R, Neufeld LM, Palacios C, Roth DE, Shlisky J, Sudfeld CR, Weaver C, Bourassa MW. Calcium supplementation for the prevention of hypertensive disorders of pregnancy: current evidence and programmatic considerations. Ann N Y Acad Sci. 2022;1510(1):52-67. doi: 10.1111/nyas.14733.

15. Magee LA, Brown MA, Hall DR, Gupte S, Hennessy A, Karumanchi SA, Kenny LC, McCarthy F, Myers J, Poon LC, Rana S, Saito S, Staff AC, Tsigas E, von Dadelszen P. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in

Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. Pregnancy Hypertens. 2022;27:148-169. doi: 10.1016/j.preghy.2021.09.008.

16. Magee LA, Smith GN, Bloch C, Côté AM, Jain V, Nerenberg K, von Dadelszen P, Helewa M, Rey E. Guideline No. 426: Hypertensive Disorders of Pregnancy: Diagnosis, Prediction, Prevention, and Management. J Obstet Gynaecol Can. 2022;44(5):547-571.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2022.03.002.

17. Gerede A, Papasozomenou P, Stavros S, Potiris A, Domali E, Nikolettos N, Eleftheriades M, Zafrakas M. Calcium Supplementation in Pregnancy: A Systematic Review of Clinical Studies. Medicina (Kaunas). 2025;61(7):1195. doi: 10.3390/medicina61071195.

18. Hofmeyr GJ, Manyame S, Medley N, Williams MJ. Calcium supplementation commencing before or early in pregnancy, for preventing hypertensive disorders of pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2019;9(9):CD011192. doi: 10.1002/14651858.CD011192.pub3.

19. Jaiswal V, Joshi A, Jha M, Hanif M, Arora A, Gupta S, Shah M, Deb N, Peng Ang S, Aujla S, Patel N, Habib A, Ghadvaje G. Association between calcium supplementation and gestational hypertension, and preeclampsia: A Meta-analysis of 26 randomized controlled trials. Curr Probl Cardiol. 2024;49(3):102217. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2023.102217.

20. Gerede A, Papasozomenou P, Stavros S, Potiris A, Domali E, Nikolettos N, Eleftheriades M, Zafrakas M. Calcium Supplementation in Pregnancy: A Systematic Review of Clinical Studies. Medicina (Kaunas). 2025;61(7):1195. doi: 10.3390/medicina61071195.