

# Фитотерапия при беременности: преимущества и недостатки

**А.У. Кязимова, Г.А. Гусейнова, Р.М. Абдуллаева**

Азербайджанский медицинский университет;  
Азербайджан, AZ1022, Баку, ул. Бакиханова, д. 23

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Кязимова Афак Улдускызы** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры фармакологии Азербайджанского медицинского университета. Тел: +994502152208. E-mail: Lordman74@mail.ru

**Гусейнова Гюльбаниз Асифкызы** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры фармакологии Азербайджанского медицинского университета. Тел: +994505470057. E-mail: Lordman74@mail.ru

**Абдуллаева Рашида Мусакызы** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры фармакологии Азербайджанского медицинского университета. Тел: +994503332312. E-mail: Lordman74@mail.ru

## РЕЗЮМЕ

Почти 80% беременных женщин в первые 3 мес беременности и позже страдают от разных патологий и синдромов. Каждая 2-я беременная имеет тот или иной диагноз хронической патологии, что представляет риск невынашиваемости или прерывания беременности, а также угрожает здоровью матери и будущего ребенка. Лекарственные препараты растительного происхождения могут эффективно применяться при беременности, сопровождающейся различными соматическими болезнями. Фитопрепараты практически не вызывают побочных эффектов и могут назначаться для длительного самостоятельного лечения, а также в сочетании с другими лекарственными средствами. Однако использовать их во время беременности следует с осторожностью. Необходимо дальнейшее исследование фитопрепаратов для подтверждения их эффективности и безопасности при беременности.

**Ключевые слова:** беременность, плод, фитотерапия, лекарственные растения, эффективность, безопасность.

**Для цитирования:** Кязимова А.У., Гусейнова Г.А., Абдуллаева Р.М. Фитотерапия при беременности: преимущества и недостатки. Фармация, 2018; 67 (6): 9–12. <https://doi.org/10.29296/25419218-2018-06-02>

## PHYTOTHERAPY DURING PREGNANCY: ADVANTAGES AND DISADVANTAGES

**A.U. Kyazimova, G.A. Guseinova, R.M. Abdullaeva**

*Azerbaijan Medical University; 23, Bakikhanov St., Baku, Azerbaijan AZ1022*

## INFORMATION ABOUT OF THE AUTHORS

**Kazimova Afag Uldus** – candidate of medicine sciences, assistant of the department of pharmacology of Medical University Azerbaijan. Тел: +994502152208. E-mail: Lordman74@mail.ru

**Huseynova Gulbaniz Asif** – candidate of medicine sciences, associate professor of the Department of Pharmacology, Azerbaijan Medical University. Тел: +994505470057. E-mail: Lordman74@mail.ru

**Abdullayeva Rashida Musa** – candidate of medicine sciences, assistant of the Department of Pharmacology, Azerbaijan Medical University. Тел: +994503332312. E-mail: Lordman74@mail.ru

## SUMMARY

Almost 80% of pregnant women suffer from various diseases and syndromes in the first 3 months of pregnancy and later. Every two pregnant women are diagnosed as having one or another chronic disease, which poses a risk of miscarriage or pregnancy termination and also threatens the health of a mother and her future child. Herbal medicines can be effectively used in pregnancy accompanied by various somatic diseases. The herbal remedies are virtually free of side effects and may be prescribed for long-term self-treatment and used in combination with other drugs. However, these remedies should be used with caution during pregnancy. Further studies of herbal medicines are required to confirm their efficacy and safety during pregnancy.

**Key words:** pregnancy, fetus, phytotherapy, medicinal plants, efficacy, safety.

**For citation:** Kyazimova A.U., Guseinova G.A., Abdullaeva R.M. Phytotherapy during pregnancy: advantages and disadvantages. Farmatsiya (Pharmacy), 2018; 67 (6): 9–12. <https://doi.org/10.29296/25419218-2018-06-02>

Фитотерапия, согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), определяется как «лечение лекарственными средствами на основе растений, животных и минералов» [1]. Растительные лекарственные средства (ЛРС), или препараты, полученные из лекарственных растений (ЛР) имеют известные терапевтические преимущества по сравнению с синтетическими ЛС. Они используются во всем мире как для населения в целом, так и для беременных женщин. Распространенность применения ЛР среди беременных женщин Ближнего Востока варьирует от 22,3 до 82,3%. [2, 3].

Каждая 2-я женщина на момент беременности имеет тот или иной диагноз хронической патологии, который часто представляет угрозу невынашиваемости или прерывания беременности, а также определенный риск для здоровья матери и будущего ребенка. К таким заболеваниям относятся нарушения ритма сердца, сахарный диабет, анемия, гипертония, ревматизм, артериальная гипотония, бронхиальная астма, пиелонефрит, гломерулонефрит, заболевания щитовидной железы, надпочечников, врожденные и приобретенные пороки сердца и др.

Эффективность и многогранность действия ЛРС, безопасность их применения играют важную роль в лечении и профилактике различных заболеваний и делают фитотерапию незаменимой в акушерстве и гинекологии [4–6], в том числе и в перинатологии [7], где особенно важна безвредность терапии для плода. В большинстве случаев организм беременной и плода нуждаются не в интенсивной терапии, а лишь в профилактике нарушений адаптационно-гомеостатических реакций фетоплацентарной системы. Подобная профилактика необходима на фоне лечения ряда соматических болезней, осложнений беременности и развития фетоплацентарной недостаточности, при риске перинатального инфицирования [8]. Хорошая переносимость и эффективность растительных препаратов в сравнении с препаратами химического происхождения, а также незначительное число противопоказаний являются преимуществами ЛРС. Кроме того, у них низкая стоимость, благодаря чему они доступны всем. Фитопрепараты практически не вызывают побочных эффектов и могут назначаться для длительного самостоятельного лечения, а также в сочетании с другими лекарственными средствами [9, 10]. Беременные женщины используют ЛРС для различных целей, в частности при тошноте и рвоте, респираторных заболеваниях,

расстройстве обмена веществ и проблемах с кожей [11, 12].

Анализировались данные по 7 азиатским странам (2729 участников). Как указали 1283 женщины, во время беременности они использовали 1 или несколько ЛР. Наиболее часто применялись мята перечная (22,8%), анис обыкновенный (14,7%), олибанум (12,9%), семена миксера (12,2%) и имбирь (11,5%). Из идентифицированных ЛР 33 были классифицированы как безопасные для использования во время беременности, 5 – можно применять с осторожностью, 8 – потенциально опасны во время беременности, а информации о 7 ЛРС не удалось найти в литературе [13, 14].

Почти 80% беременных женщин в первые 3 месяца беременности и позднее страдают от тошноты и рвоты. Рандомизированное клиническое исследование ЛРС *Gingocap*, в котором проводился сравнительный анализ с препаратом «Пиридоксин», показало большой потенциал ЛРС для снятия симптомов тошноты и рвоты у беременных. Кроме того, при приеме ЛРС не было побочных эффектов по сравнению с пиридоксином. Заключение, что ЛРС можно рекомендовать для беременных [15]. Сахарный диабет может вызвать серьезные осложнения у беременных, а также у плода [16]. Токсикологические исследования безопасности ЛРС, применяемых во время беременности, сопровождающейся диабетом, подтвердили безопасность этих препаратов [17]. Применение гибискуса китайского (*Hibiscus rosa-sinensis* L.) в терапии беременных крыс, больных диабетом, снизило уровень липопротеинов высокой плотности и увеличило индекс атерогенности по сравнению с контрольной группой. Однако возник риск потери эмбриона в преимплантационном периоде. Результаты исследования показали, что гибискус китайский в терапии сахарного диабета у беременных противопоказан [18]. Изучение влияния имбиря настоящего (*Zingiber officinale* Roscoe) на развитие плода у животных выявило отсутствие его токсичности для материнского организма. Однако эмбриональная потеря в исследовательских группах была вдвое больше, чем в контрольной ( $p < 0,05$ ). Результаты исследования показали, что при внутриутробном воздействии водного извлечения из имбиря при ускорении физического развития плода происходит увеличение скорости ранней потери эмбрионов. Таким образом, широко используемые ЛРС необходимо тщательно изучать для подтверждения их безопасности и эффективности у беременных [19, 20].

Биологически активные вещества, содержащиеся в ЛР, обладают противовоспалительным, желчегонным, седативным, тонизирующим иммуностимулирующим эффектами [21]. Фитотерапию нельзя считать методом, дающим быстрый результат. Она воздействует постепенно. Низкая токсичность настоев и отваров позволяет выбрать лечение, не имеющее ощутимых побочных эффектов, что так важно в период беременности. Вместе с тем фитотерапия в этот период должна назначаться врачом и проводиться под его контролем.

Анализ данных литературы по применению ЛРС при гиперлипидемии во время беременности позволил выделить 110 эффективных ЛР. Для 95 из них были изучены осложнения во время беременности. На основании полученных данных были отобраны 12 ЛР, которые могут быть использованы для лечения гиперлипидемии во время беременности без каких-либо значительных побочных эффектов, как у матери, так и у плода [22].

При изучении ЛР, обладающих мультиэффектом при терапии сердечно-сосудистых заболеваний было установлено, что 3 растения (помидор, клюква и гранат) в пищевых и терапевтических дозах оказывают лечебное действие, особенно при преэклампсии и гиперлипидемии во время беременности [23]. Согласно результатам многочисленных рандомизированных клинических исследований на людях, многие ЛРС, обычно используемые в терапии гиперлипидемии, могут взаимодействовать с биосинтетическими препаратами [24]. В последние годы при лечении диабета и гиперлипидемии активно применяются ЛРС на основе индийских ЛР [25].

Несмотря на все преимущества фитотерапии, во время беременности ЛРС следует использовать с особой осторожностью. Бесконтрольное применение ЛРС или их взаимодействие с другими назначенными лекарствами могут иметь неизвестные последствия во время беременности или вызывать серьезные осложнения у плода [26–28]. Наличие противопоказаний при беременности для многих ЛРС не изучено.

ЛРС, назначенные беременным с хронической патологией, исключают риск возможных нежелательных воздействий на организм женщины и плода, тератогенный эффект. При этом наблюдается эффективная фармакологическая коррекция гипоксии плода, состояние новорожденных в большинстве случаев не требует медицинского вмешательства [29]. Фитопрепараты могут ре-

комендоваться в качестве длительного самостоятельного лечения, а также в сочетании с другими лекарственными средствами, так как практически не вызывают побочных эффектов [14, 30].

### Заключение

Таким образом, лекарственные препараты растительного происхождения могут эффективно применяться при беременности, сопровождающейся соматической патологией. Однако пока недостаточно информации об эффективности и безопасности некоторых лекарственных растений. Поэтому необходимы дальнейшие фармакологические экспериментальные и клинические исследования.

### Конфликт интересов

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

### Conflict of interest

*The authors declare no conflict of interest.*

### Литература/References

1. World health organization. Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a world wide review. Geneva: WHO; 2001.
2. Smeriglio A., Tomaino A., Trombetta D. Herbal Products in Pregnancy: Experimental Studies and Clinical Reports. 2014; <https://doi.org/10.1002/ptr.5106>
3. Ekor M. The growing use of herbal medicines: issues relating to adverse reactions and challenges in monitoring safety. *Front Pharmacol.*, 2013; 4: 177–183. <https://doi.org/10.3389/fphar.2013.00177>
4. Хотим Е.Н., Жигальцов А.М., Кумара А. Некоторые аспекты современной фитотерапии. Журнал Гродненского государственного медицинского университета, 2016; 3: 136–42. [Hotim E.N., Zhigaltsov A.M., Kumara A. Some aspects of modern phytotherapy. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta*, 2016; 3: 136–42 (in Russian)].
5. Van Anel T., De Boer H., Barnes J. et al. Medicinal plants used for menstrual disorders in Latin America, the Caribbean, sub-Saharan Africa, South and Southeast Asia and their uterine properties. *J. Ethnopharmacol.*, 2014; 155 (2): 992–1000.
6. Радзинский В.Е., Симоновская Х.Ю. Фитотерапия в акушерстве и гинекологии. М.: StatusPraesens, 2015; 16. [Radzinsky V.E., Simonovskaya Kh.Yu. *Phytotherapy in obstetrics and gynecology*. Moscow: StatusPraesens, 2015; 16 (in Russian)].
7. Shewamene Z., Dune T., Smith C. The use of traditional medicine in maternity care among African women in Africa and the diaspora. *BMC Complement. Altern. Med.*, 2017; 17(1): 382–387.
8. Mc Lay J., Pallivalappila A., Shetty A. et al. Asking the Right Question. A Comparison of Two Approaches to Gathering Data on 'Herbals Use in Survey Based Studies. 2016. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150140>
9. Pallivalapila A., Stewart D., Shetty A. et al. Use of Complementary and Alternative Medicines During the Third Trimester. *Obstetrics & Gynecology*, 2015; 125 (1): 204–211. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000596>

10. WHO guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine WHO; 2016. [Electronic resource]. Access mode: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5525e/s5525e.pdf>
11. Abdolhosseini S., Dabaghian F., Mehrabani M. A Review of Herbal Medicines for Nausea and Vomiting of Pregnancy in Traditional Persian Medicine. *Galen med. J.*, 2017; 6 (4): 281–90.
12. Kennedy D., Lupattelli A., Koren G. et al. Herbal medicine use in pregnancy: results of a multinational study. *BMC Complement. Altern. Med.*, 2013;13: 355. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-13-355>.
13. Ahmed M., Hwang J., Choi S. et al. Safety classification of herbal medicines used among pregnant women in Asian countries. *BMC Complement. Altern. Med.*, 2017; 17(1): 489–95. <https://doi.org/10.1186/s12906-017-1995-6>
14. Kennedy D., Lupattelli A., Koren G. et al. Safety classification of herbal medicines used in pregnancy in a multinational study. *BMC Complement. Altern. Med.*, 2016; 16: 102. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1079-z>
15. Rukh L., Nazar H., Usmanghani K. Efficacy of Gingocap as compared to pyridoxine in the treatment of nausea and vomiting during pregnancy. *Pak. J. Pharm. Sci.*, 2016; 29(6): 1937–43.
16. Жорова В.Е., Манасова Ж.С. Гестационный сахарный диабет: патогенез, особенности диагностики и лечения. *Здоровье и образование в XXI веке*, 2015; 17 (4): 354–60. [Zhorova V.E., Manasova Zh.S. Gestational diabetes mellitus: pathogenesis, features of diagnosis and treatment. *Health and education in the XXI century*, 2015; 17 (4): 354–60 (in Russian)].
17. Damasceno D., Leal-Silva T., Soares T. et al. Medicinal Plants for Diabetes Treatment During Pregnancy. *Curr. Med. Chem.*, 2017; 24 (4): 404–10. <https://doi.org/10.2174/0929867323666161003122914>
18. Afiune L., Leal-Silva T., Sinzato Y. et al. Beneficial effects of Hibiscus rosa-sinensis L. flower aqueous extract in pregnant rats with diabetes. *PLoS One*; 2017; 12 (6): e0179785. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179785>
19. Wilkinson J. Effect of ginger tea on the fetal development of Sprague-Dawley rats. *Reprod.Toxicol.*, 2000; 14 (6): 507–12.
20. Jaafari M., Fotoohi A., Razavi N. et al. Herbal medicine in pregnancy. *Advanced Herbal Medicine*, 2016; 2 (1): 54–66.
21. Singh A., Zhao K. Treatment of Insomnia with Traditional Chinese Herbal Medicine. *Int. Rev. Neurobiol.*, 2017; 135: 97–115. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2017.02.006>
22. Rouhi-Boroujeni H., Rouhi-Boroujeni H., Gharipour M. et al. Systematic review on safety and drug interaction of herbal therapy in hyperlipidemia: a guide for internist. *Acta Biomed.*, 2015; 86 (2): 130–36.
23. Rouhi-Boroujeni H., Heidarian E., Rouhi-Boroujeni H. et al. Medicinal Plants with Multiple Effects on Cardiovascular Diseases. *Curr. Pharm. Des.*, 2017; 23 (7): 999–1015. <https://doi.org/10.2174/1381612822666161021160524>
24. Rouhi-Boroujeni H., Rouhi-Boroujeni H., Gharipour M. et al. Systematic review on safety and drug interaction of herbal therapy in hyperlipidemia: a guide for internist. *Acta Biomed.*, 2015; 86 (2): 130–36.
25. Parikh N., Parikh P., Kothari C. Indigenous plant medicines for health care: treatment of Diabetes mellitus and hyperlipidemia. *Chin. J. Nat. Med.*, 2014; 12 (5): 335–44. [https://doi.org/10.1016/S1875-5364\(14\)60041-8](https://doi.org/10.1016/S1875-5364(14)60041-8)
26. Petersen I., McCrear R., Lupattelli A. et al. Women's perception of risks of adverse fetal pregnancy outcomes: a large-scale multinational survey. *BMJ Open*, 2014; 5(6): e007390. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007390>
27. Dante G1., Bellei G., Neri I., Facchinetti F. Herbal therapies in pregnancy: what works? *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.*, 2014; 26(2): 83–91. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000052>
28. Решетько О. В., Горшкова Н.В., Луцевич К.А. Систематизированный обзор использования лекарственных средств растительного происхождения при беременности. *Педиатрическая фармакология*, 2011; 8 (1): 92–9. [Reshetko O.V., Gorshkova N.V., Lutsevich K.A. A systematic review of the use of herbal medicines in pregnancy. *Pediatricheskaya farmakologiya*, 2011; 8 (1): 92–9 (in Russian)].
29. Pinto I., Machado A. The Impact of Chronic Diseases during Pregnancy on the Fetus and Mother Health. *J. Womens Health. Sci.*, 2017; 1 (1): e. 000101
30. Sachan Anupam K., Pujari Neelkanth M. Safety Uses of Phytomedicines in Pregnancy and Pediatrics: An Overview *International. Journal of Progressive Pharmacy*, 2015; 1(1): 3–10.

Поступила 12 января 2018 г.