

# Профилактика и лечение запоров у беременных женщин

М.Ю.Соколова

Перинатальный медицинский центр, Москва

## Резюме

Запоры – одна из самых актуальных проблем современного общества. Известно, что в развитых странах мира запором страдает каждый второй взрослый человек, причем женщины почти в 2 раза чаще, чем мужчины. Одним из факторов, способствующих развитию запоров, являются беременность и послеродовой период. С этой проблемой сталкиваются практически все гинекологи и 50% беременных женщин. Дискинезия толстой кишки выявляется у 115 из 200 беременных. Столь значительное распространение данной патологии у беременных обусловлено физиологическими сдвигами в системе пищеварения и изменением ее регуляции на протяжении гестационного периода. Основную роль в предупреждении запоров во время беременности играют правильное питание и адекватная физическая активность. Также очень важна информированность женщины о рациональных подходах к терапии запоров.

**Ключевые слова:** запор, беременность, прогестерон, дискинезия толстого кишечника, толстокишечный стаз, слабительные средства, Дюфалак® сахаролитические бактерии, пребиотики.

## Prophylaxis and treatment of congestion in pregnant women

M.Yu.Sokolova

## Summary

Congestion is one of the most actual problems of modern society. It is known that every second person suffers from congestion in developed countries of the world, hereby women – almost 2 times more frequently in comparison with men. One of the factors which promote congestions is pregnancy and postpartum period. Almost all gynecologists and 50% of pregnant women are aware of the problem. Colon dyskinesia is detected in 115 from 200 pregnant women. Such large rates of the disorder in pregnant women are associated with physiological shifts in digestive system and alterations of its regulation throughout gestation period. The regular nutrition and adequate physical activity play the main role in prevention of congestions during pregnancy. The awareness of women of rational approaches to congestion therapy is also rather important.

**Key words:** congestion, pregnancy, progesterone, colon dyskinesia, colonic stasis, laxative agents, Dufalac®, saccharolytic bacteria, prebiotics.

## Сведения об авторе

Соколова Марина Юрьевна – д-р мед. наук, проф., рук. службы экстрагенитальной патологии Перинатального медицинского центра

Запор – это состояние, проявляющееся урежением актов дефекации до двух раз в неделю либо менее и/или выделением твердых каловых масс, сопровождающееся ощущением напряжения при дефекации. Запор характеризуется также уменьшением суточной массы кала, хотя этот показатель весьма различается в зависимости от социально-экономических и региональных условий. В разных популяциях населения существенно различаются и нормальный ритм дефекации. Согласно данным эпидемиологических исследований, в развитых странах хроническими запорами страдает до 40% населения.

Запоры могут быть разделены на три группы: первичные, вторичные и идиопатические. Причиной первичных запоров являются аномалии и пороки развития толстой кишки. Вторичные запоры – следствие разных болезней и побочного действия лекарств. К идиопатическому относят запор, являющийся следствием нарушений моторной функции толстой кишки, причина которых неизвестна (инертная кишка, идиопатический мегаколон и др.).

Известны следующие патофизиологические типы хронического запора:

### Алиментарный:

1. Повышенная внекишечная потеря воды.
2. Уменьшенное потребление пищи.
3. Уменьшенное потребление воды.
4. Уменьшение в рационе пищевых волокон.

### Механический (нарушение кишечной проходимости):

1. Тонкокишечная непроходимость:
  - при сдавлении кишки снаружи (спайки, опухоли других органов);
  - внутристеночная (дивертикул);
  - внутрипросветная (рак, другие опухоли).
2. Толстокишечная непроходимость:
  - при сдавлении кишки снаружи;
  - внутристеночная (дивертикулит, гематома);
  - внутрипросветная (рак, другие опухоли).
3. Анальная непроходимость:
  - при сдавлении снаружи (фиброз, парапроктит);
  - внутрипросветная (опухоль);
  - при аноректальных пороках (атрезия, стеноз).

### Гипо- и дискинетический (снижение скорости транзита по кишечнику):

1. Сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта (геморроидальная болезнь, анальные трещины, дивертикулярная болезнь).
2. Системные заболевания (сахарный диабет, гиперкальциемия, гипотиреоз, почечная недостаточность, депрессия).
3. Побочные действия лекарств (опиаты, нейролептики, соли алюминия, противовоспалительные нестероидные препараты, гипотензивные препараты).
4. Неврологические причины (болезнь Гиршпрунга, автономная нейропатия, болезнь Паркинсона, повреждение или компрессия спинного мозга).
5. Другие причины (беременность, кишечный дисбактериоз, идиопатические нарушения транзита).

Основными клиническими проявлениями хронического функционального запора являются следующие симптомы (либо их сочетание), проявляющиеся в течение по крайней мере 12 нед непрерывно или дискретно (Римские критерии):

- затруднение при более 1/4 дефекаций;
- вздутие живота или твердый кал при более 1/4 дефекаций;
- чувство незавершенности эвакуации при более 1/4 дефекаций;
- мануальная помощь при осуществлении более 1/4 дефекаций;
- менее трех дефекаций в неделю.

Запоры, возникающие у женщин в период беременности, могут быть отнесены к вторичным. Причиной задержек стула в I триместре беременности является повышенная продукция прогестерона, а в поздние сроки – сдавление толстой кишки увеличенной маткой. На сегодняшний день запор – одна из самых распространенных гастроэнтерологических проблем у беременных. Его частота, по данным разных авторов, составляет от 17 до 50%. Чаще всего запоры возникают в период с 17 до 36-й недели гестации. Запор – самая частая патология кишечника во время беременности и в послеродовом периоде. С ней сталкиваются

# Гимнастические упражнения для улучшения работы кишечника беременных женщин

## Исходное положение:

лежа на спине, ноги согнуты в коленях, ступни на полу, руки вдоль тела.

## Упражнение:

вдохните, как бы надувая живот, потом выдохните, возвращаясь в исходное положение, в конце выдоха напрягите мышцы живота.



## Исходное положение:

лежа на спине, ноги согнуты в коленях, ступни на полу, руки вытянуты вдоль тела.

## Упражнение:

выдохните, поднимите правую руку и прикоснитесь к левому колену и наоборот. Другая рука остается в исходном положении.



## Исходное положение:

лежа на спине, ноги согнуты в коленях, ступни на полу, руки сомкнуты на затылке.

## Упражнение:

поднимите согнутые в коленях ноги, руки положите на колени, постарайтесь подтянуть ноги к груди и на выдохе как бы оттолкните их руками.



## Исходное положение:

лежа на спине, ноги согнуты в коленях, ступни на полу, руки вытянуты вдоль тела.

## Упражнение:

выполните серию из 10 упражнений «ножницы» под углом более 45° по отношению к полу.



## Исходное положение:

лежа на спине, ноги согнуты в коленях, ступни на полу, руки вытянуты вдоль тела.

Упражнение: выполните серию из 10 упражнений «велосипед» под углом 45° по отношению к полу.



## Рекомендации по питанию во время беременности

Режим питания во время беременности дробный, небольшими порциями. В первую половину беременности 4–5 раз в день, а во второй половине беременности 5–7 раз в день. Питание должно быть сбалансированным, с достаточным содержанием белков, жиров, углеводов, витаминов и минералов в правильном соотношении. В течение дня нужно правильно распределять продукты: на завтрак и обед есть мясо, рыбу, яйца, а на ужин молочные и растительные блюда. Последний прием пищи не менее чем за 2 часа до сна. Прием жидкости в течение беременности должен составлять 2–2,5 л в сутки (включая суп, чай, компот и воду). В последние недели беременности следует ограничить прием жидкости до 700–800 мл в день. Следует больше употреблять растительных волокон, они предупреждают развитие запоров.

### Можно:

### Следует избегать:

Хлеб из муки грубого помола, с отрубями, печенье сухое (крекеры и др.), несдобная выпечка.	<b>Хлеб и хлебобулочные изделия</b>	Хлеб из муки высших сортов, слоёное и сдобное тесто.
Супы из овощей на вторичном мясном бульоне, борщи, свекольники, щи из свежей капусты.	<b>Супы</b>	Крепкие мясные и куриные бульоны.
Нежирная отварная говядина, телятина, крольчатина, белое мясо птицы без кожи, паровые котлеты, фрикадельки, тефтели.	<b>Мясо и птица</b>	Жирные сорта мяса, колбасы, сосиски, готовые пельмени, копчёности, консервы.
Нежирные сорта рыбы (хек, треска, навага и др.), предпочтительнее в отварном виде.	<b>Рыба</b>	Жирные сорта, солёную рыбу, консервы, крабовые палочки.
Каши – гречневая, рисовая, пшенная, перловая, кукурузная, пшеничная, овсяная.	<b>Крупы, злаки, бобовые</b>	Следует ограничить манную крупу. Фасоль, бобы, горох.
1–2 яйца в день (варёные, омлет).	<b>Яйца</b>	Яйца сырые, жареные.
Молоко кипячёное, простокваша, кефир, ряженка, варенец, нежирный творог (запеканка, сырники), йогурт, нежирная сметана, сыр.	<b>Молоко и молочные продукты</b>	Копчёный, острый сыр. Следует избегать употребления сырого молока.
Различные виды овощей и зелени в сыром или отварном виде. Фрукты, ягоды (особенно лесные – клюква, черника, голубика), семечки, орехи. Все фрукты и ягоды лучше использовать в натуральном виде.	<b>Фрукты, овощи, ягоды</b>	Из-за риска аллергических реакций не злоупотребляйте фруктами и овощами оранжевого, красного и чёрного цвета, цитрусовыми.
Оливковое, кукурузное, подсолнечное масло, сливочное масло. Желе, джемы, десерты, сахар, конфеты – в умеренных количествах.	<b>Жиры и сладости</b>	Не злоупотребляйте шоколадом, изделиями с кремом, исключите жевательные резинки.
Салаты из сырых овощей, винегреты с растительным маслом, икра овощная, фруктовые салаты.	<b>Закуски и приправы</b>	Острые и жирные соусы, хрен, горчица, перец, уксус.
Соки, кисели, компоты, морсы (клюквенный), зелёный и некрепкий чёрный чай, некрепкий кофе, отвар из шиповника.	<b>Напитки</b>	Алкогольные напитки, крепкие чёрный чай и кофе, лимонад, сильногазированные напитки и др.

По материалам статьи Мельник Т.Н., Липовенко Л.Н. «Лечение запоров у беременных» с использованием рекомендаций по диете при запора. № 3, по Певзнеру М.И.

практически все гинекологи и 50% беременных женщин. Дискинезия толстой кишки выявляется у 115 из 200 беременных женщин. Столь значительное распространение этой патологии у беременных обусловлено физиологическими сдвигами в системе пищеварения и изменением ее регуляции на протяжении гестационного периода.

Во время беременности, особенно со второй ее половины, кишечник подвергается, во-первых, сдавлению увеличенной маткой, нарушая тем самым его моторно-эвакуаторную функцию. Во-вторых, вследствие повышения порога возбудимости его рецепторов к биологически активным веществам у беременных происходит ослабление автоматической ритмической деятельности кишечника. Простагландины, влияя на тонус гладкой мускулатуры, активизируют деятельность кишечника. Однако при беременности он становится толерантным к обычным физиологическим раздражителям. Это биологически оправдано, так как при наличии общей с маткой иннервации всякое чрезмерное повышение перистальтики кишечника могло бы возбудить сократительную деятельность матки, вызвав угрозу прерывания беременности. В-третьих, прогестерон, действующий расслабляющее на гладкомышечную ткань, вызывает также снижение тонуса гладкой мускулатуры кишечника. Таким образом, гипотоническое состояние кишечника во время беременности – не что иное, как защитная реакция, но ее следствием являются запоры, которые можно рассматривать как патологию – нарушение эвакуаторной функции кишечника, его дискинезию.

Однако трудно выделить какую-либо одну причину, которая приводит к запору во время беременности. Как правило, здесь действует совокупность разных факторов.

Не секрет, что длительный толстокишечный стаз является нежелательным и может приводить к ряду расстройств, в частности, это активация условно-патогенной микрофлоры, транслокация микробов и их токсинов через кишечную стенку, что, как минимум, является фактором риска, а в ряде случаев и непосредственной причиной осложнений беременности, родов и послеродового периода. Поэтому запоры – это та патология, которую нельзя оставлять без внимания, ее необходимо лечить.

Запор при беременности – реальная угроза здоровью матери и будущего ребенка. Он вызывает нарушения в биоценозе толстой кишки, которые в свою очередь вызывают нарушение биоценоза цервикального канала влагалища, что может явиться причиной восходящего инфицирования плода и развития разных осложнений гестационного периода. Течение беременности на фоне толстокишечного стаза часто осложняется угрозой прерывания, несвоевременным излитием околоплодных вод, эндометритом.

Запор также вызывает повышение проницаемости кишечной стенки и нарушает ее барьерную функцию, которая не компенсируется даже в послеродовом периоде. При запоре беременных отклонения иммунологических параметров в 2–3 раза тяжелее гестационных. При отсутствии адекватной терапии слабительным препаратом гестационный запор в итоге является одним из факторов риска гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде.

Основными принципами профилактики и лечения хронической функциональной констипации (запора) являются: диетические рекомендации, рекомендации по изменению двигательного режима, назначение слабительных средств.

#### Группы слабительных средств:

1. Средства, усиливающие секрецию или непосредственно влияющие на эпителиальные, нервные или гладкомышечные клетки (раздражающие средства):
  - антрахиноны (сенна);
  - производные дифенилметана (фенолфталеин, бисакодил, пикосульфат натрия);
  - рицинолевая кислота (касторовое масло).
2. Осмотические вещества:
  - солевые (сульфат магния);
  - слабоабсорбируемые ди- и полисахариды (лактолоза);
  - спирты (полиэтиленгликоль).

3. Средства, увеличивающие объем кишечного содержимого (семя подорожника, отруби).

4. Средства, размягчающие каловые массы (минеральные масла).

Лечение хронического запора при беременности сопряжено с трудностями, обусловленными ограниченностью арсенала слабительных средств, разрешенных для применения в этот период.

Раздражающие слабительные (препараты сенны, бисакодил, касторовое масло) могут вызвать рефлекторные боли, диарею, нарушение электролитного обмена, развитие привыкания, а также оказывают мутагенное действие.

Размягчающие слабительные средства (вазелиновое масло и др.) депонируются в стенке кишечника, что может приводить к нарушению всасывания жирорастворимых витаминов.

Средства, увеличивающие объем кишечного содержимого (пищевые волокна – клетчатка и пектин), требуют приема большого количества жидкости, что нарушает водный баланс и может провоцировать отеки, кроме того, необходимый эффект развивается через 10–20 дней.

Таким образом, очевидно, что спектр слабительных препаратов, которые можно применять при беременности, значительно сужается, поскольку они должны быть безопасны для плода, женщины и нормального течения беременности. Существует группа будущих мам, которые вступают в беременность, уже имея запор. Женщины, страдающие запорами вне беременности и злоупотребляющие в связи с этой проблемой определенными лекарственными препаратами, формируют для себя стиль жизни с проблемой запора. Во время беременности необходимо скорректировать этот стиль, сменив или добавив препараты, которые не окажут на течение беременности своего влияния. Выбор подходящего слабительного препарата ни в коем случае не может осуществлять сама пациентка – самолечение слабительными препаратами во время беременности особенно нежелательно.

#### Как можно предупредить запоры во время беременности?

Прежде всего желательно не допускать возникновения запоров до беременности, так как лечение женщин, которые входят в беременность с уже существующим запором, представляет большие сложности. Основную роль в предупреждении запоров во время беременности играют правильное питание и адекватная физическая активность. Для лечения запоров у беременных не требуется специальной диеты, рекомендуется лишь пища, содержащая большое количество клетчатки – целлюлозы. В кишечнике она не переваривается, а только набухает и увеличивает общую массу химуса, поэтому беременным рекомендуется включать в рацион свежие и кулинарно обработанные овощи и фрукты. Женщинам, страдающим запорами, не следует употреблять крепкий чай, черный кофе, какао, шоколад, белый хлеб, особенно высокосортный, мучные и слизистые супы, манную кашу, чернику, бруснику.

Также очень важна информированность женщины о рациональных подходах к терапии запоров. Поскольку основные сведения беременная получает от своего врача, то очень важна и информированность самих специалистов по этому вопросу. Надо сказать, что если у женщины обнаруживаются дисбиотические нарушения мочеполовой сферы, то обязательно нужно обратить внимание на состояние кишечника.

Основным принципом при выборе слабительного средства у беременных являются высокие стандарты безопасности, обеспечивающие нормальное развитие плода. Возможность применения традиционных слабительных средств при беременности сильно ограничена. Требуется с большой осторожностью подходить к выбору такого препарата в данный период. Следует также подчеркнуть, что клинические испытания, посвященные изучению безопасности и переносимости слабительного препарата при беременности, могут проводиться с участием лишь очень ограниченного числа пациентов этой категории. Именно

поэтому приходится часто сталкиваться с фразой: «...опыт применения при беременности отсутствует».

В настоящее время препаратом выбора слабительного средства у беременных, который одобрен Управлением по контролю пищевых продуктов и лекарств в США и разрешен к применению, является лактулоза (препарат Дюфалак®).

Лактулоза мягко устраняет запор, восстанавливая самостоятельную работу кишечника, и способствуя росту собственных бифидо- и лактобактерий. Клиническая эффективность и безопасность лактулозы обусловлена ее влиянием на метаболизм кишечной микрофлоры. При производстве препарата Дюфалак® используются натуральные ингредиенты, в частности молочная сыворотка, которая получается в процессе приготовления сыра. Затем из лактозы производится лактулоза, которая представляет собой дисахарид фруктозы и галактозы – основное действующее начало препарата.

Лактулоза обладает уникальным сочетанием осмотического и пребиотического эффектов. Препарат не расщепляется и не всасывается на протяжении всего желудочно-кишечного тракта, попадая в толстый кишечник в неизменном виде. Там Дюфалак® под действием бифидо- и лактобактерий расщепляется до короткоцепочечных жирных кислот. В результате содержимое кишечника подкисляется, и повышается осмотическое давление в толстой кишке, что предотвращает обратное всасывание воды, увеличивает объем кишечного содержимого и биомассу сахаролитических бактерий. Следствием всех этих процессов является усиление перистальтики и постепенная нормализация стула. Тем самым осуществляется мягкая регуляция функции кишечника и развивается слабительное действие. Кроме того, увеличение биомассы сахаролитических бактерий сопровождается активной утилизацией аммиака и азота аминокислот, снижаются производство и образование аммиака протеолитическими бактериями, время его присутствия в кишечнике и всасывание. Это имеет большое практическое значение с точки зрения дезинтоксикации и

положительного действия на функцию печени, которая при беременности несет двойную нагрузку.

Механизм действия лактулозы близок к механизму действия на кишечник пищевых волокон, содержащихся в фруктах, овощах и злаках.

Таким образом, лактулоза (препарат Дюфалак®) обладает комплексным положительным воздействием на организм беременной женщины и является эффективным и безопасным средством лечения запоров у беременных.

*Список использованной литературы*

1. Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Краткое руководство по гастроэнтерологии. М.: М-Вести, 2001.
2. Парфенов А.И. Понос и запор. *Клини. мед.* 1997; 3: 53–60.
3. Парфенов А.И. Профилактика и лечение запоров у беременных. *Гинекология.* 2002; 4 (3): 14–7.
4. Подзолкова Н.М., Назарова С.В. Трансipeg: новые возможности лечения толстокишечного стаза у беременных. *Гинекология.* 2004; 6 (6): 22–7.
5. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии. М.: Триада-Х, 2002.
6. Dukas L, Willett W, Giovannucci E. Association between physical activity, fiber intake, and other lifestyle variables and constipation in a study of women. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 1790–6.
7. Lembo A, Camilleri M. Chronic constipation. *N Engl J Med* 2003; 349: 1360–8.
8. Paille F et al. An open six-month study of the safety of Transipeg for treating constipation in community medicine. *J Clin Res* 1999; 2: 65–76.
9. Talley N. Definitions, epidemiology, and impact of chronic constipation. *Rev Gastroenterol. Disord* 2004; 4 (Suppl. 2): S3–S10.
10. Tramonte S, Brand M, Mulrow C et al. The treatment of chronic constipation in adults. A systematic review. *J Gen Intern Med* 1997; 12 (1): 15–24.
11. Tytgat G, Heading R, Muller-Lissner M et al. Contemporary understanding and management of reflux and constipation in the general population and pregnancy: a consensus meeting. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18: 291–301.
12. Voskuil W, de Lorijn F, Verwijs W et al. PEG 3350 (Transipeg) versus lactulose in the treatment of childhood functional constipation: a double blind, randomised, controlled, multicentre trial. *Gut* 2004; 53 (11): 1590–4.

## Желчнокаменная болезнь у женщин: особенности патогенеза, подходы к лечению (обзор литературы и первый опыт собственных наблюдений)

Ю.Б.Успенская, И.В.Кузнецова

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава РФ

**Резюме**

Представленные в статье данные литературы указывают на взаимосвязь женских половых гормонов и билиарной патологии. Первый опыт собственных наблюдений указывает на эффективность применения препаратов урсодеооксиголевой кислоты в комбинации с холекинетиками или спазмолитиками для лечения и профилактики билиарного сладжа на фоне приема препаратов женских половых гормонов.

**Ключевые слова:** урсодеооксиголевая кислота, желчнокаменная болезнь, женские половые гормоны, билиарный сладж.

**Cholelithiasis in women: particularities of pathogenesis, treatment approaches (literature review and the first experience with own findings)**

Yu.B.Uspenskaya, I.V.Kuznetsova

**Summary**

The data presented in the article show the relationship between female sex hormones and biliary pathology. The first experience with own findings shows the efficacy of products of ursodeoxycholic acid in combination with cholekinetics or spasmolytics for treatment and prevention of biliary sludge during therapy with female sex hormone products.

**Key words:** ursodeoxycholic acid, cholelithiasis, female sex hormones, biliary sludge.

**Сведения об авторах**

Успенская Юлия Борисовна – канд. мед. наук, науч. сотр. НОК центра женского здоровья, зав. сектором консервативной колопроктологии НИЦ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. E-mail: jusp@mail.ru  
Кузнецова Ирина Всеволодовна – д-р мед. наук, проф., гл. науч. сотр. НИО женского здоровья НОК центра женского здоровья ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова