

УДК 618.3-007.17

## ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ КАК МАРКЕРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Н. А. Кonyshko

*ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра факультетской терапии***Резюме**

Широкая распространенность заболеваний органов пищеварения в общей популяции и их хронобиологическое отношение к беременности и соматической патологии беременных настоятельно требуют дальнейшего уточнения патогенетических механизмов развития данного симптомокомплекса у женщин репродуктивного возраста, выработки рациональных алгоритмов ранней диагностики, профилактики и эффективного комплексного лечения, допустимого у этой категории пациентов. Пищеварительный тракт является своеобразной ареной сражения уже на ранних стадиях гестации и, более того, полученные данные говорят о необходимости первичной реализации повреждающих факторов на уровне пищеварительной трубки как важного этапа поддержания гомеостаза и предупреждения поражения сердечно-сосудистой и репродуктивной систем.

**Ключевые слова:** беременность, гастроинтестинальная патология, гестоз, артериальная гипертензия.

**GASTROINTESTINAL SYMPTOMS ARE THE SOMATIC PATHOLOGY MARKER IN PREGNANT WOMEN**

N. A. Konyshko

**Summary**

Several symptoms have been hypothesized to influence the risk of preeclampsia. Our aim in this study was to estimate the association between gastrointestinal patterns during pregnancy and the risk of gastritis, ulcer disease, preeclampsia, obesity and arterial hypertension in pregnant women. Women participating in study answered questionnaires. Exploratory factor analysis was used to assess the associations among variables. Principal component factor analysis identified 12 primary gastrointestinal patterns that were labeled: epigastric pain and dyspepsia. Relative risks of gastritis, preeclampsia, arterial hypertension were estimated as odds ratios (OR) and confounder control was performed with multiple logistic regression. Women with high scores on a pattern characterized by pain nausea, vomiting, disrexia, asthenic syndrome, constipation. These findings suggest that a dietary pattern characterized by high intake of vegetables, plant foods, increases the risk of dyspeptic disorders, whereas a medicines pattern characterized by high consumption of processed increases the risk.

**Key words:** gastrointestinal patterns, pregnancy, preeclampsia, arterial hypertension.

Широкая распространенность заболеваний органов пищеварения в общей популяции и их хронобиологическое отношение к беременности и соматической патологии беременных настоятельно требуют дальнейшего уточнения патогенетических механизмов развития данного симптомокомплекса у женщин репродуктивного возраста, выработки рациональных алгоритмов ранней диагностики, профилактики и эффективного комплексного лечения, допустимого у этой категории пациентов.

Возникновение заболеваний органов пищеварения, таких как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гастрит, дискинезия желчевыводящих путей, синдром раздраженного кишечника, язвенная болезнь, жировой гепатоз хронобиологически могут совпадать с беременностью, что имеет указанную выше патогенетическую обусловленность. Наличие полных эрозий антрального отдела желудка является маркером таких патологических состояний беременных, как гестоз, преэклампсия, эклампсия, системная артериальная гипертензия, ишемия слизистой оболочки пищеварительной трубки – в более широком смысле.

Однако диагностика и терапия указанной патологии затруднена и в определенной мере несвоевременна, что во многом определяет прогноз болезней, течения беременности и перинатальные исходы. Учитывая факт патогенетической общности и хронобиологической детерминированности ряда заболеваний органов пищеварения у женщин репродуктивного возраста, назрела необходимость расширить диагностическую концепцию, включив ранние признаки патологии желудочно-кишечного тракта, с высокой вероятностью трансформируемые при отсутствии адекватного лечения в известные клинические эквиваленты.

**Цель исследования**

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей функционального состояния пищеварительной системы у беременных женщин.

**Материалы исследования**

С указанной целью нами обследовано 636 беременных женщин. Критерием включения в исследование являлись беременность, наличие живого плода, согласие пациентки на проведение обследования.

Критерием исключения являлись тяжелая форма гестоза, симптоматическая гипертензия на фоне тяжелого поражения почек, врожденных пороков сердца или заболеваний эндокринной системы, а также другая тяжелая экстрагенитальная патология, мертвый плод, отказ пациентки от участия в исследовании, наличие у пациентки особенностей поведения, не устраивающих исследователя, несогласие беременной участвовать в исследовании, исходные психопатологические состояния. Наличие усугубляющих течение беременности факторов (рубец на матке после кесарева сечения, двойня, первородящие старше 30 лет и др.), а также экстрагенитальной патологии в стадии компенсации не стали причиной исключения из групп обследуемых.

По результатам клинического, антропометрического, лабораторного и инструментального обследования, проведенного согласно стандартам соответственно нозологическим формам, сформировались следующие группы беременных женщин:

Группа А – беременные с артериальной гипертензией, группа Б – беременные с клинически, эндоскопически и гистологически подтвержденным хроническим гастритом до гестации, группа Г – беременные с гестозом легкой степени, группа Н – беременные с нормальной массой тела до беременности, с нормальной прибавкой массы тела за период гестации, группа О – беременные с ожирением до гестации, группа П – беременные с патологической прибавкой массы тела. Наблюдаемые всех групп были сопоставимы по возрасту.

## Результаты

Появление признаков астеновегетативного синдрома наиболее выражено в группах беременных с артериальной гипертензией, гестозом, гастритом. 100% наблюдаемых этих групп отмечали слабость, повышенную утомляемость, психическую истощаемость, раздражительность, расстройства сна, ладонный гипергидроз и/или повышенную потливость. Больше половины беременных из групп с избыточной массой тела и с патологической прибавкой массы жаловались на данные проявления.

Другой достаточно часто описанный симптом – тошнота и взаимосвязанные с ней рвота и гипорексия. Тошнота беспокоила 89,3% женщин с гестозом, 75% с артериальной гипертензией, 72,5 – с гастритом и около тридцати процентов респонденток с ожирением и патологической прибавкой массы тела.

Извращение аппетита, особые пищевые пристрастия менее характерны для беременных с соматической патологией. Снижение аппетита, особенно в первом и втором триместрах беременности, отмечали 42,3% наблюдаемых с гестозом и около двадцати процентов беременных с артериальной гипертензией и гастритом. Причем в группах А и Г была выявлена истинная гипо- и анорексия, в группах А и Б отказ от еды часто был связан с боязнью тошноты, рвоты и гастралгии. Боли в эпигастрии, связанные с приемом химически и термически нейтральной пищи, наблюдали 62,5 и 85,3% беременных соответственно. Следует отметить, что около половины здоровых беременных в период беременности отмечали периодические боли или неприятные ощущения в эпигастрии, часто связанные с приемом поливитаминных препаратов, аспирина, антибактериальных и других лекарственных препаратов и пристрастием к кислой и острой пище. Тошнота и рвота, частые симптомы во всех группах наблюдаемых, особенно у женщин с гестозом и у беременных с гастритом в анамнезе. Рвота наименее характерна для женщин с ожирением.

Боли в правом подреберье – в точке желчного пузыря, на месте пересечения края прямой мышцы живота и реберной дуги – относительно редкий симптом во всех группах. Частота его встречаемости у наблюдаемых сопоставима с таковой в группе небеременных женщин.

Изжога – ощущение жгучей боли, дискомфорта по ходу пищевода после приема умеренного по объему и нейтрального характера пищи – наиболее частый симптом у всех беременных, особенно в третьем триместре. Значительно чаще ее отмечают беременные с гастритом в анамнезе (89,2%), приблизительно шестьдесят процентов женщин с патологической прибавкой массы тела и с ожирением и около половины обследованных групп А и Г, особенно в третьем триместре.

Запор – отсутствие стула или затруднение дефекации более 3 суток наиболее часто наблюдалось у женщин с артериальной гипертензией, особенно на фоне гипотензивных препаратов, у беременных с гастритом (язвенной болезнью) в анамнезе, на фоне приема блокаторов H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов. Приблизительно треть наблюдаемых из групп А и Б отмечали запор, т.е. урежение стула до двух-трех раз в неделю либо его отсутствие без диетической или медикаментозной стимуляции. Затруднение дефекации в группе Б часто связано с применением рафинированной диетической пищи и H<sub>2</sub>-блокаторов гистаминовых рецепторов.

Метеоризм – ощущение вздутия и «урчания» в брюшной полости и диарея – неоформленный кал чаще 3 раз в сутки мало характерны для исследуемых в связи с гипомоторикой кишечника. Метеоризм чаще встречался у женщин в группах П и О (13 и 15% соответственно). А наличие метеоризма и диареи в группах А, Б и Г чаще было связано с началом медикаментозного лечения основной патологии. Данные симптомы большинство женщин связывали с приемом препаратов

железа, поливитаминных комплексов, погрешностями в диете и психоэмоциональным стрессом.

Оценка по трехбалльной шкале позволила более дифференцированно оценить полученные результаты. Выраженность того или иного симптома оценивалась по трехбалльной системе: 0 – нет признака, либо наблюдается крайне редко, 1 – выражен незначительно, присутствует иногда, 2 – симптом выражен умеренно, наблюдается часто, 3 – клинический признак выражен значительно, присутствует ежедневно.

Комплексное обследование и ретроспективное наблюдение за проведено на основании ряда показателей, наличие которых с высокой вероятностью свидетельствует о формировании гастропатии, дисфункции желчевыводящей системы, синдрома раздраженного кишечника. Все изучаемые признаки и их кодовые наименования занесены в дескрипторный словарь и подвергнуты многомерному статистическому анализу. Эти эквиваленты составляют критерии диагностики.

Клинические критерии:

1. Сочетание боли в эпигастрии, изжоги на ранних сроках гестации, тошноты и рвоты с повышенным аппетитом наиболее характерно для беременных с заболеваниями желудка.

2. Следует помнить, что подобное сочетание симптомов часто встречается у пациенток с артериальной гипертензией и гестозом.

3. Боли в эпигастрии слабой и умеренной интенсивности и изжога наблюдаются в группе беременных с патологической прибавкой массы тела и ожирением.

4. Боли в правом подреберье, метеоризм и диарея неспецифичны для беременных с указанной патологией внутренних органов, носят эпизодический характер и связаны с погрешностями в диете (растительная кислота, острая пища), началом медикаментозной терапии (трентал, аспирин, поливитаминные комплексы, препараты железа).

## Обсуждение

Важными звеньями реакции организма на стресс являются механизмы эндогенной регуляции, отчетливо стимулирующие желудочную секрецию и, таким образом, влияющие на взаимоотношение факторов агрессии и защиты в условиях измененного гомеостаза в ходе реализации стресс-реакции.

С воздействием беременности как хронического стресса ассоциируются и дисбиотические изменения кишечника, вследствие чего утрачивается важнейшая саногенизирующая гомеостатическая функция кишечной микрофлоры по отношению к нарушенному обмену веществ организма человека.

Окислительный стресс, вызывая инсулинорезистентность посредством мембранотропного действия, ведет к компенсаторной гиперинсулинемии, которая активизирует симпатическую нервную систему и усиливает дальнейшее избыточное образование продуктов свободнорадикального окисления (липидов). Повышение уровня свободных радикалов при истощении или недостаточности многоступенчатой системы антиоксидантной защиты, способствует развитию нерегулируемого окислительного стресса. Мощный «взрыв» свободнорадикального окисления липидов, и первую очередь, приводит к быстрому истощению содержания каталазы, что позволяет использовать изменение самой активности данного фермента для оценки функционального состояния антиоксидантной системы. Избыточная активация липидной триады на фоне повышения сосудистого тонуса, уменьшения притока крови, веностаза неизбежно приводит к снижению резистентности слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, повреждению паренхиматозных органов, в том числе и поджелудочной железы. В условиях длительной стрессреакции на фоне гиподинамии избыточное потребление энергосубстратов, не реализующихся в локомоцию, может привести к стабилизации инсулинорезистентности. Вследствие изменения передачи инсулинового сигнала уже с ранних сроков гестации сни-

жается потребление глюкозы инсулинозависимыми тканями: скелетной мускулатурой, печенью, жировой тканью. В формировании этого состояния имеют значение как генетические факторы, реализующиеся в виде дефекта инсулиновых рецепторов или пострецепторных дефектов, так и влияние фенотипа – низкая физическая активность, приводящая к снижению объемного кровотока в капиллярах скелетной мускулатуры в результате их вазоконстрикции, гиперкалорийное питание с формированием избыточной жировой ткани, а также хронический стресс, сопровождающийся продукцией контраинсулярных гормонов.

В последнее время установлена связь изменения липидного и углеводного обмена, обусловленных беременностью, с язвенной болезнью, хроническим гастродуоденитом, панкреатитом, жировым гепатозом, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, синдромом раздраженного кишечника.

Таким образом, помимо широко известных механизмов, таких как релаксация гладкомышечных структур и кишечника, механическое давление растущей матки, увеличение объема циркулирующей жидкости, можно выделить и другие факторы, способствующие развитию симптомов поражения желудочно-кишечного тракта и некоторых распространенных заболеваний.

Пищеварительный тракт является своеобразной ареной сражения уже на ранних стадиях гестации и, более того, полученные данные говорят о необходимости первичной реализации повреждающих факторов на уровне пищеварительной трубки как важного этапа поддержания гомеостаза и предупреждения поражения сердечно-сосудистой и репродуктивной систем.

Общеизвестно, что в период беременности имеются ряд эндогенных факторов (релаксация гладкой мускулатуры желчного пузыря, холестаза, дисфункция сфинктера Одди), способных провоцировать клинически манифестные формы гипомоторной дискинезии желчевыводящих путей. Ожирение и чрезмерная прибавка массы тела способствуют развитию болезней желчного пузыря и онкологических процессов желудочно-кишечной локализации, дисгормональных нарушений репродуктивной системы и психосоциальных проблем (Всемирная организация здравоохранения, 1997). Видимо, установленный в ходе настоящего исследования факт связан с тем, что все испытуемые в период беременности резко ограничивают употребление копченых, жирных и жареных блюд, а также избегают употребления алкоголя и питаются более регулярно, чем обследованные небеременные женщины аналогичного возрастного диапазона.

#### Выводы

1. У беременных женщин имеют место основные симптомы функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта различной степени выраженности и сочетания.

2. Необходимо выявлять ранние симптомы заболеваний пищеварительной системы, что позволит своевременно проводить необходимые лечебно-диагностические и профилактические мероприятия, повысить качество жизни беременных и улучшить прогноз.

3. Комплексная терапия обеспечивает достижение стойкой ремиссии ЯБ, ХГД, СРК и ДЖВП в оптимальные сроки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л.И. Аруин, Л.Л. Капуллер, В.А. Исаков. – М. 1998. – 483 с.
2. Минушкин О.Н. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта: патофизиология, диагностика и лечебные подходы / О.Н. Минушкин. – М. 2002. – 16 с.
3. Панков Ю.А. Молекулярные и генетические исследования роли гормонов, рецепторов и ферментов в регуляции физиологических функций человека / Ю.А. Панков, М.К. Черанова, С.К. Карпова и др. // Вест. РАМН. 2005. № 9. С. 6-13.
4. Barker DJP (ed.) (2001) Fetal Origins of Cardiovascular and Lung Disease, 1st edn. Decker, New York.
5. Crosignani PG, Colombo M, Vegetti W, Somigliana E, Gessati A and Ragni G (2003) Overweight and obese anovulatory patients with polycystic ovaries: parallel improvements in anthropometric indices, ovarian physiology and fertility rate induced by diet. Hum Reprod 18,1928–1932. Cunningham F.G., Lindheimer M.D.
6. Gluckman PD, Hanson MA (2004) Living with the past: evolution, development, and patterns of disease. Science 305,1733–1736.
7. Rasmussen KM. Association of maternal obesity before conception with poor lactation performance. *Annu Rev Nutr.* 2007;27:103-21.
8. Schwartz, M.W. Central nervous system control of food intake / M.W. Schwartz, S.C. Woods, D. Porte Jr. et al. // Nature. 2000. № 404. P. 661-671.

УДК 616.342-002.44

## ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В. А. Шкитин, Н. А. Панисяк

ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра факультетской терапии

#### Резюме

При обострении ЯБДПК отмечается повышение уровня тревожности и депрессии. Под влиянием лечения отмечалась положительная динамика, но нормализации показателей не происходило. Более выраженные нарушения показателей психологического статуса были выявлены у женщин, в частности занимающихся физическим трудом, и лиц из старшей возрастной группы. Наименьший уровень тревожности и депрессии среди мужчин наблюдался в подгруппе некурящих.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, психологический статус, тревожность, депрессия.