

# ЗАПОРЫ У БЕРЕМЕННЫХ

**Запоры – одна из актуальнейших 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, является беременность и послеродовой период. С проблемой запоров, обнаруживающейся у 50% беременных женщин, в своей практике сталкиваются почти все гинекологи. 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. Основную роль в предупреждении запоров во время беременности играет правильное питание и адекватная физическая активность. Также чрезвычайно важна информированность женщины о рациональных подходах к терапии запоров.**

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

**З**апор – это состояние, проявляющееся урежением актов дефекации до двух раз в неделю или 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 различается и нормальный ритм дефекации. Согласно данным эпидемиологических исследований, в развитых странах хроническими запорами страдает до 40% населения [1].

Запоры могут быть разделены на три группы: первичные, вторичные и идиопатические. Причиной первичных запоров являются аномалии и пороки развития толстой кишки. Вторичные запоры являются следствием различных болезней и побочного действия лекарств. К идиопатическим относят запоры, являющиеся следствием нарушений моторной функции толстой кишки, причина которых неизвестна (инертная кишка, идиопатический мегаколон и др.) [1, 2, 8].

Различают следующие патофизиологические типы хронического запора:

**Алиментарный тип**, который развивается по следующим причинам:

- повышенная внекишечная потеря воды;
- уменьшенное потребление пищи;
- уменьшенное потребление воды;
- уменьшение в рационе пищевых волокон.

К **механическому типу** (нарушение кишечной проходимости) относят:

- тонкокишечную непроходимость, которая может быть внутрисстеночной (при дивертикуле) или внутрипросветной (при раке или других опухолях) или наблюдается при сдавлении кишки снаружи (спайки, опухоли других органов);
- толстокишечную непроходимость, которая может быть

внутристеночной (при дивертикулите или гематоме) или внутрипросветной (при раке или других опухолях) или обусловлена сдавлением кишки снаружи;

- анальную непроходимость, которая может наблюдаться при аноректальных пороках (атрезия, стеноз), сдавлении снаружи (фиброз, парапроктит) или может быть внутрипросветной (при опухолях).

**■ Согласно данным эпидемиологических исследований, в развитых странах хроническими запорами страдает до 40% населения**

**Гипо- и дискинетический тип (снижение скорости транзита по кишечнику), вызывающийся:**

- сопутствующими заболеваниями ЖКТ (геморроидальная болезнь, анальные трещины, дивертикулярная болезнь);
- системными заболеваниями (сахарный диабет, гиперкальциемия, гипотиреоз, почечная недостаточность, депрессия);
- побочными действиями лекарств (опиаты, нейролептики, соли алюминия, противовоспалительные нестероидные препараты, гипотензивные препараты);
- неврологическими причинами (болезнь Гиршпрунга, автономная нейропатия, болезнь Паркинсона, повреждение или компрессия спинного мозга);
- другими причинами (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 недель 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 3 дефекаций в неделю.

Запоры, возникающие у женщин в период беременности, могут быть отнесены к вторичным. На сегодняшний день запор – одна из самых распространенных гастроэнтерологических проблем у беременных и рожениц. Его частота, по данным разных авторов, составляет от 17 до 50%. Чаще всего запоры возникают в период с 17-й до 36-й недели гестации, а также в ранний послеродовой период. Дискинезия толстой кишки выявляется у 115 из 200 беременных женщин.

Во время беременности, особенно во второй ее половине, кишечник подвергается, во-первых, сдавлению увеличенной маткой, что нарушает тем самым его моторно-эвакуаторную функцию. Во-вторых, вследствие повышения порога возбудимости рецепторов кишечника 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 оправданно, т. к. 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 расслабляюще на гладкомышечную ткань, вызывает также снижение тонуса гладкой мускулатуры кишечника. Таким образом, гипотоническое состояние кишечника во время беременности – это не что иное, как защитная реакция, но ее следствием являются запоры, которые можно рассматривать как патологию – нарушение эвакуаторной функции кишечника, его дискинезию [4, 5, 10].

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

Запоры при беременности (гестационные запоры) не только ухудшают качество жизни, но и могут создать реальную угрозу здоровью матери и будущего ребенка. Длительный толстокишечный стаз приводит 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 [3, 5, 10, 13].

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 различных 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, кото-

рая 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 конечном итоге является одним из факторов риска гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде [4, 5, 9].

Вот почему запоры – это та патология, которую нельзя оставлять без внимания и необходимо лечить.

## ■ ЛЕЧЕНИЕ

Основными принципами профилактики и лечения запора являются диетические рекомендации, рекомендации по изменению двигательного режима и назначение слабительных средств.

Группы слабительных средств, которые на сегодняшний день применяются во врачебной практике **не** у беременных, следующие:

1. Средства, усиливающие секрецию или непосредственно влияющие на эпителиальные, нервные или гладкомышечные клетки (раздражающие средства):
  - антрахиноны;
  - производные дефенилметана (фенолфталеин, пикосульфат натрия);
  - рацеволевая кислота (касторовое масло).
2. Осмотические вещества:
  - солевые (сульфат магния);
  - слабоабсорбируемые ди- и полисахариды (лактолоза);
  - спирты (ПЭГ).
3. Средства, увеличивающие объем кишечного содержимого (семя подорожника, отруби).
4. Средства, размягчающие каловые массы (минеральные масла).

### ■ На сегодняшний день запор – одна из самых распространенных гастроэнтерологических проблем у беременных и рожениц

Арсенал же слабительных средств, разрешенных для применения в период беременности, ограничен.

Не показано применение раздражающих слабительных средств. Эти препараты взаимодействуют с эпителиальными структурами кишечника и вызывают активную секрецию жидкости в его просвет, одновременно уменьшая всасывание. При их длительном приеме возникает постоянная секреторная диарея, что приводит к схваткообразным болям в животе, частому жидкому стулу, потере жидкости и электролитным нарушениям, прежде всего к гипокалиемии, развитию привыкания. Кроме того, они оказывают мутагенное действие.

Противопоказаны также слабительные, стимулирующие перистальтику кишечника, т. к. они могут спровоцировать прерывание беременности и преждевременные роды [5].

Усиление перистальтики кишечника, вызванное ими, приводит к поступлению в кровь избытка ацетилхолина, что стимулирует сократительную деятельность матки. Антрохиноны и дериваты дифенилметана действуют на уровне нейронов подслизистого сплетения, вызывают образование оксида азота, который расслабляет гладкие мышцы и ингибирует перистальтику. При длительном применении развиваются дегенеративные изменения энтеральной нервной системы. Предполагается, что слабительные этих групп оказывают также мутагенное действие и обладают генотоксичностью [5, 8, 10, 12].

**■ Средства, увеличивающие объем кишечного содержимого, требуют приема большого количества жидкости, что нарушает водный баланс и приводит к развитию отеков у беременных**

Средства, увеличивающие объем кишечного содержимого, требуют приема большого количества жидкости, что нарушает водный баланс и приводит к развитию отеков у беременных. При объеме жидкости менее 1,5 л/сут они выполняют функцию сорбентов, т. е. поглощают жидкость из кишечника и усиливают запор. Еще один недостаток слабительных этой группы — медленно развивающийся эффект (через 10—20 дней). У некоторых больных с выраженной гипотонией кишки эти ЛС неэффективны.

Размягчающие слабительные средства депонируются в стенке кишечника, что может приводить к нарушению всасывания жирорастворимых витаминов.

Таким образом, спектр слабительных препаратов, которые можно применять при беременности, значительно сужается, поскольку они должны быть безопасны для плода, для женщины и для нормального течения беременности. С этими ограничениями и сопряжены трудности лечения хронического запора у беременных [3, 6, 12].

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» [7, 11].

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 влияния на течение беременности. Выбор подходящего слабительного препарата ни в коем случае нельзя давать на откуп самим пациенткам — самолечение слабительными препаратами во время беременности особенно нежелательно [5, 7].

### Алгоритм лечения

1. Изменение образа жизни: увеличение двигательной активности, занятия спортом, увеличение в рационе пищевых волокон, нормализация водного баланса, коррекция невротических расстройств.

2. Если запор является следствием других заболеваний, то достижение компенсации по основному виду заболевания играет важную роль в улучшении функций кишечника. В случае запора, вызванного лекарственными средствами, желательна их отмена.

3. Лишь при неэффективности указанных мероприятий следует прибегать к медикаментозному лечению слабительными препаратами.

### Как можно предупредить запоры во время беременности?

Прежде всего желательно не допускать возникновения запоров до беременности, т. к. лечение женщин, которые входят в беременность с уже существующим запором, представляет большие сложности. Основную роль в предупреждении запоров во время беременности играет правильное питание и адекватная физическая активность. Также очень важна информированность женщины о рациональных подходах к терапии запоров. Поскольку основные сведения беременная женщина получает от своего врача, то большую роль играет 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 [4].

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.

Однако не всегда достаточно соблюдать правильный режим и диету, и нередко приходится прибегать к лекарственной терапии. Эффективное лечение в большинстве случаев возможно только при использовании слабительных средств.

В настоящее время препаратами выбора слабительного средства у беременных, которые одобрены FDA и разрешены к применению, являются представители группы осмотических слабительных — синтетический дисахарид лактулоза и регулятор стула макрогол, который оказывает мягкое послабляющее действие.

Лактулоза не всасывается и не расщепляется, т. к. в организме человека нет ферментов, которые могли бы ее расщеплять. Механизм действия лактулозы близок к механизму действия на кишечник пищевых волокон, содержащихся во фруктах, овощах и злаках.

В процессе своего фармакологического действия лактулоза метаболизируется микрофлорой толстого кишечника до короткоцепочечных жирных кислот, приводит к повышению осмотического давления, снижению рН и увеличению биомассы сахаролитических бактерий. Лактулоза не расщепляется и не всасывается на протяжении всего желудочно-кишечного тракта, попадая в толстый кишечник в неизменном виде.

В результате этого подкисляется содержимое кишечника и повышается осмотическое давление в толстой кишке, что предотвращает обратное всасывание воды и увеличивает кишечное содержимое. Увеличение биомассы сахаролитических бактерий также приводит к увеличению кишечного содержимого, а увеличение кишечного содержимого приводит к усилению перистальтики. Тем самым осуществляется мягкая регуляция функции кишечника и развивается слабительное действие. Принимается лактулоза по 15–30 мл 1 р/сут утром во время еды, дозу увеличивают в том случае, если в течение 2 дней приема ЛС не наблюдается улучшения состояния больного (как правило, доза может быть снижена после 2 дней приема в зависимости от потребности больного; поддерживающая доза 10–25 мл) [6, 11, 13].

Макрогол – изоосмотическое слабительное средство. Он не всасывается в желудочно-кишечном тракте, не метаболизируется и не разрушается бактериями кишечника. Макрогол обладает способностью удерживать воду, которая разжижает каловые массы и облегчает эвакуацию, оказывая косвенное воздействие на перистальтику кишечника. Доказано, что он не проникает через фетоплацентарный барьер, не оказывает отрицательного воздействия на тонус миометрия, у него отсутствуют тератогенный и токсический

эффекты. Макрогол принимается по 1–2 пакетика в сутки за 1 прием (предпочтительно утром), содержимое пакетика предварительно растворить: для 5,9 г в 100 мл воды (1/2 стакана); максимальная суточная доза 11,8 г (2 пакетика по 5,9 г) [4].

При гипомоторной дискинезии толстой кишки хороший эффект могут оказать прокинетики — метоклопрамид.

При функциональных запорах эффективными могут оказаться ЛС, дающие желчегонный эффект и содержащие желчные кислоты (за счет усиления секреторной и двигательной активности ЖКТ).

**■ Спектр слабительных препаратов, которые можно применять при беременности, значительно сужается, поскольку они должны быть безопасны для плода, для женщины и для нормального течения беременности**

#### Оценка эффективности лечения

Лечение считается эффективным при нормализации частоты, консистенции стула и исчезновении сопутствующей клинической симптоматики.

В заключение хотелось бы еще раз подчеркнуть, что, к сожалению, запоры у беременных – явление распространенное. К ним нужно относиться серьезно и обязательно стараться восстановить работу кишечника. В противном случае они могут войти в систему и плавно перейдут в запор после беременности. Не очень радужная перспектива, не так ли?



#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И., ред. Краткое руководство по гастроэнтерологии. М.: М-Вести, 2001.
2. Парфенов А.И. Понос и запор // Клиническая медицина. 1997. №3. С. 53–60.
3. Парфенов А.И. Профилактика и лечение запоров у беременных // Гинекология. 2002. Т. 4. №3. С. 14–17.
4. Подзолкова Н.М., Назарова С.В. Транзипег: новые возможности лечения толстокишечного стаза у беременных // Гинекология. 2004. Т. 6. №6. С. 22–27.
5. Соколова М.Ю. Заболевания внутренних органов у беременных. М.: МИА, 2011. С. 262–289.
6. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии. М.: Триана X, 2002.
7. 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. P. 1790–1796.
8. Lembo A., Camilleri M. Chronic constipation // N. Engl. J. Med. 2003. №349. P. 1360–1368.
9. 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. P. 65–76.
10. Talley N. Definitions, epidemiology, and impact of chronic constipation // Rev. Gastroenterol. Disord. 2004. №4 (suppl. 2). S3–S10.
11. 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). P. 15–24.
12. 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. P. 291–301.
13. 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). P. 1590–1594.