

Запоры у беременных: пути решения проблемы

В.А.Лебедев, В.М.Пашков, И.А.Клиндухов
Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Хронические запоры являются самой частой патологией желудочно-кишечного тракта во время беременности. Запоры не только ухудшают качество жизни женщин, но и способствуют развитию дисбактериоза кишечника, активации условно-патогенной микрофлоры, транслокации микробов и их токсинов через кишечную стенку, снижению иммунитета, что является непосредственной причиной серьезных осложнений во время беременности, родов и послеродового периода. В статье рассматриваются причины возникновения запоров и их лечение.

Ключевые слова: хронические запоры, беременность, лечение.

Constipation in pregnancy: the ways to solve the problem

V.A.Lebedev, V.M.Pashkov, I.A.Klindukhov
I.M.Sechenov FMSMU

Chronic constipation is the most common gastrointestinal pathology during pregnancy. Constipation not only worsens the quality of life of pregnant women, but also promotes development of intestinal dysbiosis, activation of conditionally pathogenic microflora, translocation of microbes and toxins through the intestinal wall, immunity lowering. These processes cause serious complications during pregnancy, childbirth and in postpartum period. The article considers the causes and treatment of constipation.

Keywords: chronic constipation, pregnancy, treatment.

Установлено, что акт дефекации зависит от многих факторов, главными из которых являются микрофлора кишечника и моторная деятельность желудочно-кишечного тракта. Основу микрофлоры кишечника составляют бифидобактерии, лактобактерии и кишечная палочка, образующие на поверхности слизистой оболочки кишечника защитную биопленку. Нормальное количество защитной микрофлоры обеспечивает расщепление белков, жиров, углеводов, нуклеиновых кислот, регулирует всасывание воды и питательных веществ, а также моторику желудочно-кишечного тракта. В норме позывы на дефекацию возникают при наполнении ампулы прямой кишки.

У каждого человека есть свой биоритм освобождения кишечника. Нормальная частота дефекаций разнообразна: от 3 раз в неделю до 2 раз в сутки. Поэтому нарушение ритма и характера опорожнения кишечника относится к патологическим состояниям.

Понятие запор обозначает опорожнение кишечника реже трех раз в неделю [1, 10, 21]. Объективным критерием задержки стула считают фекальную массу менее 35 г/сут. При запоре отмечается не только редкий, но и слишком твердый скудный стул. Пациентки при этом жалуются на дискомфорт в животе, чувство неполного опорожнения кишечника. Для совершения акта дефекации они должны прикладывать дополнительные усилия: произвольно повышать тонус мышц передней брюшной стенки и тазового дна. При этом пациентки жалуются на беспокойство, связанное со сменой привычного ритма опорожнения кишечника. Запор является не самостоятельным заболеванием, а симптомом [1, 2, 5, 13-15, 19, 21].

Хронические запоры являются самой частой патологией желудочно-кишечного тракта во время беременности. Их частота варьирует от 11 до 38%. Запоры не только ухудшают качество жизни женщин, но и способствуют развитию дисбактериоза кишечника, активации условно-патогенной микрофлоры, транслокации микробов и их токсинов через кишечную стенку, снижению иммунитета, что является непосредственной причиной серьезных осложнений во время беременности, родов и послеродового периода [6, 11, 15].

Диагноз «запор» может быть поставлен при наличии следующих симптомов: дефекация требует напряжения и происходит с частотой два или менее раз в неделю, стул плотный или бугорчатый, возникает ощущение неполного опорожнения прямой кишки.

Число лиц, страдающих запорами, повсеместно возрастает, эта проблема становится центральной в повседневной практике врача. Принято считать, что частота запоров в высокоразвитых странах составляет 10% среди взрослого населения. Однако, например, в Германии 25% женщин и 10% мужчин считают, что они имеют проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта и страдают запорами. В Великобритании более 50% жителей испытывают запоры [9, 21, 22].

Возникновение хронических запоров зависит от многих причин (более 20) и, несмотря на обилие данных, ежегодно публикуемых в различных медицинских изданиях, можно только согласиться с мнением ряда авторов [2, 20]: «Дефекация, вероятно, наименее понятная и наименее изученная из всех функций организма».

Среди причин запоров отдельно стоят запоры беременных. По данным различных статистик – это самая частая патология кишечника при беременности, встречающаяся у 11–62% женщин [3, 12, 17, 18].

Этиологически выделяют следующие формы запоров:

- первичный;
- вторичный;
- идиопатический.

Первичный запор возникает в результате генетически обусловленных аномалий и пороков развития толстой кишки и ее иннервации. Заболевания и повреждения кишечника, а также патологические изменения со стороны смежных органов и систем, регулирующих моторно-эвакуаторную функцию кишечника составляют группу причин, приводящих к вторичному запору.

Сведения об авторе:

Лебедев Владимир Александрович – д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Среди этих причин выделяют: механические (слабость мышц передней брюшной стенки при эмфиземе, асците, чрезмерной тучности); желудочно-кишечные (синдром раздраженной толстой кишки, стеноз кишечника, дивертикуллез, заболевания заднего прохода; неврогенные (болезнь Гиршпрунга, заболевания спинного мозга, болезнь Паркинсона); метаболически-эндокринные (сахарный диабет, порфирия, гипокалиемия, гипотиреоз, гиперкальциемия); психогенные (подавление позыва к дефекации). Тонус, пропульсивные движения кишечника и их координация могут нарушаться в самых различных комбинациях вследствие патологических висцеро-висцеральных рефлексов, возникающих при болезнях органов пищеварения, малого таза и спаячных процессах. Запор могут вызывать органические заболевания спинного и головного мозга, церебро-спинальных нервов и узлов и конского хвоста, при которых нарушается нервная регуляция кишечника. Задержки стула нередко развиваются при депрессивных состояниях, шизофрении, нервной анорексии.

Вторичное нарушение функции толстой кишки также может быть обусловлено побочным действием лекарственных препаратов (антацидных средств, антидепрессантов, нестероидных противовоспалительных средств, препараты железа, опиоиды, мочегонные средства, скополамин, блокаторы кальциевых каналов). При невозможности всеми доступными методами установить причину нарушений моторной функции прямой и ободочной кишки запор следует считать идиопатическим (инертная кишка, идиопатический мегаколон и др.).

В патогенетическом аспекте выделяют следующие основные типы запоров:

- алиментарный;
- механический;
- дискинетический.

Алиментарный запор обусловлен изменением характера пищевого режима: уменьшением потребления воды и твердой пищи (включая пищевые волокна). Повышенный диурез вследствие приема лекарственных препаратов также способствует задержке стула. Органические препятствия для продвижения кишечного содержимого вызывают механический запор, а функциональные моторно-эвакуаторные нарушения обуславливают дискинетический запор.

Дискинезия толстой кишки выявляется у 63–75% беременных, поэтому запор является самой частой патологией кишечника во время гестации и в послеродовом периоде [4, 6, 15, 17].

Столь значительное распространение запоров при беременности обусловлено физиологическими сдвигами в системе пищеварения и ее регуляции в гестационном периоде. Установлено ослабление автоматической ритмической деятельности кишечника у беременных вследствие повышения порога возбудимости его рецепторов к биологически активным веществам (серотонину, ацетилхолину, гистамину). 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 общей с маткой иннервации всякое чрезмерное усиление перистальтики могло бы спровоцировать сократительную деятельность матки, вызвав тем самым угрозу прерывания беременности. Прогестерон, концентрация которого в крови многократно возрастает к концу II триместра и держится ста-



Дюфалак® — мягкое слабительное для взрослых и детей

Дюфалак®
Лактулоза

2012/05-688



- ▶ Мягко устраняет запор и восстанавливает нормальную работу кишечника
- ▶ Способствует росту собственной микрофлоры кишечника
- ▶ Может применяться у детей с первых дней жизни, а также у беременных и кормящих женщин

Дюфалак®
МНН: лактулоза.

Регистрационный номер: П N011717/02

Лекарственная форма: сироп. **Фармакологические свойства:** оказывает гиперосмотическое слабительное действие, стимулирует перистальтику кишечника, улучшает всасывание фосфатов и солей Са 2+, способствует выведению ионов аммония. **Показания к применению:** запор: регуляция физиологического ритма опорожнения толстой кишки; размягчение стула в медицинских целях (геморрой, состояния после операции на толстой кишке и в области анального отверстия); печеночная энцефалопатия: лечение и профилактика печеночной комы или прекомы. **Противопоказания:** галактоземия; страдающие сахарным диабетом; повышенная чувствительность к любому компоненту препарата. **С осторожностью:** непереносимость лактозы; пациенты с печеночной (пре)комой, страдающие сахарным диабетом; ректальные кровотечения недиагностированные; колостома, илеостома. **Применение при беременности и в период грудного вскармливания:** Дюфалак® можно назначать во время беременности и в период грудного вскармливания. **Способ применения и дозы:** препарат предназначен для приема внутрь. Необходимо сразу проглотить принятую однократную дозу, не задерживая во рту. Все дозировки должны подбираться индивидуально. В случае назначения однократной суточной дозы, ее необходимо принимать в одно и то же время, например, во время завтрака. Дозировка при лечении запора или для размягчения стула в медицинских целях: суточную дозу лактулозы можно принимать однократно, либо разделив ее на две, используя мерный стаканчик. Начальная доза может быть скорректирована до поддерживающей дозы в зависимости от реакции на прием препарата. Взрослые и подростки: начальная доза – 15-45 мл, поддерживающая – 15-30 мл; дети 7-14 лет: начальная доза – 15 мл, поддерживающая – 10-15 мл; дети 1-6 лет: начальная и поддерживающая доза – 5-10 мл; дети до 1 года: начальная и поддерживающая доза – до 5 мл. Дозировка при лечении печеночной комы и прекомы: начальная доза 3-4 раза в день по 30-45 мл. Затем переходят на индивидуально подобранную поддерживающую дозу так, чтобы мягкий стул был максимально 2-3 раза в день. **Побочное действие:** в первые дни приема лактулозы возможно появление метеоризма. Как правило, он исчезает через несколько дней. **Полная информация о побочных эффектах представлена в инструкции по применению.** **Передозировка:** симптомы: при приеме очень высокой дозы возможны боль в животе и диарея. Лечение: прекращение приема препарата или уменьшение дозы и коррекция электролитного дисбаланса в случае большой потери жидкости вследствие диареи или рвоты. **Взаимодействие с другими лекарственными препаратами:** исследования по взаимодействию с другими лекарственными препаратами не проводились. **Особые указания:** лактулоза должна назначаться с осторожностью пациентам с непереносимостью лактозы. При лечении печеночной (пре)комы обычно назначают более высокие дозы препарата, и содержание в нем сахара должно учитываться в отношении пациентов с сахарным диабетом. Пациенты с редкими врожденными нарушениями, такими как непереносимость галактозы или фруктозы, дефицит лактазы лапарей (саамов) или мальабсорбция глюкозы-галактозы, не должны использовать данный лекарственный препарат. **Влияние на способность к управлению автомобилем и другими механизмами:** применение препарата Дюфалак® не влияет или оказывает незначительное влияние на способность к управлению автомобилем и механизмами. **Полная информация по препарату представлена в инструкции по применению.**
ИМП от 30.05.2012

ООО «Эбботт Лэбораториз»

125171, Москва, Ленинградское шоссе, 16а, стр. 1, 6 этаж
Тел. +7 (495) 258 42 80; факс: +7 (495) 258 42 81

www.duphalac.ru
www.gastrosite.ru
www.abbott-russia.ru

Abbott
A Promise for Life

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОЧЕСТЬ ИЛИ ПРОСЛУШАТЬСЯ СПЕЦИАЛИСТОМ

бильно высокой вплоть до родов, действует расслабляюще на гладкомышечную ткань. Снижая тонус мускулатуры матки, он естественно расслабляет и мускулатуру толстого кишечника. В дополнение к этому происходят анатомические изменения: во второй половине беременности увеличенная матка сдавливает кишечник, затрудняя прохождение каловых масс. Электроколографически было показано, что у беременных женщин происходит снижение моторной функции толстой кишки, клинически выражающееся запором [2, 19, 21].

Лечение хронического запора во время беременности представляет собой достаточно сложную задачу в связи с ограниченностью спектра разрешенных к применению препаратов в этот период, а также возникновением ряда осложнений гестации, требующих ограничения подвижности беременных [2, 6, 11, 17, 19].

Одним из лечебных мероприятий, направленных на устранение запоров у беременных, является изменение характера питания. При этом рекомендуют увеличение потребления жидкости и пищу с повышенным содержанием клетчатки. Необходим частый прием пищи малыми порциями.

Обязательным является включение в пищевой рацион отрубей и пищевых добавок, которые приводят к увеличению каловых масс, что в свою очередь стимулирует моторно-эвакуаторную функцию сигмовидной и прямой кишки. При отсутствии противопоказаний необходимо применение элементов лечебной физкультуры, прогулок, плавания.

При отсутствии эффекта от данных мероприятий рекомендуют использовать слабительные препараты. По механизму действия слабительные средства подразделяются на следующие группы [7, 16, 18, 19]: размягчающие фекалии; средства, увеличивающие объем содержимого кишечника; слабоабсорбируемые ди- и олигосахариды; слабительные, повышающие осмотическое давление; препараты раздражающего действия; препараты, усиливающие моторную функцию кишечника.

Отдельные виды слабительных препаратов имеют побочные эффекты, что делает невозможным их широкое и длительное применение для лечения запоров беременных. Так, размягчающие слабительные средства (вазелиновое, касторовое масло и другие) депонируются в стенке кишечника, что может

приводить к нарушению всасывания жирорастворимых витаминов (витамины А, Д). Раздражающие слабительные (препараты сены, бисакодил) могут вызывать рефлекторные боли, диарею, нарушение электролитного обмена, развитие привыкания и обладают онкогенным потенциалом, что является недопустимым при гестации. Средства, увеличивающие объем кишечного содержимого (пищевые волокна) требуют приема большого количества жидкости, а это нарушает водный баланс и может приводить к задержке жидкости в организме и развитию отеков.

Одним из немногих слабительных, разрешенных к применению в ходе гестационного процесса и лактации, является препарат Дюфалак (производство фирмы «Abbott Laboratories») [3, 6, 11]. Большим достоинством препарата Дюфалак является отсутствие тератогенного и эмбриотоксического эффектов.

Анализ данных литературы [3, 8, 12, 16] и практический опыт показывают, что Дюфалак может быть эффективно применен в ряде случаев, когда необходимо стимулировать дефекацию, уменьшив при этом потуги и обеспечив более мягкий стул: у детей и подростков; у взрослых пожилого и старческого возраста; у больных, страдающих сопутствующими заболеваниями и сахарным диабетом; у беременных, родильниц и кормящих матерей; у больных, страдающих почечной недостаточностью; у пациентов с дивертикулами различной локализации; у больных, получающие опиаты и медикаменты, вызывающие запор, а также у больных в послеоперационном периоде.

Действующим началом препарата Дюфалак (молекулярная масса 342,3) является лактулоза, которая представляет собой не встречающийся в природе синтетический дисахарид. В этом дисахариде каждая молекула галактозы связана b-1,4-связью с молекулой фруктозы. Эта связь препятствует разрушению препарата ферментами человека или животных. Вследствие этого Дюфалак проходит через желудочно-кишечный тракт и достигает толстой кишки в неизмененном виде. Препарат не распределяется в тканях организма, так как активное вещество обычно не всасывается. Небольшие абсорбированные количества выводятся в неизмененном виде главным образом через почки [5, 13, 14].

Информация о препарате

ДЮФАЛАК® (Abbott Laboratories)

лактолоза
сироп

ФАРМАКОДИНАМИКА

Оказывает гиперосмотическое слабительное действие, стимулирует перистальтику кишечника, улучшает всасывание фосфатов и солей Ca^{2+} , способствует выведению ионов аммония. Лактулоза расщепляется кишечной флорой толстой кишки на низкомолекулярные органические кислоты, что приводит к понижению pH и повышению осмотического давления и, как следствие, увеличению объема кишечного содержимого. Указанные эффекты стимулируют перистальтику кишечника и оказывают влияние на консистенцию стула. Запор исчезает и восстанавливается физиологический ритм опорожнения толстого кишечника. При печеночной энцефалопатии или печеночной (пре)коме эффект приписывается подавлению протеолитических бактерий посредством увеличения количества ацидофильных бактерий (например, лактобактерий), переходу аммиака в ионную форму за счет подкисления содержимого толстой кишки, опорожнению кишечника вследствие снижения pH в толстой кишке и осмотического эффекта, а также уменьшению азотсодержащих токсических веществ путем стимуляции бактерий, утилизирующих аммиак для бактериального белкового синтеза. Лактулоза как пребиотиче-

ское вещество усиливает рост полезных бактерий, таких как бифидобактерии и лактобактерии, в то время как становится возможным подавление роста потенциально патогенных бактерий, таких как *Clostridium* и *Escherichia coli*, что обеспечивает более благоприятный баланс кишечной флоры.

ПОКАЗАНИЯ

Запор: регуляция физиологического ритма опорожнения толстой кишки. Размягчение стула в медицинских целях (геморрой, состояния после операции на толстой кишке и в области анального отверстия). Печеночная энцефалопатия: лечение и профилактика печеночной комы или прекомы.

Разделы: Фармакокинетика, Противопоказания, С осторожностью, Применение при беременности и в период лактации, Способ применения и дозы, Побочные действия, Передозировка, Взаимодействие, Особые указания – см. в инструкции по применению препарата.

В толстой кишке Дюфалак является идеальным питательным субстратом для сахаролитических бактерий, которые растут и быстро размножаются при применении препарата. Это приводит к угнетению протеолитической, продуцирующей токсины и потенциально патогенной кишечной флоры.

Дюфалак сначала гидролизруется до моносахаридов (фруктозы и галактозы), а затем – до короткоцепочечных жирных кислот (молочной, уксусной, пропионовой и масляной). Это вызывает снижение концентрации среднецепочечных жирных кислот, которым приписываются токсические эффекты и которые образуются вследствие расщепления белка.

Фармакологический механизм действия препарата Дюфалак реализуется посредством двух основных биохимических и микробиологических эффектов [5, 12, 13]:

1. Образование короткоцепочечных жирных кислот снижает pH содержимого толстой кишки и стимулирует перистальтику. Это также повышает осмотическое давление в просвете кишки (в среднем в 4 раза).
2. Под действием препарата Дюфалак происходит увеличение объема химуса, обусловленного задержкой воды внутри просвета кишки, и усиление кишечной перистальтики. В отличие от традиционных слабительных средств Дюфалак не оказывает раздражающего влияния на слизистую оболочку толстой кишки и не вызывает привыкания.

Кроме того, препарат Дюфалак является источником углеводов и энергии для различных видов *Bifidobacterium* и *Lactobacillus*, что приводит к увеличению их биомассы в кишечнике и к возрастанию объема содержимого кишечника, что потенцирует эвакуаторную функцию кишечника. Следует подчеркнуть, что препарат оказывает пребиотический эффект.

Суточные дозы препарата Дюфалак от 45 до 50 г полностью метаболизируются, тогда как более высокие дозы частично выводятся в неизменном виде. Продукты биотрансформации препарата Дюфалак, то есть короткоцепочечные жирные кислоты снижают pH содержимого проксимальной и дистальной частей толстой кишки.

Режим дозирования препарата Дюфалак может варьировать по потребности. Поэтому для лечения запора можно принимать суточные дозы от 15 до 45 мл.

Литература

1. Бурков С.Г. Заболевания органов пищеварения у беременных. М.: КРОН-ПРЕСС, 1996; 224.
2. Бурков С.Г. Запоры беременных: взгляд на проблему. РМЖ. 2006; 1: 28–31.

3. Зароченцева Н.В. Эффективность применения препарата Дюфалак при беременности. Гинекология. 2001;3: 1: 28–29.

4. Игнатко И.В. Запоры у беременных: проблема и пути решения. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2010; 9 (2): 16–21.

5. Краткое руководство по гастроэнтерологии / Под ред. В.Т. Ивашкина, Ф.И. Комарова, С.И. Рапопорта. М.: ООО «Издат. Дом М-Вести», 2001; 458.

6. Лебедев В.А., Рыбин М.В. Клиническая эффективность препарата Дюфалак в лечении запоров у беременных. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2003; 2 (2): 103–104.

7. Лебедев В.А. Клиническая эффективность применения препарата Дюфалак для подготовки пациенток к гинекологическим операциям. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2003; 2 (5–6): 83–86.

8. Лебедев В.А., Давыдов А.И. Применение препарата Дюфалак для подготовки пациенток к сочетанным и симультанным операциям в гинекологии. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2003; 2 (2): 103–104.

9. Малов В.А. Дисбактериозы кишечника. Медицинская помощь. 2000; 5: 13–15.

10. Маев И.В. Хронический запор. Лечащий врач. 2001; 7: 15–19.

11. Мельник Т.Н., Липовенко Л.Н. Лечение запоров у беременных. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2003; 2 (2): 103–104.

12. Мурашкин В.В., Лебедева А.А., Вотякова Н.В. Амбулаторное ведение беременных, страдающих запорами. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004; 3 (4): 85–88.

13. Парфенов А.И. Профилактика и лечение запоров у беременных. Гинекология. Consilium Medicum. 2002; 4 (3): 21–25.

14. Парфенов А.И. Запор: от симптома к болезни. Гастроэнтерология. 2003; 5 (1): 23–28.

15. Подзолкова Н.М., Назарова С.В. Транзипег в регуляции барьерной функции кишечника у беременных с запорами. Гинекология. 2006; 4: 308–311.

16. Стрижакова М.А., Толорая К.О. Применение препарата Дюфалак для подготовки пациенток перед влагалищной гистерэктомией. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2003; 2 (2): 103–104.

17. Сидорова И.С., Данилова О.С. Оценка эффективности использования препарата Дюфалак для лечения запоров у беременных. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004; 3 (2): 97–98.

18. Фролькис А.В. Прокинетики (прокинетики) в лечении моторных расстройств желудочно-кишечного тракта. Терапевтический архив. 1988; 2: 69–72.

19. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. М.: Триада-Х, 1999; 527.

20. Ballongue J., Schuman C., Quignon P. Effects of lactulose and lactitol on colonic microflora and enzymatic activity. Scand J Gastroenterol. 1997; 14 (6): 95–101.

21. Fusgen I. Constipation. Munchen. MMV, Medizin-Verlag, 1993; 52.

22. Tuohy et al. Microbial ecology in health and disease. 2002.