

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ДИСПЕПТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Жуковская И. Г.¹, Сандакова Е. А.², Хлынова О. В.², Садовниченко Е. А.³

¹ ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России (Ижевск, Россия)

² ФГБОУ ВО «Пермский государственный университет им ак. Е. А. Вагнера» Минздрава России (Пермь, Россия)

³ ГБУ ПК ГКП № 5, женской консультации № 1 (Пермь, Россия)

PECULIARITIES OF THE CURRENT AND PREDICTION OF THE PREGNANCY IN WOMEN WITH DIFFERENT TYPES OF DYSPEPTIC DISORDERS

Zhukovskaya I. G.¹, Sandakova E. A.², Khlynova O. V.², Sadovnichenko E. A.³

¹ Izhevsk State Medical Academy (Izhevsk, Russia)

² Perm State Medical University named after E. A. Wagner (PSMU) of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Perm, Russia)

³ State budgetary institution of health care of the Perm region "City Clinical Polyclinic № 5" (Perm, Russia)

Для цитирования: Жуковская И. Г., Сандакова Е. А., Хлынова О. В., Садовниченко Е. А. Особенности течения и исходы беременности у женщин с различными видами диспептических расстройств. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;155(7): 146–150.

For citation: Zhukovskaya I. G., Sandakova E. A., Khlynova O. V., Sadovnichenko E. A. Peculiarities of the current and prediction of the pregnancy in women with different types of dyspeptic disorders. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2018;155(7): 146–150.

Хлынова Ольга Витальевна
Khlynova Olga V.
olgakhlynova@mail.ru

Жуковская Инна Геннадиевна — доцент кафедры акушерства и гинекологии, д.м.н.

Сандакова Елена Анатольевна — заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Хлынова Ольга Витальевна — заведующая кафедрой госпитальной терапии, д.м.н., профессор, член-корр. РАН

Садовниченко Екатерина Анатольевна — врач — акушер-гинеколог

Резюме

Целью исследования явилась оценка течения и исходов беременности у женщин с различными типами диспептических расстройств. Обследовано 175 беременных: 73 — с диспепсией во время беременности, но без таковой до наступления гестации, 46 беременных — с хроническими заболеваниями ЖКТ до беременности и 56 беременных женщин, у которых отсутствовали диспептические жалобы и патология ЖКТ как вовремя беременности, так и в анамнезе. Проведенное исследование отражает негативное воздействие гастроинтестинальных расстройств функционального и органического генеза на течение гестации, а именно, увеличение частоты раннего гестоза, плацентарной недостаточности, инфекций мочевыводящих путей, анемии, и, как следствие, ухудшение показателей здоровья новорожденных по шкале Апгар. Диспепсия также приводит к увеличению осложнений родов и послеродового периода — эпизиотомий, послеродового эндометрита. Таким образом, диспептические расстройства во время беременности следует рассматривать как фактор риска осложненного течения беременности, родов и послеродового периода, требующего адекватной коррекции.

Ключевые слова: беременность, диспепсия органическая и функциональная

Summary

A research objective was assessment of a current and the result of pregnancy at women with various types of dyspepsia. 175 pregnant women are examined: 73 — with dyspepsia during pregnancy, but without that before a gestation, 46 pregnant women — with chronic gastrointestinal diseases before pregnancy and 56 pregnant women who had no dyspepsia as pregnancies in time, and in the anamnesis. The conducted research reflects negative impact of gastrointestinal disorders of functional and organic genesis on a current of a gestation: increase in frequency of an early gestoz, placental insufficiency, infections of urinary tract, anemias, deterioration in indicators of health of newborns on a scale Apgar. Dyspepsia also lead to increase in complications of childbirth and the postnatal period — epiziotomiya, postnatal endometritis. Thus, dyspepsia during pregnancy should be considered as risk factor of the complicated course of pregnancy, childbirth and the postnatal period demanding adequate correction.

Keywords: pregnancy, organic and functional dyspepsia

Введение

Патология желудочно-кишечного тракта является одной из самых распространенных среди женщин различных возрастов, включая репродуктивный – 46,8% – 50% [1, 2, 3]. Большинство наблюдений касается отдельных видов диспепсии, которая включает: нарушение аппетита, чувство вздутия, тошноту, отрыжку, изжогу и рвоту [4, 5]. Диспепсия, с одной стороны, выделена в качестве отдельной нозологической группы – код по международной классификации МКБ X – K 30, с другой – часто служит признаком заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Запоры – одна из самых частых проблем, возникающих при беременности, которая регистрируется у 11–66% [6]. Запоры не только ухудшают качество жизни женщин, но и могут способствовать активации условно-патогенной микрофлоры, транслокации микробов и их токсинов через кишечную стенку, что является фактором риска, а в ряде случаев и непосредственной причиной серьезных осложнений беременности, родов, послеродового периода [7]. Столь значительное распространение запоров у беременных обусловлено физиологическими сдвигами в системе

пищеварения и изменением ее регуляции на протяжении гестационного периода. Тошнота и рвота беременных, которые характерны для раннего периода гестации, отмечаются у 50–90% будущих матерей [8]. Изжогой страдают 30–80% беременных [9]. Столь высокая распространенность изжоги у беременных приводит к тому, что многие врачи-гинекологи рассматривают ее как нормальное явление при беременности и не придают ей большого значения, в то время как она может являться признаком гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, требующей обследования, наблюдения и назначения лекарственных средств, [10–14].

Данные литературы отражают частоту и характер проявления, как правило, отдельных симптомов диспепсии, при этом отсутствуют сведения об их влиянии на течение и исход гестации, связи с приемом препаратов для лечения диспепсии и сопутствующей патологии, что обусловило актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: оценить течение и исходы беременности у женщин с различными типами диспептических расстройств.

Материалы и методы

Проведено обследование состояния здоровья 175 женщин. Группу наблюдения (IA) составили 73 пациентки с диспепсией во время беременности, не имеющих функциональных или органических расстройств ЖКТ до ее наступления. В группу наблюдения (IB) вошли 46 беременных женщин с хроническими заболеваниями ЖКТ в анамнезе: хронический гастрит и гастродуоденит (58,7%); хронический холецистит (10,8%), желчекаменная болезнь (6,5%), дискинезия желчевыводящих путей (17,3%); язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (8,6%); хронический панкреатит (8,7%); дискинезия кишечника (6,5%); хронический колит (10,8%); синдром раздраженного кишечника (6,5%); дисбактериоз кишечника (26,1%). Группа сравнения (группа II) была представлена 56 беременными женщинами, у которых отсутствовали диспептические жалобы и патология ЖКТ. Средний возраст обследованных был одинаков и составил $29 \pm 0,5$, $31 \pm 0,7$ и $30 \pm 0,6$ лет соответственно. При этом все женщины имели хронические воспалительные заболевания органов малого таза.

Методы исследования включали анкетирование по оригинальной анкете (21 вопрос), общий осмотр, гинекологическое исследование, микроскопическую, бактериологическую и ПЦР-диагностику цервикального секрета на ИППП (*Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Herpes-1,2*, HPV с помощью тест-системы, общий анализ крови, общий анализ мочи, бактериологическое исследование цервикального секрета, мочи, кала. Все женщины были проконсультированы терапевтом и, по показаниям, гастроэнтерологом. Ультразвуковое сканирование органов малого таза осуществлялось по общепринятой методике (LOGIC7 с применением конвексного 3,5–5 МГц и трансвагинального 3,5–5 МГц датчиков). Состояние здоровья плода оценивалось комплексно с помощью клинических, лабораторных, эхографических (Voluson E8) и кардиотокографических методов исследования. Статистическая обработка данных проводилась с применением интегральной системы для комплексного статистического анализа и обработки данных Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

Анализ симптомов диспепсии в течении беременности показал, что частота жалоб, в целом, постепенно снижается к III триместру (с 80% до 20%): при этом на одну женщину в группе IA приходилось 1–2 клинических симптома, в группе с заболеваниями ЖКТ регистрировалось 3–4 признака. Структура диспептических признаков в I триместре характеризуется преобладанием жалоб на тошноту и рвоту. Обращает на себя внимание факт, что изжога имела место только при наличии заболеваний ЖКТ (табл. 1).

Во II триместре достоверно увеличивалась частота запоров у пациенток, страдающих хроническими заболеваниями ЖКТ, по сравнению с IA группой женщин, а также уменьшалось число женщин с тошнотой в группе IA ($p < 0,001$) и рвотой в обеих группах (табл. 1).

В III триместре существенно возрастала распространенность запоров у женщин в группе IA – с $8,2 \pm 3,2\%$ до $23,3 \pm 4,9\%$, $p < 0,01$, достигая частоты этого показателя до уровня группы IB. При этом

Таблица 1.

Жалобы у женщин в группах IA и IB при различных триместрах беременности (%)

Жалобы	Группа IA (I) n=73	Группа IB (I) n=46	Группа IA (II) n=73	Группа IB (II) n=46	Группа IA (III) n=73	Группа IB (III) n=46
Тошнота	70,1±5,4	58,7±7,3*	34,2±5,6	39,1±7,2	38,3±5,7	45,6±5,8
Рвота	27,4±5,2	36,9±7,1*	15,1±4,2	21,7±6,0	–	–
Запоры	4,1±2,3	8,6±4,1*	8,2±3,2	23,9±6,3*	23,3±4,9	32,6±6,9
Диарея	4,1±2,3	4,3±2,9*	–	–	–	–
Изжога	–	8,6±4,1*	9,5±3,4	13,1±5,0	2,7±1,8	7,0±3,8
Снижение аппетита	2,7±1,8	–	4,1±2,3	–	–	–

Примечание:

* – статистически значимые различия между группами в различных триместрах беременности при p<0,05

Таблица 2.

Характеристика микробиоценоза влагалища во время беременности (%)

Состояние микробиоценоза влагалища	Группа IA, n=73	Группа IB, n=46	Группа II, n=56
Нормоценоз	61,2±5,7	44,0±7,3	80,0±5,3*###
Бактериальный вагиноз	13,6±4,0	17,6±5,6	12,0±4,3
Вульвовагинальный кандидоз	7,0±3,0	12,0±4,8	2,0±1,9
Аэробный вагинит	18,2±4,5*	26,4±6,5##	6,0±3,2

Примечание:

статистическая значимость сравниваемых показателей между группами IA и II: * – p<0,05; между группами IB и II: ### – p<0,001; между группами IB и II: ## – p<0,01.

частота тошноты оставалась на прежнем уровне в обеих группах, а жалобы на рвоту полностью исчезали (табл. 1).

Известно, что прием лекарственных средств вносит свой вклад в развитие диспептических симптомов. Самыми назначаемыми медикаментами в I триместре были препараты прогестерона, железа и магния. В группах IA и IB на одну женщину приходилось в среднем 2–3 средства одновременно, а в группе II – 1–2. Жалобы на тошноту и рвоту чаще встречались у женщин групп IA и IB, принимавших гестагены, чем в группе II, а частота приема препаратов магния и железа (теоретически способных обусловить возникновение изжоги и запоров) была одинаковой во всех группах.

Отличительной особенностью медикаментозного лечения у женщин групп IA и IB во II триместре явилась значительная частота применения препаратов железа по сравнению с группой II, что увеличивало распространенность запоров у этих женщин. Возможно, что частота запоров у женщин с патологией ЖКТ увеличивалась и за счет более частого назначения прогестагенов.

Анализ состояния микробиоценоза влагалища во время беременности показал взаимосвязь влагалищного биотопа с состоянием желудочно-кишечного тракта (табл. 2).

Как видно, из табл. 2 нарушения микробиоценоза влагалища достоверно чаще регистрировались у женщин I-х групп, особенно при наличии хронической патологии ЖКТ, чем у здоровых беременных. При этом у них превалировал аэробный вагинит, который, как известно, играет существенную роль в формировании осложнений беременности. Бактериологическое исследование цервикального секрета показало, что в группе IB чаще определялось увеличение концентрации *E.coli* в клинически значимых титрах (более 10⁴ КОЕ/мл – у 52,9±7,4%), *Ureaplasma urealyticum* (более 10⁴ КОЕ/мл – у 17,6±5,6%), *Candida albicans* (более 10⁴ КОЕ/мл – у 29,4±6,7%); в группе IA эти же микроорганизмы выделены в титре более 10⁴ КОЕ/мл – у 33,3±5,5% (p<0,05), 8,3±3,2%, 58,3±5,8% (p<0,01) соответственно. В группе II положительные

результаты бактериологического исследования были выявлены достоверно реже – *E.coli* (более 10⁴ КОЕ/мл – у 3,6±2,5%), *Candida albicans* (более 10⁴ КОЕ/мл – у 2,0±1,9%).

Течение беременности у женщин с диспепсией чаще осложнялось признаками угрожающего выкидыша, плацентарной недостаточностью, инфекцией мочевыводящих путей, ранним гестозом, анемией. Отмечена тенденция к развитию внутриутробного инфицирования плода (табл. 3).

Как видно из табл. 3, как органические, так и функциональные нарушения ЖКТ оказывают негативное влияние на течение беременности. Хотя вполне возможно, что боли внизу живота, которые квалифицируются акушерами-гинекологами как признак угрожающего прерывания беременности, могут быть обусловлены дискинезией ЖКТ. Частота преэклампсии (менее 1%) и преждевременных родов (7,5, 11,4 и 4,0%) не зависела от наличия или отсутствия органических или функциональных нарушений гастро-интестинальной системы.

Родоразрешение у женщин всех групп в большинстве случаев происходило через естественные родовые пути (77,1%, 65,4%, 76,2%); частота кесарева сечения имела тенденцию к увеличению в группе женщин с органическими заболеваниями ЖКТ (22,5%; 34,6%, 23,6%, p>0,05). Частота эпизиотомий была достоверно выше у женщин с заболеваниями ЖКТ (23,9±6,3%, против 13,6 ± 4,0% (группа IA) и 7,1±3,4% (группа II), имевшими место до беременности, что, возможно, обусловлено более высокой частотой у них нарушений микробиоценоза влагалища и кишечника.

Распространенность послеродового эндометрита достоверно выше была в группах наблюдения, составив 16,4%, 19,6%, 5,4% соответственно (n¹=1; χ²=4,87; n²=1; χ²=6,12; p<0,05).

Частота асфиксии новорожденных (оценка по шкале Апгар 5–6 баллов) в 2–3 раза выше в группе женщин с диспепсическими расстройствами, что свидетельствует о негативном влиянии как функциональных нарушений, так и, в особенности, органической патологии ЖКТ на исходы беременности (табл. 4).

Осложнения беременности	Группа IA, n=73	Группа IB, n=46	Группа II, n=56
Ранний гестоз	63,0±5,6***	65,2±7,0###	14,2±4,7
Угрожающий выкидыш	26,0±5,1*	34,8±7,0##	12,5±4,4
Плацентарная недостаточность	34,2±5,5*	37,0±7,1#	17,8±5,1
Инфекции мочевыводящих путей	31,4±5,4*	45,7±7,3###	16,1±4,9
Признаки ВУИ плода (по УЗИ)	27,4±5,2	34,8±7,0	19,6±5,3
Анемия	30,1±5,4*	41,3±7,3##	14,2±4,7

Оценка по шкале Апгар (баллы)	Группа IA, n=73	Группа IB, n=46	Группа II, n=56
5–6 баллов	15,1±4,2	26,1±6,5	–
7–8 баллов	54,8±5,8	54,3±7,3	46,4±6,7
8–9 баллов	30,1±5,4**	19,6±5,9###	53,6±6,7

Таблица 3. Осложнения беременности у женщин с диспепсией (%)

Примечание: статистическая значимость сравниваемых показателей между группами IA и II: * – p<0,05; между группами IA и II: *** – p<0,001; между группами IB и II: # – p<0,05; между группами IB и II: ## – p<0,01; между группами IB и II: ### – p<0,001.

Таблица 4. Состояние здоровья новорожденных по шкале Апгар у женщин с диспепсией

Примечание: статистическая значимость сравниваемых показателей между группами IA и II: ** – p<0,05; между группами IB и II: ### – p<0,001.

Обсуждение результатов

Истинную частоту диспептических расстройств у беременных по данным литературы оценить очень сложно, поскольку, как правило, рассматриваются отдельные симптомы – изжога, запоры, тошнота, рвота, что требует дополнительных эпидемиологических исследований. Диспептические расстройства могут сопровождать женщину в течение всей гестации, изменяясь по частоте и структуре в зависимости от триместра. Самыми распространенными являются тошнота и рвота, частота которых максимальна в I триместре, и постепенно уменьшается к концу беременности. Частота запоров, напротив, возрастает со II триместра.

Диспептические расстройства могут возникать во время беременности, манифестируя функциональные расстройства ЖКТ, и в этом случае их можно квалифицировать как функциональные или гестационные, а могут отражать имеющуюся до беременности патологию ЖКТ. При этом частота диспепсии в I и II триместре при функциональных и органических нарушениях гастро-интестинальной системы одинакова, но у женщин с органической патологией она имеет более стойкое и продолжительное течение. Спектр диспептических жалоб при имеющейся органической патологии ЖКТ шире, чем при функциональных расстройствах: 3–4 симптома против 1–2. Необходимо подчеркнуть, что имеет место взаимосвязь диспептических расстройств у беременных с приемом различных препаратов, а именно: отмечается более высокая частота запоров у женщин при назначении препаратов железа и гестагенов. Выявлен факт взаимосвязи между

увеличением частоты функциональной диспепсии и назначением курантила, что по данным аннотации относится к достаточно редкому побочному действию данного препарата. Представляет большой интерес наличие отчетливой взаимосвязи желудочно-кишечных расстройств органического и функционального генеза с нарушениями влагалищного биотопа, среди которых лидирует аэробный вагинит, обуславливающий возникновение осложнений беременности.

Вопреки распространенному мнению о малой значимости влияния патологии ЖКТ на течение беременности, по данным проведенного исследования негативное воздействие диспепсии функционального и органического генеза на течение гестации, родов и послеродового периода не вызывает сомнений, а именно достоверно чаще регистрируются ранний гестоз, плацентарная недостаточность, инфекции мочевыводящих путей, эпизиотомии и послеродовый эндометрит. Нарушая качество жизни женщин во время беременности, индуцируя осложнения периода гестации, диспептические расстройства, особенно на фоне патологии гастро-интестинальной системы, оказывают отрицательное влияние на состояние здоровья новорожденных.

Таким образом, диспептические расстройства во время беременности требуют большего внимания со стороны акушеров-гинекологов в плане диагностики фоновой гастро-интестинальной патологии, своевременной и адекватной коррекции с целью предупреждения осложнений и оптимизации исходов беременности.

Литература | Reference

1. Соколова М. Ю. Экстрагенитальная патология у беременных. – М.: МЕДпресс-информ, 2011.
Sokolova M. Yu. Ekstragenitalnaya pathology at pregnant women. Moscow, MEDPress-inform Publ., 2011.
2. Жуковская И. Г., Сандакова Е. А. Состояние соматического здоровья пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями // ПМЖ, 2011, Т. 28, № 5, 18–25.

- Zhukovskaya I. G., Sandakova E. A.* Condition of somatic health of patients with chronic inflammatory diseases// PMG. 2011;28 (5): 18–25.
3. Жуковская И.Г., Ширева Ю.В., Сандакова Е.А. Причинно-следственные взаимосвязи хронических воспалительных заболеваний гениталий у женщин с сопутствующей патологией // Уральский медицинский журнал, 2010, № 3 (68), 70–73.
Zhukovskaya I. G., Shireva Yu.V., Sandakova E. A. Cause and effect interrelations of chronic inflammatory diseases of genitals at women with the accompanying pathology// Ural medical article.2010; 3(68):70–73.
 4. Кобышко Н.А. Гастроинтестинальные симптомы как маркеры формирования соматической патологии у беременных женщин // Вестник смоленской медицинской академии, 2011, № 1, 139–141.
Konyshko N. A. Gastrointestinal symptoms as markers of formation of somatic pathology at pregnant women// Bulletin of the Smolensk medical academy. 2011, no.1, pp.139–141.
 5. ASGE Standard of Practice Committee. Guidelines for endoscopy in pregnant and lactating women / A. K. Shergill [et al.]// Gastrointest. Endosc. 2012. Vol. 76 (1): 18–24.
 6. Романова В.В., Шмаков Р.Г. Дискинезия толстой кишки во время беременности // Акушерство и гинекология, 2013, № 11, 83–86.
Romanova V. V., Shmakov R. G. Dyskinesia of a thick gut during pregnancy// Obstetrics and gynecology. 2013, no.11, pp.83–86.
 7. Сокур Т.Н., Дубровина Н.В. Применение лактулозы при лечении запоров у беременных женщин и в послеродовом периоде // Акушерство и гинекология, 2013, № 8, 103–107.
Sokur T. N., Dubrovina N. V. Application of a laktuloza at treatment of locks at pregnant women and in the postnatal period // Obstetrics and gynecology. 2013, no. 8, pp.103–107.
 8. Мубаракшина О.А., Сомова М.Н., Мубаракшин Э.А. Роль альгинатов в фармакотерапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в период беременности // Акушерство и гинекология, 2015, № 5, 96–100.
Mubarakshina O. A., Somova M. N., Mubarakshin E. A. A role of alginates in pharmacotherapy of GERD during pregnancy // Obstetrics and gynecology. 2015, no. 5, pp. 96–100.
 9. Еремина Е.Ю. Изжога у беременных: безопасное лечение // Врач, 2016, № 10, 17–21.
Eremina E. Yu. Heartburn at pregnant women: safe treatment//Doctor. 2016, no. 10, pp. 17–21.
 10. Лопатина Т.В., Краснова Н.А. Выбор антацидного препарата у беременных // Акушерство и гинекология, 2011, № 6, 117–119.
Lopatina T. V., Krasnova N. A. The choice of antacid-drug at pregnant women // Obstetrics and gynecology. 2011, no. 6, pp.117–119.
 11. Чухарева Н.А. Фармакотерапия изжоги при беременности: безопасность применения препаратов резерва // Акушерство и гинекология, 2016, № 6, 67–72.
Chukhareva N. A. Heartburn pharmacotherapy at pregnancy: safety of use of drugs of a reserve//Obstetrics and gynecology. 2016, no. 6, pp.67–72.
 12. Savas N. Gastrointestinal endoscopy in pregnancy // World Y. Gastroenterol. 2014 Vol. 20. (41):15241–52.
 13. Katz P.O., Gerson L. B., Vela M. F. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease // Am Y. Gastroenterol. 2013, Vol. 108, no. 3, 308–28.
 14. Phupong V., Hanprasertpong T. Interventions for heartburn in pregnancy Cochrane Database Syst // Rev. 2015 Vol. 9: CD011379.