Запоры у беременных. Подходы к терапии

А.В. Соловьева✉, ORCID: 0000-0001-6711-1563, e-mail: av_soloveva@mail.ru

К.С. Ермоленко, ORCID: 0000-0003-4408-1378, e-mail: z.kristinast@yandex.ru

Российский университет дружбы народов; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

Резюме

Запор – одна из самых распространенных проблем. Около половины беременных женщин сталкиваются с задержкой стула, которая возникает вследствие физиологических изменений в организме женщины: действия прогестерона, роста матки и других причин, может быть причиной осложнений беременности, родов и послеродового периода и требует лечения. Однако среди акушеров-гинекологов это состояние обсуждается недостаточно. По наблюдению авторов, значимость проблемы недооценена. Согласно имеющимся клиническим данным, приведенным в тексте статьи, нарушение биоценоза кишечника вследствие хронического колостазы у беременных может стать предрасполагающим фактором бактериального вагиноза. Кроме того, запоры у беременных – один из факторов риска увеличения частоты преждевременных родов, преждевременного излития околоплодных вод, рождения маловесных детей и других осложнений. По этим причинам проблема требует пристального внимания медицинского сообщества. В статье приведены основные данные о причинах, эндокринных, метаболических и других предпосылках запоров, особенностях их проявлений во время беременности, возможных осложнениях, современных медикаментозных и немедикаментозных методах лечения, возможностях коррекции образа жизни.

Представлен перечень основных лекарственных средств для лечения запора, описаны показания и противопоказания к их применению во время беременности, а также перечислены побочные эффекты. Во II и III триместрах возможно применение пикосульфата натрия, который в течение короткого времени восстанавливает пассаж кала в кишечнике и не противопоказан при беременности. Рассмотрены возможности использования препарата в практике акушеров-гинекологов.

Ключевые слова: запор, причины, осложнения беременности, осложнения родов, пикосульфат натрия

Для цитирования: Соловьева А.В., Ермоленко К.С. Запоры у беременных. Подходы к терапии. *Медицинский совет*. 2020;(3):44–47. doi: 10.21518/2079-701X-2020-3-44-47.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Constipation in pregnancy. Approaches to the treatment

Alina V. Solovyeva✉, ORCID: 0000-0001-6711-1563, e-mail: av_soloveva@mail.ru

Kristina S. Ermolenko, ORCID: 0000-0003-4408-1378, e-mail: z.kristinast@yandex.ru

RUDN University; 8, Miklukho-Maklaya St., Moscow, 117198, Russia

Abstract

Constipation is one of the most common problems. About half of pregnant women experience stool retention, which occurs due to maternal physiological changes in pregnancy: the action of progesterone, uterine growth and other causes, can cause complications of pregnancy, childbirth and the postpartum period and requires treatment. However, this condition is not discussed enough among obstetrician-gynecologists. In the authors' opinion, the importance of the problem is underestimated.

The clinical data provided in the text of the article show that intestinal biocenosis disorder due to chronic colostasis in pregnant women can become a predisposing factor for bacterial vaginosis. In addition, constipation in pregnancy is one of the risk factors that may increase the rate of preterm birth, premature rupture of membranes, birth of small-for-date babies and other complications. For these reasons, the problem demands close attention of the medical community. The article provides basic information about the causes, endocrine, metabolic and other prerequisites for constipation, the features of their manifestations during pregnancy, possible complications, modern pharmacological and non-pharmacological treatments and lifestyle correction capabilities. The authors provided a list of essential drugs to treat constipation, described indications and contraindications for use of such drugs during pregnancy and listed side effects. Sodium picosulfate may be used in the second and third trimesters, which restores the passage of stools in the intestine in a short time and is not contraindicated in a pregnancy. Consideration has been given to the usage of the drug in the practice of obstetrician-gynecologists.

Keywords: constipation, causes, pregnancy complications, birth complications, sodium picosulfate

For citation: Soloveva A.V., Ermolenko K.S. Constipation in pregnancy. Approaches to the treatment. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2020;(3):44–47. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2020-3-44-47.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Затруднения пассажа по толстой кишке встречаются у 50–93% беременных [1, 2]. Такая значительная распространенность объясняется физиологическими сдвигами в системе пищеварения и изменениями в нервной и эндокринной регуляции пищеварительного тракта во

время гестации. Запоры у беременных могут быть также ассоциированы с образом жизни, эндокринными и метаболическими нарушениями, неврологическими и психогенными факторами, гастроэнтерологическими заболеваниями, заболеваниями аноректальной зоны. Запор вызывает осложнения беременности и требует лечения.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одна из общих причин ослабления кишечной перистальтики у беременных – это общность иннервации матки и толстой кишки. Под действием прогестерона снижается общий тонус гладкомышечных волокон как в матке, так и стенке кишечника, снижается возбудимость рецепторов. Гуморальная регуляция матки и кишечника также не дифференцирована: при затруднениях дефекации обкладочные клетки толстой кишки выбрасывают большое количество серотонина, а рецепторы к этому медиатору имеются не только в кишечнике, но и в миометрии. В результате возбудимость матки возрастает. Точно не установлено, может ли это явиться причиной преждевременных родов.

Ввиду отсутствия достоверных данных методов прогнозирования риска преждевременного родоразрешения [3] общепринятая традиционная тактика госпитализации беременных с жалобами на боли внизу живота приводит к агрессивной лекарственной терапии не только по отношению к женщине, но и к плоду (например, β -миметики вызывают нарушения сердечной деятельности), инфицированию внутрибольничными штаммами, увеличению риска венозных тромбозов в 18 раз и сохранению повышенного риска ВТЭ в течение 28 дней после выписки [4], а также запорам [5].

Таким образом, гипотоническое состояние кишечника следует рассматривать как защитную реакцию, которая, однако, при незначительном превышении физиологических границ приводит к появлению осложнений беременности [6, 7]. Со II триместра растущая матка смещает органы брюшной полости. Это становится дополнительным фактором, затрудняющим пассаж кишечного содержимого.

Отягощают ситуацию малоподвижный образ жизни, а также прием железосодержащих препаратов, одним из нежелательных эффектов которых является запор. Проблема запоров при назначении препаратов железа особенно актуальна в РФ, так как в некоторых регионах частота ЖДА у родильниц достигает 40% [8].

Хроническая констипация связана с дисбактериозом кишечника, а это, как известно, фактор риска бактериального вагиноза, рост условно-патогенной флоры и многочисленных осложнений как вне, так и во время беременности. В 65–80% запоры неминуемо вызывают резкое обеднение влажной лакто- и бифидофлоры [9]. Особенно это важно во время беременности, так как иммунный статус и так претерпевает серьезные изменения и любая дополнительная нагрузка может быть чрезмерной. Доля гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде у родильниц с хронической констипацией составляет 17,8%. Это значительно чаще, чем у женщин с ежедневным опорожнением кишечника [10, 11]. У беременных с запорами повышается риск поздних выкидышей и преждевременных родов, преждевременного излития околоплодных вод и рождения маловесных детей [12, 13]. Рецидивирующие нарушения биотопа влажной флоры у беременных приводят нередко к разрывам промежности различной степени тяжести [14].

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ЗАПОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ

В течение длительного времени запор определяли как пролонгированную задержку содержимого в кишечном тракте и замедленное опорожнение кишечника от уплотненного кала. В дальнейшем было определено, что корреляция между частотой дефекаций и диагнозом запор не обязательна. В настоящее время запором считается нарушение функции кишечника, выражающееся в увеличении интервалов между актами дефекации по сравнению с индивидуальной физиологической нормой или систематически недостаточным опорожнением кишечника. Критериями запора являются редкое опорожнение кишечника (реже трех раз в неделю). Большую значимость имеют также боль или затруднения с эвакуацией, плотный стул или ощущение неполного опорожнения прямой кишки.

Для лечения запоров эффективны следующие мероприятия:

1. Пациентке необходимо рассказать о том, что ей необходимо выработать «привычку к дефекации» в определенное время суток, лучше утром. Для этого необходимо в одно и то же время, оптимально после еды, посещать туалет и некоторое время сидеть на унитазе, ожидая дефекации. Обычно в течение недели рефлекс устанавливается сам собой.
2. Требуется коррекция диеты: повысить долю пищевых продуктов, богатых волокнами, стимулирующих кишечную перистальтику (свекла, чернослив), увеличивающих объем каловых масс (отруби), а также добавить в рацион квашеную капусту, кисломолочные продукты с бифидо-, лактобактериями. Одновременно из рациона следует исключить некоторые продукты: крепкий чай и кофе, шоколад, белый хлеб, манную кашу.
3. Необходимо повысить физическую активность: ходьба, плавание и др.
4. Особое внимание следует уделить микробиоте кишечника – кефир, ряженка и др.

Назначаемые слабительные средства должны быть прежде всего безопасны (отсутствие тератогенного действия).

1. Слабительные, содержащие пищевые волокна – органические полимеры, удерживающие воду в кишечном содержимом. Доказано, что препараты этой группы способствуют менее твердому стулу (уровень рекомендаций В). При их использовании необходимо большое количество жидкости, что нарушает у беременных водный баланс и провоцирует отеки. Эффект развивается через 10–20 дней. Поэтому применение у беременных ограничено.
2. Осмотические слабительные. Содержат плохо абсорбируемые ионы или молекулы, повышающие осмотический градиент: лактулозу, полиэтиленгликоль, гидроксид магнезии. Лактулоза и полиэтиленгликоль увеличивают частоту стула и улучшают консистенцию кала у пациентов с хроническим запором (уровень рекомендаций А). Разрешены к применению во время беременности. Препараты могут провоцировать метеоризм.
3. Энтерокинетики. Прукалоприд. Препарат является полным агонистом серотонинергических рецепторов 4-го

типа (5НТ4) и в обычных терапевтических дозировках не вступает во взаимодействие с рецепторами других типов. Противопоказан во время беременности.

- Активаторы хлоридных каналов. Лубипростон – активатор хлоридных каналов 2-го типа, усиливает кишечную секрецию без изменения концентрации электролитов в сыворотке, ускоряет пассаж кишечника содержимого. Противопоказан во время беременности.
- Стимулирующие слабительные. Относятся к наиболее эффективным (уровень рекомендаций В) для нормализации стула за минимальный временной интервал. Безопасность разных представителей этой группы неодинакова. Так, некоторые слабительные этой группы (прежде всего препараты сенны) имеют, кроме того, выраженный дозозависимый эффект и при длительном применении в возрастающих дозах могут привести к тяжелой лаксативной болезни, меланозу слизистой оболочки толстой кишки. У беременных применение ограничено в связи с тем, что препараты могут рефлекторно провоцировать сократительную активность матки, мутагенность; при постоянном приеме вызывают секреторную диарею с потерей жидкости и электролитными нарушениями.

Препаратом выбора во II и III триместрах может быть пикосульфат натрия (Регулак). Пикосульфат натрия является пролекарством и метаболизируется кишечной микрофлорой с отщеплением молекулы пикосульфатного радикала и образованием активного дифенола, обладающего раздражающим эффектом на слизистую оболочку.

Это проявляется увеличением секреторной активности, увеличением кишечного содержимого и стимуляцией моторики кишечника. Прием пикосульфата натрия позволяет воздействовать на моторику и нормализовать ее активность независимо от этиологии запоров.

Преимущества препарата: управляемый эффект, который наступает в течение 10–12 ч, который можно модулировать изменением дозировки; безопасность приема, препарат разрешен для приема детям с 4 лет, не были отмечены побочные эффекты у беременных и разрешен к использованию во II и III триместрах; препарат несиستمного действия, эффекты реализуются на уровне толстой кишки [15].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Запор чаще встречается у женщин. Во время беременности запор возникает вследствие физиологических изменений в организме женщины: действия прогестерона, роста матки и других причин. Вместе с тем запор не может рассматриваться как физиологическое состояние. Регуляция стула как вне, так и во время беременности крайне важна для женщины. У беременных во II и III триместрах беременности возможно назначение пикосульфата натрия. Препарат усиливает перистальтику кишечника и обладает минимальными побочными эффектами.

Поступила/ Received 30.01.2020

Поступила после рецензирования/ Revised 15.02.2020

Принята в печать/ Accepted 18.02.2020

Список литературы

- Серова О.Ф., Соловьева А.В., Снапковская Л.В. Серьезный вопрос. *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. 2011;(2):63–69. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28340418>.
- Игнатко И.В. Запоры у беременных: проблема и пути решения. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2010;9(2):16–21. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=15212468>.
- Фаткуллин И.Ф., Ахметгалиев А.Р., Мунавирова А.А., Фаткуллин Ф.И. Преимущества применения диагностической экспресс-тест-системы для определения плацентарного α -микроглобулина-1 в цервикальном содержимом для идентификации начавшихся/угрожающих преждевременных родов. *Акушерство и гинекология*. 2018;(1):62–68. doi: 10.18565/aig.2018.1.62-68.
- Nelson-Piercy C., MacCallum P., Mackillop L. *Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2015. 40 p. Available at: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37a.pdf>.
- Мурашкин В.В., Лебедева А.А., Вотякова Н.В. Амбулаторное ведение беременных, страдающих запорами. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2004;3(4):85–88. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=9932685>.
- Парфенов А.И. Профилактика и лечение запоров у беременных. *Гинекология. Consilium Medicum*. 2002;4(3):135–137. Режим доступа: http://old.consilium-medicum.com/media/gynecology/02_03/135.shtml.
- Бурков С.Г. Запоры беременных: взгляд на проблему. РМЖ. *Болезни органов пищеварения*. 2006;(1):28–31. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/bolezni_organov_pishchevareniya/Zapory_beremennyh_vzglyad_na_problemu.
- Соловьева А.В., Стуров В.Г., Радзинский В.Е. (ред.) *Анемии и репродуктивное здоровье*. М.: Status praesens; 2019. 200 с. Режим доступа: <https://praesens.ru/knigi-1/anemii-i-reproduktivnoe-zdorovie/>
- Jewell DJ., Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2001;(2):CD001142. doi: 10.1002/14651858.CD001142.
- Малов В.А. Дисбактериозы кишечника. *Медицинская помощь*. 2000;(5):13–15. Режим доступа: <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=50012>.
- Подзолкова Н.М., Назарова С.В. Клиническое значение запоров в развитии осложненной беременности и послеродового периода. *Consilium medicum*. 2010;(6):50–54.
- Кира Е. Ф. *Бактериальный вагиноз*. М.: Медицинское информационное агентство; 2012. 472 с. Режим доступа: <https://docplayer.ru/42979072-E-f-kira-bakterialnyy-vaginoz-medicinskoie-informacionnoe-agentstvo.html>.
- Svare J., Schmidt H., Hansen B. Bacterial vaginosis in a cohort of Danish pregnant women: prevalence and relationship with preterm delivery, low birthweight and perinatal infections. *B/OG*. 2006;113(12):1419–1425. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.01087.x.
- Радзинский В.Е. *Акушерская агрессия, v.2.0*. М.: Status Praesens; 2017. 872 с. Режим доступа: <https://akusher-lib.ru/books/akusherskaya-agressiya-v-2-0>.
- Ford A.C., Soares N.C. Effect of laxatives and pharmacological therapies in chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis. *Gut*. 2011;60(2):209–218. doi: 10.1136/gut.2010.227132.

References

- Serova O.F., Solov'eva A.V., Snapkovskaya L.V. Huge issue. *StatusPraesens. Ginekologiya, akusherstvo, besplodnyy brak = StatusPraesens. Gynecology, Obstetrics, Barren Marriage*. 2011;(2):63–69. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28340418>.
- Ignatko I.V. Constipation in pregnant women: problem and solutions. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii = Gynecology, Obstetrics and Perinatology*. 2010;9(2):16–21. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=15212468>.
- Fatkul'in I.F., Akhmetgaliev A.R., Munavirova A.A., Fatkul'in F.I. Advantages of using a rapid diagnostic test system to determine placental α 1-microglobulin in the cervical contents for identification of incipient/threatened preterm labor. *Akusherstvo i ginekologiya =*

- Obstetrics and Gynecology*. 2018;(1):62–68. (In Russ.) doi: 10.18565/aig.2018.1.62-68.
4. Nelson-Piercy C., MacCallum P., Mackillop L. *Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2015. 40 p. Available at: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37a.pdf>.
 5. Murashkin V.V., Lebedeva A.A., Votyakova N.V. Outpatient management of pregnant women suffering from constipation. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii = Gynecology, Obstetrics and Perinatology*. 2004;3(4):85–88. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=9932685>.
 6. Parfenov A.I. Prevention and treatment of constipation in pregnancy. *Ginekologiya. Consilium Medicum = Gynecology. Consilium Medicum*. 2002;4(3):135–137. (In Russ.) Available at: http://old.consilium-medicum.com/media/gynecology/02_03/135.shtml.
 7. Burkov S.G. Constipation in pregnancy: a look at the problem. *RMZH. Bolezni organov pishchevareniya = RMI. Diseases of the digestive system*. 2006;(1):28–31. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/bolezni_organov_pishchevareniya/Zapory_beremennyh_vzglyad_na_problemu.
 8. Soloveva A.V., Sturov V.G., Radzinskiy V.E. (ed.) *Anemia and reproductive health*. Moscow: Status praesens; 2019. 200 p. (In Russ.) Available at: <https://praesens.ru/knigi-1/anemii-i-reproduktivnoe-zdorove/>
 9. Jewell DJ., Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2001;(2):CD001142. doi: 10.1002/14651858.CD001142.
 10. Malov V.A. Gut dysbiosis. *Meditsinskaya pomoshch' = Medical care*. 2000;(5):13–15. (In Russ.) Available at: <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=50012>.
 11. Podzolkova N.M., Nazarova S.V. Clinical relevance of constipation in the development of complications of pregnancy and the postpartum period. *Consilium medicum*. 2010;(6):50–54. (In Russ.)
 12. Kira E.F. *Bacterial vaginosis*. Moscow: Medical News Agency Publishers; 2012. 472 p. Available at: <https://docplayer.ru/42979072-E-f-kira-bakterialnyy-vaginoz-medicinskoe-informacionnoe-agentstvo.html>.
 13. Svare J., Schmidt H., Hansen B. Bacterial vaginosis in a cohort of Danish pregnant women: prevalence and relationship with preterm delivery, low birthweight and perinatal infections. *BJOG*. 2006;113(12):1419–1425. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.01087.x.
 14. Radzinskiy V.E. *Obstetric aggression, v.2.0*. Moscow: Status Praesens; 2017. 872 p. (In Russ.) Available at: <https://akusher-lib.ru/books/akusherskaya-agressiya-v-2-0>.
 15. Ford A.C., Suares N.C. Effect of laxatives and pharmacological therapies in chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis. *Gut*. 2011;60(2):209–218. doi: 10.1136/gut.2010.227132.

Информация об авторах:

Соловьева Алина Викторовна, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов»; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; e-mail: av_soloveva@mail.ru

Ермоленко Кристина Станиславовна, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов»; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; e-mail: z.kristinast@yandex.ru

Information about the authors:

Alina V. Solovyeva, Dr. of Sci. (Med), professor of the Department of obstetrics and gynecology with the course of perinatology, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Peoples' Friendship University of Russia" (RUDN University); 8, Miklukho-Maklaya St., Moscow, 117198, Russia; e-mail: av_soloveva@mail.ru

Kristina S. Ermolenko, Cand. of Sci. (Med), assistant of the Department of obstetrics and gynecology with the course of perinatology, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Peoples' Friendship University of Russia" (RUDN University); 8, Miklukho-Maklaya St., Moscow, 117198, Russia; e-mail: z.kristinast@yandex.ru