

рактер местной иммунной реакции у больных «малыми» формами генитального эндометриоза // Медицина сегодня и завтра. – 2004. – № 4. – С. 173-174.

13. Старцева И.В. Эндометриоз как новая болезнь цивилизации (вопросы патогенеза, диагностики и лечения). – Пермь, 1997.

14. Сотникова Н.Ю., Анциферова Ю.С. и др. Особенности системного и локального иммунного ответа у женщин с различными формами эндометриоза // Иммунология. – 2003. – Т.24, № 4. – С. 242-245.

15. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Эндометриоз: клинические и теоретические аспекты. – М.: Медицина, 1996. – 330 с.

16. Чубатий А.І. Удосконалення методів діагностики і лікування хворих з внутрішнім ендометріозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2006. – 20 с.

17. Щербина Н.А., Липко О.П., Потапова Л.В., Щербина И.Н. Роль нарушения клеточного метаболизма Ca²⁺ в развитии эндометриоза // Сборник научных работ Ассоциации акушеров-гинекологов. – К.: "Интермед", 2002. – С. 256-259.

18. Эндеко В. Тайная жизнь эндометриоза // АиФ. Здоровье. – 2004. – № 32.

19. Ho H.W., Wu M.Y., Yang Y.S. Peritoneal cellular immunity and endometriosis // Am.J. Reprod.Immunol. – 1997. – Vol. 38, № 6. – P. 1957-1961.

20. Jonesco M., Popesco C. La place de l'ummine tissulaire locale dans l'etiopathogenie de l'endometriose

(le role des corticoids et de l'hyperfolliculinie)//Gynecologie. – 1975. – Т. 26, № 4. – P. 303-306.

21. Kistner R.W., Siegler A.M., Behrman S.J. Suggested classification of endometriosis: relationship to infertility // Fertil. and Steril. – 1977. – Vol. 28, № 1. – P. 108-111.

22. Linden P.J. Теории патогенеза эндометриоза // Аналоги Гн и РГ в репродуктивной медицине. – М.: МедПресс, 1997. – С. 59-72.

23. Novak E.R., Woodruff J.D. Gynecologic and obstetric pathology: Philadelphia-London-Toronto: Saunders, 1979

24. Recklinghausen F. Adenomyoma und Cystadenoma des uterus der Tubenwandung; ihre Ankunft von Rerten des wolffschen Korpers. – Berlin, 1896.

25. Sampson J.A. The development of the implantation theory for the origin of peritoneal endometriosis // Am.J. Obstet. Gynecol. – 1940. – Vol. 40. – P. 549-557.

26. Schenken R. Endometriosis. – London, 1989.

27. Taylor R.N., Ryan I.P., Moore E.S. et al. Angiogenic and macrophage activation in endometriosis // Ann. N.Y. Acad. Sci. – 1997. – Vol. 828. – P. 194-207.

28. Zeitoun K., Takayama K., Sasano H. et al. Deficient 17beta-hydroxysteroid dehydrogenase type 2 expression in endometriosis: failure to metabolize 17beta-estradiol // J. of Clin. Endocrin. a. Metabol. – 1998, Dec. – Vol. 83 (12). – P. 74-80.

УДК 618.3-0087.6:616.34-008

В.А. Заболотнов, А.Н. Рыбалка, Д.М. Сидоров

КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА У БЕРЕМЕННЫХ

Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского

КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕННОГО КИШЕЧНИКА У ВАГІТНИХ. Для виконання даного дослідження вивчено 83 вагітних з СПК. З них першу групу склали 40 вагітних, що одержували традиційну терапію. Другу групу склали 43 вагітних, що одержували розроблене нами лікування (Іберогаст та Геларіум Гіперікум). У другій групі, у порівнянні з першою, більш ніж в 3,5 рази, зменшилася частота рецидивів. Застосування запропонованого нами лікувального комплексу у вагітних дозволило підвищити ефективність лікування СПК, значно знизити частоту акушерських ускладнень, перинатальну захворюваність.

КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА У БЕРЕМЕННЫХ. Для выполнения настоящего исследования изучены 83 беременных с СПК. Из них первую группу составили 40 беременных, получавших традиционную терапию. Вторую группу составили 43 беременных, получавших разработанное нами лечение (Иберогаст и Гелариум® Гиперікум). Во второй группе, в сравнении с первой, более чем в 3,5 раза уменьшилась частота рецидивов. Применение предложенного нами лечебного комплекса у беременных позволило повысить эффективность лечения СПК, значительно снизить частоту акушерских осложнений, перинатальную заболеваемость.

CORRECTION OF SYNDROME OF IRRITATED BOWELS IN PREGNANT. For performance of the real research were studied 83 pregnant women with irritable bowel syndrome. From them the first group was made by 40 pregnant women received traditional therapy. The second group was made by 43 pregnant women received the treatment developed by us (Iberogast and Gelarium Giperikum). In the second group, by comparison to the first, more than in 3,5 time, frequency of relapses diminished. The application of the proposed by us therapeutic complex for pregnant women allowed to promote efficiency of treatment of IBS, considerably to reduce frequency of obstetric complications and perinatal morbidity.

Ключові слова: синдром раздраженного кишечника (СПК), вагітність, лікування.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, беременность, лечение.

Key words: irritable bowel syndrome (IBS), pregnancy, treatment.

ВСТУП. Частота встречаемости патологии толстого кишечника с каждым годом возрастает и «молодеет». Среди всех заболеваний, проявляющихся клиникой диспепсии, у основной массы людей наблюдаются функциональные расстройства, называемые синдромом раздраженного кишечника (СРК) [4].

По определению международной рабочей группы ВОЗ (Рим, 1992), СРК — это «функциональное расстройство кишечника, при котором абдоминальная боль сочетается с нарушениями дефекации и кишечного транзита» или «комплекс функциональных, то есть не связанных с органическим поражением кишечника, расстройств продолжительностью более трёх месяцев, основным клиническими проявлениями которого являются боли в животе (обычно уменьшающиеся после акта дефекации), сопровождающиеся метеоризмом, урчанием, чувством неполного опорожнения кишечника или императивными позывами на дефекацию, а так же нарушениями его функции (запорами, поносами или их чередованием)» [4].

Патология кишечника оказывает негативное влияние на течение беременности, родов и здоровье новорожденного, о чем свидетельствуют опубликованные работы. У беременных изменяется микробиоценоз влагалища, что в первую очередь приводит к невынашиванию и внутриутробному инфицированию [1, 2, 3, 5].

Неоднократно подчеркивалось, что СРК — это психосоматическое понятие, связанное с нарушением нервной регуляции моторики тонкой кишки. СРК не является собирательным понятием, которое нужно использовать во всех случаях, когда причина расстройств пищеварения не ясна. Он должен быть диагнозом исключения, который устанавливается после тщательного обследования пациентки и исключения органической патологии ЖКТ [6-10].

Возможности медикаментозной коррекции данного состояния в периоде беременности представляются весьма сложными в связи тератогенным и эмбриотоксическим эффектом лекарственных средств. В этой связи, с целью коррекции СРК, наше внимание привлекают лекарственные средства растительного происхождения. В первую очередь это относится к препаратам компании «Бионорика АГ» (Германия): Иберогаст и Гелариум® Гиперикум.

Иберогаст — один из наиболее изученных и исследованных фитопрепаратов. Входящие в состав препарата компоненты оказывают двойное регулирующее действие, которое заключается в том, что в нестимулированных или слабо стимулированных сегментах основной тонус повышается, благодаря иберии горькой, и противостоит таким симптомам, как ощущение переполненного желудка и метеоризма. В чрезвычайно стимулированных, спазмированных сегментах кишечника Иберогаст оказывает спазмолитическое действие благодаря другим растительным компонентам, которые связываются со специфическими рецепторами серотонина, мускарина и опиоидов, оказывают регулирующее действие на перистальтику и

снижают висцеральную болевую чувствительность желудочно-кишечного тракта. Иберогаст усиливает перистальтику, снимает спазм, снижает висцеральную болевую чувствительность, оказывает противовоспалительное действие, снижает секрецию соляной кислоты париетальными клетками.

Гелариум® Гиперикум — растительный антидепрессант изготавливаемый из зверобоя продырявленного. Способствует нарушениям нейромедиаторной передачи, ингибирует моноаминоксидазу (МАО) и катехол-О-метил-трансферазу, модулирует секрецию интерлейкина-6, что является механизмом его антидепрессивного и анксиолитического действия. Применение препарата снижает чувство тревоги, напряжения, улучшает настроение, повышает психическую и эмоциональную устойчивость.

Результаты проведенных ранее исследований свидетельствуют об отсутствии эмбриотоксичности, мутагенности и тератогенности.

Цель работы — определить эффективность разработанного метода коррекции синдрома раздраженного кишечника у беременных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Для выполнения настоящего исследования изучены 83 беременных с СРК. Беременные были разделены на две группы. Первую группу составили 40 беременных, получавших традиционную терапию (спазмолитики, эубиотики, Валериану, Энтерола®250). Вторую группу составили 43 беременных, получавших разработанное нами лечение (Иберогаст и Гелариум® Гиперикум).

Иберогаст назначали по 20 капель три раза в сутки. Гелариум® Гиперикум назначали по 1 драже 3 раза в сутки с жидкостью. Длительность терапии составляла 5 недель.

Применялось лечебное питание с использованием продуктов из кукурузы, гречихи, ржи, моркови, кабачков, томатов, фрукты, овощные и фруктовые салаты, неконсервированные соки, кисломолочные продукты. Из пищевого рациона исключались алкоголь, копченые, острые и соленые блюда, газированная вода.

Пациентки были отобраны в группы методом слепой выборки. Указанные группы были сопоставимы по возрасту (от 21 до 41 года), паритету, наличию соматической патологии, эндокринным заболеваниям. В исследование не вошли пациентки, принимавшие другие лекарства.

1. Клинические методы обследования, которые включали: изучение анамнеза — наследственность, профессиональные вредности, наличие тяжелых физических и психологических травм, антропометрические данные, гинекологическая заболеваемость, особенности менструальной и детородной функции; особенности течения данной беременности.

2. Все беременные консультированы терапевтом, гастроэнтерологом, уточнялся вид патологии, время развития заболевания, длительность заболевания, степень тяжести.

3. С целью оценки внутриутробного состояния плода выполнялась антенатальная и интранатальная

кардиотокография, УЗИ плода с определением биофизического профиля плода, доплерографическое исследование.

4. Проведено микроскопическое исследование выделений уретры и выделений из цервикального канала; бактериологическое исследование фекалий и цервикального канала.

5. Заполнялась анкета качества жизни и удовольствия (Q-LES-Q). Качество жизни оценивалось при помощи самостоятельно заполняемой анкеты качества жизни, степени ощущения радости и удовлетворённости (Q-LES-Q) (см таблицу 1) [11].

Статистическую обработку проводили с помощью программного пакета STATISTICA- 5.5A (StatSoft, Inc., США). Достоверность различий ($p < 0,05$) определяли с использованием t -критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Среди 83 женщин с СРК осложнённое течение настоящей беременности было у 61 (85,5 %).

У женщин первой группы беременность закончилась выкидышем в одном случае (2,5 %), во второй выкидышей не было; преждевременными родами, соответственно, в 4 (10 %) и в 2 (4,7 %) случаях ($p_{1,2} < 0,05$). Преждевременное излитие околоплодных вод имело место у 8 женщин первой группы (20,5 %) и у 5 пациенток (11,6 %) второй группы ($p_{1,2} < 0,05$).

Дисстресс плода, установленный после проведения клинического, кардиотокографического, ультразвукового и доплерографического исследования, зафиксирован у 7 (17,9 %) пациенток первой группы и у 5 пациенток (11,6 %) второй группы.

Частота послеродовых гнойно-септических осложнений составила: в первой группе – 2 случая, 5,1 % (1 случай субинволюции матки и 1 – послеродовая язва промежности), во второй группе этой патологии не было.

Гнойно-септические заболевания новорожденных отмечены в первой группе в 7,7 % (3 случая – 1 конъюнктивит, 2 пиодермии новорожденных), во второй группе – 2,3 % (1 случай конъюнктивита).

После проведенного лечения в первой группе болевой синдром в этой области живота сохранился в 15 случаях (37,5 %), во второй группе – в 8 случаях (18,6 %) ($p_{1,2} < 0,05$). Частота стула от 1 до 3-х опорожнений кишечника в неделю была у 13 (32,5 %) первой группы и у 5 второй (11,6 %), реже 1 раза в неделю – у 2 (5,0 %) первой группы и во второй группе таких беременных не было ($p_{1,2} < 0,05$).

Не смотря на проведенное лечение, возобновление клиники СРК имело место у 7 из 39 пациенток (18,0 %) первой группы и у 2 из 43 пациенток (4,7 %) второй группы ($p_{1,2} < 0,05$).

После заполнения анкеты качества жизни и удовольствия количество баллов в первой группе до лечения составило $24,3 \pm 4,1$, во второй группе – $23,1 \pm 3,7$ ($p_{1,2} > 0,5$). После проведения лечебных мероприятий были повторно заполнены анкеты качества жизни и удовольствия. В первой группе количество баллов практически не изменилось и составило

$28,5 \pm 3,4$ ($p > 0,5$). Во второй группе, после лечения, были получены значительные, статистически значимые различия ($44,6 \pm 3,7$), как в сравнении со второй группой до лечения, так и в сравнении с первой группой после лечения ($p_{1,2} < 0,05$). Во второй группе беременные дали наибольшее количество баллов по следующим параметрам: физическое здоровье, настроение, удовлетворённостью отношениями с друзьями/коллегами, отношениями в семье, общим самочувствием, жизненной/домашней ситуацией.

При выполнении посевов из цервикального канала в первой группе исследуемых до назначения лечения не выявлено микрофлоры у 11 из 40 беременных (27,5 %), во второй группе – у 12 из 43 (27,9 %). При обнаружении микрофлоры высевались в первой группе *S. saprophyticus* у 5 беременных и у 4 беременных второй группы; *S. epidermatis*, соответственно, – у 12 и у 13; *S. aureus*, соответственно, – у 4 и у 3; *E. coli*, соответственно, – у 4 и у 5; *P. vulgaris*, соответственно, – у 2 и у 2; *B-streptococcus*, соответственно, – у 2 и у 3; *Bacteroides fragilis*, высевался только у 1 пациентки второй группы.

Обильным ростом микрофлоры в первой группе был в 18 из 29 случаев (62,1 %), во второй группе – в 21 из 31 (67,7 %).

После проведенного лечения, в материале из цервикального канала пациенток первой группы не выявлено микрофлоры у 8 из 40 беременных (20,0 %), во второй группе – у 4 из 43 (9,3 %). Обильный рост микрофлоры сохранился у 4 беременных первой группы (10,0 %) и у 2 второй группы (4,6 %).

При выполнении бактериологического посева фекалий получен патологический рост у 31 пациентки первой группы (77,5 %) и у 33 пациенток второй группы (76,7 %). Патологический рост характеризовался повышенным количеством кишечной палочки, выявлением кишечной палочки со слабо выраженными ферментативными свойствами, наличием гемолизующей кишечной палочки; повышенным содержанием условно патогенных энтеробактерий, энтерококков более 10^6 , коагулопозитивных стафилококков, грибов рода кандиды более 10^3 .

Данные бактериологического посева фекалий в изучаемых группах представлены в таблице №1. Обращает на себя внимание отсутствие статистически значимых различий в группах до проведения лечебных мероприятий ($p > 0,05$).

Применение предложенного нами лечебного комплекса (Иберогаст и Гелариум® Гиперикум) позволило достоверно улучшить практически все показатели бактериологического посева фекалий во второй группе ($p < 0,05$). Необходимо отметить улучшение показателей бактериологического посева фекалий и в первой группе, однако позитивные изменения имели достоверность лишь в уменьшении отдельных видов условно патогенных энтеробактерий (*C. freuch* – 10^5 , *Ps. aeruginosa* – 10^5).

При сопоставлении показателей бактериологического посева фекалий после проведенного лечения, в

Таблица 1. Данные об особенностях бактериологического посева фекалий

	Первая группа до лечения, n=40	Первая группа после лечения, n=40	Вторая группа до лечения, n=43	Вторая группа после лечения, n=43
Повышенное количество кишечной палочки	7 (17,5 %)	4 (10,0 %)	8 (18,6 %)	5 (11,6 %)
Кишечная палочка со слабо выраженными ферментативными свойствами	14 (35,0 %)	9 (22,5 %)	15 (34,9 %)	6 (14,0 %)*
Гемолизующая кишечная палочка	25 (62,5 %)	17 (42,5 %)	27 (62,8 %)	8 (18,6 %)*,**
Условно патогенные энтеробактерии:				
<i>S. freuch</i> – 10 ⁵	6 (15,0 %)	3 (7,5 %)*	6 (14,0 %)	2 (4,7 %)*
<i>Pr. Vulg</i> 10 ⁶	10 (25,0 %)	7 (17,5 %)	11 (25,6 %)	3 (7,0 %)*
<i>E. Cloacae</i> 10 ⁵	5 (12,5 %)	3 (7,5 %)	5 (11,6 %)	2 (4,7 %)*
<i>Ps. aeruginosa</i> – 10 ⁵	3 (7,5 %)	1 (2,5 %)*	4 (9,3 %)	- *
Энтерококки более 10 ⁶	14 (35,0 %)	10 (25,0 %)	15 (34,9 %)	4 (9,3 %)*,**
Стафилококки коагулопозитивные	7 (17,5 %)	5 (12,5 %)	6 (14,0 %)	3 (7,0 %)*
Грибы рода кандиды более 10 ³	17 (42,5 %)	14 (35,0 %)	19 (44,2 %)	9 (22,5 %)*,**

Примечание: * – достоверные различия при сравнении с показателями в соответствующей группе до и после проведения лечения ($p < 0,05$); ** - достоверные показатели при сравнении первой и второй групп после проведенных лечебных мероприятий

изучаемых группах получено значительное уменьшение выделения грибов рода кандиды более 10³ и энтерококков более 10⁶ во второй группе ($p_{1,2} < 0,05$).

ВЫВОДЫ 1. Внедрение предложенного нами метода лечения позволяет избежать полипрагмазии, которая свойственна терапии СРК, когда с целью достижения терапевтического эффекта применяются 4-8 препаратов, что особенно нежелательно во время гестации.

2. Во второй группе, в сравнении с первой, после приёма Иберогаста и Гелариума® Гиперикума удалось более чем в 3,5 раза уменьшить частоту рецидивов.

3. Применение предложенного нами лечебного комплекса (Иберогаст и Гелариум® Гиперикум) с це-

лью купирования СРК позволило повысить эффективность лечения, значительно снизить частоту акушерских осложнений, перинатальную заболеваемость.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ. Дальнейшее изучение медикаментозной коррекции данного состояния в периоде беременности является весьма сложными в связи тератогенным и эмбриотоксическим эффектом лекарственных средств, поэтому остаётся актуальным проведение исследований, направленных на глубокое понимание синдрома раздражённого кишечника у беременных. Поиск новых медикаментозных препаратов растительного происхождения представляется актуальным для лечения синдрома раздражённого кишечника.

Литература

- Григорьев П. Я. и соавт. Изменения родовой состава кишечной микрофлоры и степени обсемененности кишечника: бактериологическая характеристика, клиническое значение, вопросы терапии // Практикующий врач. – 1999. – №16 (3). – С. 14-19.
- Вдовиченко Ю.П., Генник Н.И., Шадлун Д.О. Вплив мікробіоценозу піхви і кишечника вагітних жінок на частоту розвитку післяпологової і неонатальної інфекції // Перинатол. і педіатрія. – 2001. – №2. – С. 18-20.
- Веропотвелян П.Н. и соавт. Новые методы лечения бактериального вагиноза и дисбактериоза кишечника // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 2(31) С. 92-96.
- Дёмина Т.Н., Сухурова Л.С. Структура гестационных осложнений у женщин с синдромом раздражённого кишечника // Здоровье женщины. – 2007. – №4 (32). – С. 80-84.
- Диагностика и лечение синдрома раздражённой кишки (Материалы «круглого стола») // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1999. – Т. 9, № 2. – С. 61-71.

- Луценко Н.С. Гераскина Л.Р., Овстровский К.В., Евтерева И.А., Галацкий В.Е. Обстипационный синдром в акушерстве: препарат выбора. Показания, особенности применения // Здоровье женщины. – 2007. – №1 (29). – С. 103-106.
- Манзюк Е.Е., Яковлева Э.Б. Особенности экосистемы родовых путей у беременных с геморроем // Здоровье женщины. – 2007. – №2 (30). – С. 68-70.
- Олейник Н.Н. Роль нарушений микробиоценоза влагалища и кишечника беременных в развитии перинатального инфицирования // Здоровье женщины. – 2001. – № 4(8). С. 24-27.
- Соколова М.Ю., Петрова С.Б. Дискинезия толстой кишки у беременных // Гинекология. – 2003. – Т. 5, №3. – С. 27-31.
- Тютюнник В.Л. Дисбиотические состояния при беременности и методы их коррекции // РМЖ. – 2003. – Т. 11, № 16. – С. 36-39.
- Endicott J., Nee J., Harrison W., Blumenthal R. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new measure. Psychopharma. Bull. 1993; 29: 321-326.