

## Функциональный запор у беременных и родильниц

**Е.С. Полушкина**✉, ORCID: 0000-0002-1945-0154, epolushkina@mail.ru

**И.Э. Григорян**, ORCID: 0000-0003-4675-9568, irengrigorian96@yandex.ru

Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова; 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4

### Резюме

Функциональный запор является привычной проблемой во время беременности и в послеродовом периоде. В последние годы специалисты уходят от классических общих определений запора, предпочитая персонализированную оценку изменения частоты дефекации у каждого пациента в отдельности. Данное состояние относится не только к медицинским проблемам, но и факторам, влияющим на качество жизни пациенток. Функциональный запор имеет полиэтиологическую природу, включающую физиологические анатомические изменения желудочно-кишечного тракта во время беременности, а также гормональные изменения. Своевременное выявление и коррекция данного состояния являются одной из важнейших составляющих ведения беременности врачом акушером-гинекологом. Многие специалисты отмечают недооцененность данной проблемы. Также отмечается отсутствие общепринятых объективных методов сбора данных об изменении характера и частоты дефекации у пациенток. В данном обзоре освещена актуальная информация по указанной тематике, приведены рекомендации по образу жизни во время беременности и в послеродовом периоде, немедикаментозной и медикаментозной коррекции констипации. Многие зарубежные и российские авторы отмечают эффективность применения препаратов на основе пикосульфата натрия, который за короткое время ускоряет пассаж кала. Пикосульфат натрия может применяться во втором и третьем триместрах и на протяжении всего послеродового периода и лактации. Комплексная коррекция факторов, провоцирующих функциональный запор, снижает риски развития заболеваний толстой кишки у беременных женщин и рожениц.

**Ключевые слова:** функциональный запор, констипация, беременность, послеродовый период, пикосульфат натрия

**Для цитирования:** Полушкина Е.С., Григорян И.Э. Функциональный запор у беременных и родильниц. *Медицинский совет*. 2021;(3):77–80. doi: 10.21518/2079-701X-2021-3-77-80.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Functional constipation during and after pregnancy

**Evgeniya S. Polushkina**✉, ORCID: 0000-0002-1945-0154, epolushkina@mail.ru

**Iren E. Grigorian**, ORCID: 0000-0003-4675-9568, irengrigorian96@yandex.ru

Kulakov National Medical Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology; 4, Academician Oparin St., Moscow, 117997, Russia

### Abstract

Functional constipation is a common problem in pregnancy and postpartum period and is now considered not just a medical problem but also a factor influencing the quality of life. The frequency of defecation differs in people. Recent years specialists prefer personalized evaluation of the frequency of defecation for exact diagnostics of the condition, but not the classic definition. Functional constipation in pregnancy is caused by functional and anatomy changes of gastrointestinal tract and also by hormonal changes in pregnancy. Early diagnosis and correction of this pathology is one of the main objectives when managing normal pregnancy. This review covers current information on the theme, contains recommendations about the lifestyle during pregnancy and postpartum period and treatment options. Some foreign and Russian authors note the effectiveness of sodium picosulfate which accelerates the passage of the feces in a short time. It can be used during II and III trimesters of pregnancy as well as in the postpartum period and breastfeeding. Thus, complex correction of factors causing functional constipation decreases the risk of colon diseases as well as of all gastrointestinal tract in pregnant women and in the puerperium.

**Keywords:** functional constipation, constipation, pregnancy, postpartum period, sodium picosulfate

**For citation:** Polushkina E.S., Grigorian I.E. Functional constipation during and after pregnancy. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2021;(3):77–80. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2021-3-77-80.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest.

## ВВЕДЕНИЕ

Функциональный запор, или констипация, является важной медицинской и социальной проблемой во время беременности и в послеродовом периоде. Функциональным считают запор, если отсутствует его связь

с известными генетическими, структурными или иными изменениями кишечника [1].

Под классическим определением запора подразумевается нарушение функции опорожнения кишечника со снижением количества дефекации менее 3 раз в неделю при наличии других субъективных симптомов [2].

Однако в последние годы многие специалисты отмечают, что клинически более значимо нарушение функции кишечника, выражающееся в увеличении интервалов между актами дефекации по сравнению с физиологической индивидуальной нормой или в систематически недостаточном опорожнении кишечника, а не связь данного показателя с частотой опорожнения кишечника в неделю [3]. Стоит отметить, что запор как во время беременности, так и в послеродовом периоде, помимо медицинских проблем, влечет за собой снижение качества жизни и восприятие физического здоровья. Запор во время беременности среди состояний, отрицательно влияющих на повседневную жизнь пациенток, уступает только тошноте как наиболее распространенной желудочно-кишечной жалобе во время беременности.

### ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ К НАРУШЕНИЮ ПЕРИСТАЛЬТИКИ У БЕРЕМЕННЫХ

В практике акушера-гинеколога запоры наиболее часто ассоциируются со следующими состояниями: беременность, послеродовой период, миома матки, эндометриоз, пролапс гениталий, воспалительные заболевания органов малого таза, послеоперационный период [4].

Для объективной оценки наличия запора у пациентов в 2016 г. была разработана IV Римская классификация, включающая в себя критерии для объективной оценки наличия кишечных расстройств у пациентов.

Беременность предрасполагает к развитию запоров из-за физиологических и анатомических изменений желудочно-кишечного тракта и гормональных изменений. Запор в данных клинических случаях носит вторичный характер. Повышение уровня прогестерона во время беременности и снижение уровня гормона мотилина приводят к увеличению времени прохождения каловых масс через кишечник. Также наблюдается повышенное всасывание воды из кишечника, что вызывает пересыхание стула. Снижение физической активности матери и увеличение количества витаминов, в частности прием железа и кальция, могут еще больше способствовать запору [5]. Во II–III триместрах беременности вследствие увеличения матки может замедлиться поступательное движение кала. Запор может привести и к более серьезным осложнениям, таким как закупорка кишечника каловыми массами, но стоит отметить, что такие осложнения возникают редко [6].

В послеродовом периоде с запором связаны такие симптомы, как боль или дискомфорт, напряжение и твердый стул. Геморрой, боль в месте эпизиотомии, действие гормонов беременности и антикоагулянтных средств, используемых во время беременности, могут увеличить риск послеродового запора.

Запор при беременности и в послеродовом периоде может быть обусловлен дисфункцией тазового дна, которая проявляется в виде недержания мочи, гиперактивного мочевого пузыря или пролапса тазовых органов. Чрезмерное напряжение может повредить половой нерв и тем самым нарушить функцию мускулатуры тазового дна. Тяжелый запор может вызвать геморрой или выпадение

прямой кишки, а также способствовать пролапсу тазовых органов. С другой стороны, родовые травмы мышц тазового дна и анальных сфинктеров могут привести к послеродовым запорам [6].

О том, что беременность и послеродовой период являются одной из причин запоров, свидетельствуют данные многочисленных исследований. Согласно данным R. Cartwright et al., примерно две из пяти женщин во II–III триместрах и чуть более половины женщин в раннем послеродовом периоде сообщили о запорах (согласно IV Римским критериям) по сравнению с каждой пятой в сопоставимой по возрасту контрольной группе небеременных женщин [7]. Субъективная самооценка запора в исследуемых группах была значительно чаще, чем при оценке с использованием индекса функции кишечника. Отмечалась самая высокая частота запоров (57%) в первые дни после кесарева сечения. При родах через естественные родовые пути в два раза реже встречалась клиника функционального запора по сравнению с женщинами после экстренного или планового кесарева сечения (9% по сравнению с 15%).

Кроме того, большое значение в развитии запоров играют образ жизни, привычки, социальный статус. G.H. Shin et al. проводили исследование с июля 2012 г. по январь 2014 г. среди женщин на сроке беременности 37–41 нед. в четырех больницах Шанхая. В исследование были включены 1 698 беременных. Проводился анализ следующих факторов: образа жизни, пищевых привычек, психологического анамнеза, анамнеза дефекации за 6 мес. до беременности и процесса дефекации после беременности. У беременных женщин старше 35 лет с индексом массы тела до беременности более 24, получивших высшее образование и ведущих сидячий образ жизни, чаще наблюдались функциональные запоры [6].

Ряд исследователей отмечает важность поведенческих факторов в развитии запора у беременных. Работа A. Sultan et al. была направлена на оценку эффективности использования биде перед дефекацией для уменьшения тяжести запоров и улучшения качества жизни во время беременности [8]. В исследование было включено 60 беременных: экспериментальная группа (n = 30) и контрольная группа (n = 30) с ведением карт самоконтроля, шкалы оценки запора при беременности и шкалы качества жизни. Авторы отмечали статистически значимые отличия между средними баллами оценки запоров при беременности в экспериментальной группе, использующей биде. В данной группе беременные с тяжелым запором отмечали лишь «некоторые проблемы» при дефекации. Помимо этого, статистически значимые улучшения наблюдались в экспериментальной группе по всем подшкалам шкалы качества жизни, за исключением подшкалы удовлетворенности [8].

### ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ

Таким образом, в профилактике запоров и улучшении качества жизни беременных женщин важными являются проведение тренингов по причинам запоров и предо-

ставление со стороны врача-акушера-гинеколога информации о методах контроля функциональных запоров и важности поведенческих факторов в их возникновении.

При необходимости назначения медикаментозной терапии для клинициста важно понимание эффективности и безопасности лечения запора во время беременности, а также для предотвращения послеродового запора.

Среди препаратов и пищевых добавок для медикаментозной терапии функциональных запоров можно отметить натуральные волокна (агенты, формирующие объем), докюзат натрия (размягчитель стула), минеральные масла (слабительные для смазки), макрогол (полиэтиленгликоль, ПЭГ), сахара и сахарные спирты (осмотические слабительные), а также антрахиноны и дифенольные слабительные (стимулирующие слабительные). Данные средства рекомендованы для лечения запоров у беременных женщин вследствие отсутствия тератогенного воздействия на плод и противопоказаний при кормлении грудью. При этом стоит отметить, что зачастую категории риска для этих веществ, принимаемых во время беременности и кормления грудью, являются результатом отсутствия исследований, а не доказательной информацией. Поэтому определение категории риска не всегда помогает в принятии решения о выборе слабительного.

Во время беременности необходимо более тщательно подходить к вопросу выбора слабительных препаратов. В I триместре рекомендуется соблюдать диетотерапию и корректирование образа жизни и физических нагрузок. При необходимости назначения слабительных средств в I триместре рекомендуются препараты с макроголом или лактулозой. Препаратом выбора для II, III триместра, послеродового периода и всего периода грудного кормления является слабительное средство, содержащее пикосульфат натрия, обладающее высокой эффективностью [9].

Пикосульфат натрия относится к группе слабительных средств, стимулирующих функцию кишечника. Он имеет ряд преимуществ перед препаратами из своей и других групп. Это контактное слабительное средство триариаметановой группы, которое активируется только в толстой кишке под действием бактериальных сульфатаз. Препарат стимулирует чувствительные нервные окончания слизистой оболочки, усиливая моторику. При курсовом лечении стимулирует рост и метаболическую активность нормальной (облигатной) микрофлоры кишечника. Обладает мягким предсказуемым эффектом, что дает беременной женщине возможность планировать свой день.

Принцип действия препарата заключается в следующем. В дистальном отделе толстого кишечника происходит гидролизация пикосульфата натрия с образованием активного метаболита бис-(*p*-гидроксифенил)-пиридил-2-метана, который вызывает раздражение рецепторов слизистой оболочки кишечника и усиливает его перистальтику. В просвете толстой кишки происходит накопление воды и электролитов, что приводит к размягчению кала и стимуляции акта дефекации [10].

Одни из масштабных обзорных исследований по оценке эффективности и безопасности вмешательств (медикаментозных и немедикаментозных) для лечения запора во время беременности были проведены группой исследователей с поиском данных в Регистре исследований по беременности и родам Кокрейновской библиотеки, на сайте ClinicalTrials.gov и на платформе Международного реестра клинических испытаний ВОЗ (ICTRP). Также в поиск были включены исследования открытых источников. Авторы оценили опубликованные, неопубликованные и текущие рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), кластерные РКИ, оценивающие вмешательства (медикаментозные и немедикаментозные) при запорах во время беременности, а также сравнили данные по экспериментальным и контрольным (плацебо или отсутствие лечения) группам. По результатам обзора авторы отмечают, что различные исследования отмечали об изменениях одних и тех же симптомов по-разному, при этом не было выявлено никаких сравнительных данных по боли при дефекации, частоте и консистенции стула. Кроме того, не было значительной разницы в удовлетворенности женщин по качеству жизни, обезвоживанию, электролитному дисбалансу, острой аллергической реакции или астме. При этом отмечалось, что прием продуктов с повышенным содержанием клетчатки (или пищевых добавок) увеличивал частоту дефекации и приводил к изменению консистенции стула (твердый стул уменьшился на 11–14%, нормальный стул увеличился на 5–10%, а жидкий стул увеличился на 0–6%). Авторы отмечают, что недостаточно информации для всесторонней оценки эффективности и безопасности вмешательств (медикаментозных и немедикаментозных) для лечения запора во время беременности из-за ограниченности данных (несколько исследований с небольшим размером выборки и отсутствием метаанализов) [11].

В другом исследовании группой авторов проведена оценка эффективности и безопасности вмешательств по профилактике послеродового запора. Проанализированы данные 1 208 женщин в послеродовом периоде, которые принимали слабительные средства, в сравнении с группой плацебо. В результате анализа данных авторы не выявили исследований, оценивающих образовательные или поведенческие вмешательства, а также оценку боли или напряжения при дефекации, консистенции стула, частоту послеродовых запоров, время до первого испражнения после родов и побочные эффекты, вызванные оперативным вмешательством, такие как тошнота или рвота, боль и газы [12].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, функциональный запор является достаточно распространенной и отчасти недооцененной проблемой во время беременности и в послеродовом периоде, приводящей в ряде случаев к осложнениям и ухудшающей качество жизни женщины. Своевременная диагностика, рекомендации по коррекции образа жизни,

отдельных привычек и в ряде случаев лекарственная терапия, безопасная для применения во время беременности и после родов, позволяют значительно улучшить состояние женщины, способствуют профилактике развития и прогрессирования патологии толстого

кишечника и других органов желудочно-кишечного тракта.



Поступила / Received 02.03.2021  
Поступила после рецензирования / Revised 18.03.2021  
Принята в печать / Accepted 18.03.2021

### Список литературы

1. Минушкин О.Н. Функциональный запор: рекомендации по диагностике и лечению. *РМЖ. Гастроэнтерология*. 2016;(11):703–707. Режим доступа: [https://www.rmj.ru/articles/gastroenterologiya/Funkcionalnyy\\_zapor\\_rekomendacii\\_po\\_diagnostike\\_i\\_lecheniyu/#ixzz6q8PVboAi](https://www.rmj.ru/articles/gastroenterologiya/Funkcionalnyy_zapor_rekomendacii_po_diagnostike_i_lecheniyu/#ixzz6q8PVboAi).
2. Самсонов А.А., Кучерявый Ю.А., Андреев Д.Н. Хронический запор: проблемы терапии. *Врач*. 2011;(4):24–29. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=15635022>.
3. 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://elibrary.ru/item.asp?id=9932685>.
4. Логутова Л.С., Новикова С.В., Цивцивадзе Е.Б. Новые возможности в лечении беременных с эпизодическими запорами. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2018;18(5):88–91. doi: 10.17116/rosakush20181805188.
5. Trottier M., Erebara A., Bozzo P. Treating constipation during pregnancy. *Can Fam Physician*. 2012;58(8):836–838. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22893333/>.
6. Shin G.H., Toto E.L., Schey R. Pregnancy and postpartum bowel changes: constipation and fecal incontinence. *Am J Gastroenterol*. 2015;110(4):521–530. doi: 10.1038/ajg.2015.76.
7. Johannessen H.H., Cartwright R. Constipation during and after pregnancy. *BIOG*. 2020. doi: 10.1111/1471-0528.16603.
8. Alan S., Gozuyesil E., Surucu S.G. The Effect of Bidet Use on Severity of Constipation and Quality of Life Among Pregnant Women. *Yonago Acta Med*. 2020;63(3):205–213. doi: 10.33160/yam.2020.08.011.
9. Gharebghahi K., Gharebghahi D.R., Wierrani F., Sliutz G. Treatment of Chronic Functional Constipation during Pregnancy and Lactation. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2016;220(1):9–15. doi: 10.1055/s-0035-1554626.
10. Kim D.H., Hyun S.H., Shim S.B., Kobashi K. The role of intestinal bacteria in the transformation of sodium picosulfate. *Jpn J Pharmacol*. 1992;59(1):1–5. doi: 10.1254/jjp.59.1.
11. Rungsiprakarn P., Laopaiboon M., Sangkomkamhang U.S., Lumbiganon P., Pratt J.J. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD011448. doi: 10.1002/14651858.CD011448.pub2.
12. Turawa E.B., Musekiwa A., Rohwer A.C. Interventions for preventing postpartum constipation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;(8):CD011625. doi: 10.1002/14651858.CD011625.pub3.

### References

1. Minushkin O.N. Functional constipation: diagnostic and treatment recommendations. *RMZh. Gastroenterologiya = RMJ. Gastroenterology*. 2016;(11):703–707. (In Russ.) Available at: [https://www.rmj.ru/articles/gastroenterologiya/Funkcionalnyy\\_zapor\\_rekomendacii\\_po\\_diagnostike\\_i\\_lecheniyu/#ixzz6q8Plhftg](https://www.rmj.ru/articles/gastroenterologiya/Funkcionalnyy_zapor_rekomendacii_po_diagnostike_i_lecheniyu/#ixzz6q8Plhftg).
2. Samsonov A., Kucheryav Yu., Andreyev N. Chronic constipation: problems of therapy. *Vrach = The Doctor*. 2011;(4):24–29. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=15635022>.
3. 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://elibrary.ru/item.asp?id=9932685>.
4. Logutova L.S., Novikova S.V., Tsivtsivadze E.B. New opportunities in the treatment of pregnant women with episodic constipation. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa = Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2018;18(5):88–91. (In Russ.) doi: 10.17116/rosakush20181805188.
5. Trottier M., Erebara A., Bozzo P. Treating constipation during pregnancy. *Can Fam Physician*. 2012;58(8):836–838. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22893333/>.
6. Shin G.H., Toto E.L., Schey R. Pregnancy and postpartum bowel changes: constipation and fecal incontinence. *Am J Gastroenterol*. 2015;110(4):521–530. doi: 10.1038/ajg.2015.76.
7. Johannessen H.H., Cartwright R. Constipation during and after pregnancy. *BIOG*. 2020. doi: 10.1111/1471-0528.16603.
8. Alan S., Gozuyesil E., Surucu S.G. The Effect of Bidet Use on Severity of Constipation and Quality of Life Among Pregnant Women. *Yonago Acta Med*. 2020;63(3):205–213. doi: 10.33160/yam.2020.08.011.
9. Gharebghahi K., Gharebghahi D.R., Wierrani F., Sliutz G. Treatment of Chronic Functional Constipation during Pregnancy and Lactation. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2016;220(1):9–15. doi: 10.1055/s-0035-1554626.
10. Kim D.H., Hyun S.H., Shim S.B., Kobashi K. The role of intestinal bacteria in the transformation of sodium picosulfate. *Jpn J Pharmacol*. 1992;59(1):1–5. doi: 10.1254/jjp.59.1.
11. Rungsiprakarn P., Laopaiboon M., Sangkomkamhang U.S., Lumbiganon P., Pratt J.J. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD011448. doi: 10.1002/14651858.CD011448.pub2.
12. Turawa E.B., Musekiwa A., Rohwer A.C. Interventions for preventing postpartum constipation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;(8):CD011625. doi: 10.1002/14651858.CD011625.pub3.

### Вклад авторов

Концепция статьи – Полушкина Е.С., Григорян И.Э.

Написание текста – Григорян И.Э., Полушкина Е.С.

Обзор литературы – Григорян И.Э.

Перевод на английский язык – Григорян И.Э.

Анализ материала – Полушкина Е.С., Григорян И.Э.

### Contribution of authors

Concept of the article – Evgeniya S. Polushkina, Iren E. Grigorian

Text development – Iren E. Grigorian, Evgeniya S. Polushkina

Literature review – Iren E. Grigorian

Translation into English – Iren E. Grigorian

Material analysis – Evgeniya S. Polushkina, Iren E. Grigorian

### Информация об авторах:

**Полушкина Евгения Сергеевна**, к.м.н., старший научный сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова; 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4; [epolushkina@mail.ru](mailto:epolushkina@mail.ru)

**Григорян Ирэн Эдуардовна**, клинический ординатор, Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова; 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4; [irengrigorian96@yandex.ru](mailto:irengrigorian96@yandex.ru)

### Information about the authors:

**Evgeniya S. Polushkina**, Cand. Sci. (Med.), Senior Researcher, Kulakov National Medical Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology; 4, Academician Oparin St., Moscow, 117997, Russia; [epolushkina@mail.ru](mailto:epolushkina@mail.ru)

**Iren E. Grigorian**, Clinical Resident, Kulakov National Medical Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology; 4, Academician Oparin St., Moscow, 117997, Russia; [irengrigorian96@yandex.ru](mailto:irengrigorian96@yandex.ru)