

©В. П. Міщенко, В. В. Міщенко, І. Л. Головатюк-Юзефпольська

Одеський національний медичний університет

ЗАХВОРЮВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК. КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Мета дослідження – визначити особливості клінічного перебігу вагітності в різні терміни гестації у жінок із різними захворюваннями шлунково-кишкового тракту та алгоритму ведення вагітної.

Матеріали та методи. Обстежено 130 вагітних репродуктивного віку в різні терміни гестації.

Результати дослідження та їх обговорення. Тривалість захворювань шлунково-кишкового тракту (ЗШКТ) зростала за роками від 1 року до понад 2 років. В анамнезі хронічний гастрит у стадії ремісії різних типів (гіпо-, гіперацидний, нормоацидний) понад 2 роки мали 64,6 % осіб, хронічні закрепи – 41,5 %, синдром дискінезії товстої кишки – 44,6 %. Основними симптомами були болі в епігастральній ділянці, правому підребер'ї, у ділянці пупка, нудота, блювання, млявість, головний біль тощо. Хронічні закрепи клінічно проявлялися у I триместрі у 38,5 % вагітних, у II триместрі – у 47,7 %, у III триместрі – у 49,2 %. Частота синдрому дискінезії товстої кишки зростала від 44,5 % у I триместрі до 56,9 % – у III. При загостренні хронічного гастриту, хронічному закрепі, синдромі гіпокінезії товстої кишки загрози раннього викидня, раннього гестозу, пізнього викидня, передчасних пологів склали 100 %. У вагітних підтверджено діагноз анемії. Низький вміст гемоглобіну узгоджувався із низьким вмістом феритину. Показники коагулограми мали тенденцію до підвищення за терміном вагітності. У III триместрі виявлено знижений та на рівні нижньої межі норми вміст феритину, заліза, фолієвої кислоти, цjanокобаламіну, вітаміну D. Визначення сумарних антитіл (IgG, IgA, IgM) до антигенів *Helicobacter pylori* показало наявність високих титрів (коефіцієнт позитивності склав від 6,45 до 14,57) у жінок, обтяжених хронічним гастритом у III триместрі.

Висновки. Перебіг вагітності у жінок із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту має багато ідентичних симптомів із патологічними проявами гестаційних ускладнень. Верифікація діагнозу потребує своєчасного застосування додаткових діагностичних засобів. Важливими є підготовка до вагітності, уточнення наявної патології, профілактикування загострень, прогресування.

Ключові слова: гастрити; закрепи; дискінезія товстої кишки; вагітність.

V. P. Mishchenko, V. V. Mishchenko, I. L. Golovatyuk-Yuzefpolska

Odesa National Medical University

DISEASES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT IN PREGNANT WOMEN. CLINICAL SIGNIFICANCE

The aim of the study – to determine the features of the clinical course of pregnancy at different stages of gestation in women with various diseases of the gastrointestinal tract and the algorithm for managing a pregnant woman.

Materials and Methods. 130 pregnant women of reproductive age at different stages of gestation were examined.

Results and Discussion. The duration of diseases of the gastrointestinal tract increased over the years from 1 year to more than 2 years. In the anamnesis, 64.6 % of people had chronic gastritis in the remission stage of various types (hypo-, hyperacidic, normoacidic) for more than 2 years, chronic constipation – 41.5 %, colonic dyskinesia syndrome – 44.6 %. The main symptoms were pain in the epigastric area, right hypochondrium, in the navel area, nausea, vomiting, lethargy, headaches. Chronic constipation was clinically manifested in the 1st trimester in 38.5 % of pregnant women, in the 2nd trimester – 47.7 %, in the 3rd trimester – 49.2 %. The frequency of colonic dyskinesia syndrome increased from 44.5 % in the first trimester to 56.9 % in the third. With exacerbation of chronic gastritis, chronic constipation, with colon hypokinesia syndrome, the threat of early miscarriage, early gestosis, the threat of late miscarriage, and the threat of premature birth amounted to 100 %. The diagnosis of anemia was confirmed in pregnant women. Low hemoglobin is consistent with low ferritin. The indicators of the coagulogram had a tendency to increase according to the term of pregnancy. In the 3rd semester, the content of ferritin, iron, folic acid, cyanocobalamin, vitamin D was found to be reduced and at the level of the lower limit of normal. The determination of total antibodies (IgG, IgA, IgM) to *Helicobacter pylori* antigens showed the presence of high titers (the positivity coefficient was from 6.45 to 14.57) in women burdened by chronic gastritis in the III trimester.

Conclusions. The course of pregnancy in women with chronic diseases of the gastrointestinal tract has many identical symptoms with pathological manifestations of gestational complications. Verification of the diagnosis requires the timely use of additional diagnostic tools. It is important to prepare for pregnancy, clarify the existing pathology, prevent exacerbations, and progress.

Key words: gastritis; constipation; dyskinesia of the colon; pregnancy.

ВСТУП. Захворювання шлунково-кишкового тракту (ЗШКТ) у вагітних жінок – це нозологічні форми соматичної патології, які досить часто зустрічаються у повсякденній роботі сімейних лікарів та акушерів-гінекологів. Достовірна частота цих захворювань у вагітних жінок невідома. У літературних джерелах зазначають: «у кожному 5–7 випадку», у «кожній 2-ї вагітній жінки» [1,

2]. Із клінічної практики відомо, що ЗШКТ – часта патологія [3, 4]. Більше половини жінок страждають від цих захворювань ще до вагітності [5, 6]. В інших пацієнток захворювання шлунка, кишечника виникають у різні терміни вагітності [7, 8]. ЗШКТ мають різні ступені тяжкості, різне вираження симптомів, частоту загострень у разі хронічного перебігу тощо [9–11]. Знання симптомів ЗШКТ

має важливе значення для диференційної діагностики гестаційних ускладнень (ранній гестоз легкого, середнього, тяжкого ступенів тяжкості; позаматкова вагітність; загроза раннього, пізнього викидня; загроза передчасних пологів; гепатози; ретрохоріальні гематоми; передчасне відшарування плаценти тощо) [12–14].

ЗШКТ можуть бути як причиною гестаційних ускладнень, так і їх наслідком. Останнє переважно пов'язано з методами лікування, застосуванням певних терапевтичних препаратів. Загальновідомо про вплив на моторику кишечника гормональних препаратів (прогестерону), гіпотензивних, мікроелементів заліза, кальцію та інших [15, 16].

Клінічно ЗШКТ проявляються слабкістю, болем у животі різної локалізації та інтенсивності, нудотою, блюванням, закрепамі тощо. У таких випадках перед клініцистом завжди виникає питання, що первинне: гестаційне ускладнення чи соматична патологія, яка провокує виникнення ускладнень перебігу вагітності. Визначення алгоритму ведення вагітної жінки має включати основне і супутнє захворювання. Від розуміння, що є причиною, а що є наслідком, залежить терапевтична тактика [17].

Хибною для лікаря є недооцінка значення наслідків ЗШКТ для перебігу вагітності. Захворювання перебігає з порушенням моторики кишечника, вивільнення (евакуації) його вмісту. Діарейні явища сприяють швидкому виникненню запальних процесів кишечника, дисбіозу, психоневрологічних розладів тощо. Закрепи призводять до накопичення калових мас, здуття живота, калової інтоксикації, гіповітамінозу, дисбіозу, психоневрологічних розладів тощо. Так, хронічний гастрит – це хронічний запальний процес тканин шлунка різної етіології, в тому числі інфекційної, який може негативно впливати на функціональний стан фетоплацентарного комплексу, перебіг вагітності. За даними літератури [18], у понад 70 % випадків етіологічним чинником хронічного гастриту є бактерія *Helicobacter pylori* [19].

Синдром дискінезії кишечника/синдром дискінезії товстої кишки (СДТК) – це функціональне порушення моторики кишечника, яке виникає у різні терміни гестації. Серед причинних факторів можуть бути неврологічні розлади на фоні стресу, зміна гормонального балансу в

організмі вагітної жінки, анатомічні особливості розміщення кишечника відповідно до збільшення розмірів вагітної матки, зміна раціону та режиму харчування тощо [20].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – визначити особливості клінічного перебігу вагітності у різні терміни гестації у жінок із різними захворюваннями шлунково-кишкового тракту та алгоритму ведення вагітної.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Обстежено 130 вагітних репродуктивного віку в різні терміни гестації. Основну групу (I) склали 65 жінок, які мали основні скарги на біль у животі при госпіталізації у стаціонар із діагнозом загрози викидня, загрози передчасних пологів. Група порівняння (II) представлена 65 практично здоровими вагітними. Клініко-лабораторні особливості перебігу вагітності вивчали у терміни 8–13, 22–36, 37–40 тижнів. Усі жінки перебували на диспансерному обліку в жіночих консультаціях та пройшли обстеження згідно з нині діючим наказом МОЗ України від 09.08.2022 № 1437 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність». Додатково визначали сумарні специфічні антитіла IgG, IgM, IgA до антигенів *Helicobacter pylori*, феритин, вітамін D, прогестерон (імуноферментним аналізом за допомогою тест-систем фірм DRG, Bioserv (Німеччина)). Ультразвукове дослідження фетоплацентарного комплексу (фотометрія, доплерометрія, плацентографія, -метрія) проводили на ультразвуковому апараті фірми Toshiba Arlio MX (модель апарата SSA-780 A, режим роботи 2D, M-режим). Датчики апарата: PVT-375, PVT-661VT. Дослідження виконували у CDI-режимі, а саме кольорову доплерографію. Вивчали показники кровотоку матки. Тканини посліду досліджували в лабораторії гістоморфологічного аналізу. Вагітні мали консультативний висновок лікарів: гастроентеролога, інфекціоніста, гематолога. Отримані результати оброблено із застосуванням методик математичної статистики і використанням пакета програм MS Excel XP, Statistica 6.0 із застосуванням параметричного критерію Стьюдента. При цьому статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. У таблиці 1 представлено нозологічні форми захворювань шлунково-кишкового тракту та їх частоту.

Таблиця 1. Нозологічні форми захворювань ШКТ та їх частота (n=65)

Захворювання шлунково-кишкового тракту до вагітності	Тривалість захворювання, роки					
	до 1 року		1–2 роки		>2 років	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хронічний гастрит у стадії ремісії різних типів (гіпоацидний, гіперацідний, нормаацидний)	30	46,2	30	46,2	42	64,6
Хронічні закрепип	25	38,5	25	38,5	27	41,5
Синдром дискінезії товстої кишки	29	44,5	29	44,5	29	44,6
Захворювання шлунково-кишкового тракту у вагітних за триместрами	Термін вагітності, триместри					
	I		II		III	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хронічний гастрит у стадії загострення різних типів (гіпоацидний, гіперацідний, нормаацидний)	31	24,6	14	21,5	7	10,8
Хронічні закрепип	25	38,5	31	47,7	32	49,2
Синдром дискінезії товстої кишки	29	44,5	34	52,3	37	56,9

За даними таблиці, в обстежуваних жінок тривалість захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) зростала за роками від 1 року до понад 2 років.

За даними результатів проведеного дослідження виявлено, що серед 65 вагітних жінок в анамнезі мали хронічний гастрит в стадії ремісії різних типів (гіпо-, гіперацидний, нормаацидний) понад 2 роки 42 (64,6 %) особи, хронічні закрепи – 27 (41,5 %), синдром дискінезії товстої кишки – 29 (44,6 %) пацієнток. Високу захворюваність можна пояснити умовами життя у нашому суспільстві в останні роки, а саме в період пандемії Covid-19, тяжкої війни, важкого психоемоційного стресу, захворюваності на гострі респіраторні хвороби, в тому числі ковідну інфекцію тощо.

Під час вагітності була позитивною динаміка перебігу хронічного гастриту в стадії загострення різних типів (гіпо-, гіперацидний, нормаацидний) від I до III триместру (в 1,1 раза у II триместрі та 2,3 раза у III триместрі).

Основними симптомами були болі в епігастральній ділянці, правому підребер'ї, у ділянці пупка, нудота, блювання, млявість, головний біль тощо. Хронічні закрепи клінічно проявлялися у I триместрі в 25 (38,5 %) вагітних, і їх частота збільшувалась із терміном вагітності: II триместр – 31 (47,7 %), III триместр – 32 (49,2 %).

Закрепи є патологією багатofакторною. За класифікацією, закрепи поділяють на первинні (функціональні) та вторинні (закреп як симптом). Тяжкість клінічного перебігу ускладнюють психоемоційний стан, тривалість захворювання та ефективність терапії, характер харчування, в тому числі питний режим. У нашому дослідженні цікавим було виявити в анамнезі певної кількості жінок із низькою масою тіла, які завагітніли вперше, «цікавий» характер харчування, що був спрямований на мізерне приймання їжі з метою підтримки стабільно низької маси тіла.

Синдром дискінезії товстої кишки серед низки клінічних симптомів включав біль, метеоризм, закрепи, діарею тощо. За даними аналізу, простежено зростання цієї патології за триместрами від 44,5 % у I триместрі до 56,9 % – у III.

Вищенаведені захворювання хронічного гастриту різних типів (гіпо-, гіперацидний, нормаацидний), хронічні закрепи, синдром гіпокінезії товстої кишки у вагітних жінок

у стадії загострення можуть бути причиною різноманітних гестаційних ускладнень та наслідком терапії, яку отримує жінка (приймання препаратів заліза, кальцію, гіпотензивних, гормональних тощо). У практичній роботі лікаря важливим є уточнення як причини, так і наслідку цих станів.

Аналіз клініко-лабораторного перебігу вагітності показав наявність гестаційних ускладнень при захворюваннях ШКТ. Гестаційні ускладнення у жінок із ЗШКТ подано в таблиці 2.

При загостренні хронічного гастриту різної кислотності (гіпо, гіпер-, нормаацидний) діагноз загрози раннього викидня склав 31 (100 %), раннього гестозу – 31 (100 %), загрози пізнього викидня – 14 (100 %), загрози передчасних пологів – 7 (100 %).

У жінок із хронічним закрепом діагноз загрози раннього (25), пізнього (31) викидня склав 100 %, загроза передчасних пологів – 32(100 %).

У жінок із синдромом гіпокінезії товстої кишки у 100 % випадків діагностовано загрозу раннього (6), пізнього (13) викидня, загрозу передчасних пологів (21).

У вагітних зміщення кишечника, починаючи з II триместру вагітності, зростання рівня прогестерону з I триместру сприяє розширенню судин органів малого таза, гальмуванню моторики кишечника, сповільненню евакуації вмісту назовні тощо. Прогестерон володіє спазмолітичним ефектом не лише на м'язи матки, а й на гладку мускулатуру кишечника. Емоційний стрес впливає на порушення моторики кишечника (психоемоційні фактори, високий рівень тривоги). Вищенаведене особливо чітко проявляється у жінок із невиношуванням, безпліддям. Дискінезія кишечника клінічно проявляється і після пологів.

Клінічно дискінезія товстого кишечника проявляється: функціональною діареєю та закрепами, болем у животі та метеоризмом. Біль у лівій половині живота частіше має переймоподібний характер. Біль праворуч викликає підозру на апендицит; у правому підребер'ї – дискінезію жовчного міхура; біль, який віддає у пряму кишку, характерний для проктиту, проктосигмоїдиту тощо.

Кишечник має спільну з маткою іннервацію. Активна перистальтика кишечника може негативно впливати на мускулатуру матки і провокувати загрозу викидня, перед-

Таблиця 2. Патологічні симптоми перебігу вагітності у жінок із захворюваннями шлунково-кишкового тракту

Загострення хронічного гастриту різної кислотності (гіпо, гіпер-, нормаацидний)						
Симптоми	Триместри					
	I, n=31		II, n=14		III, n=7	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Біль різної інтенсивності	31	100*	14	100*	7	100*
Нудота	31	100*	14	100*	7	100*
Блювання	26	83,9*	2	14,3*	0	0
Млявість	31	100*	14	100*	7	100*
Кров'яні виділення різної інтенсивності	13	41,9*	5	35,7*	1	14,3*
Ретрохоріальна гематома	8	25,8*	0	0	0	0
Заоболонкова гематома	5	16,1*	2	14,3*	0	0
Ретроплацентарна гематома	0	0	3	21,4*	1	14,3*

Хронічний закреп						
Симптоми	Триместри					
	I, n=25		II, n=31		III, n=32	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Біль	25	100*	31	100*	32	100*
Нудота	25	100*	31	100*	32	100*
Блювання	0	0	0	0	0	0
Млявість	25	100*	31	100*	32	100*
Кров'яні виділення	11	44,0*	17	54,8*	2	6,2*
Ретрохоріальна гематома	5	20,0*	0	0	0	0
Заоболонкова гематома	6	24,0*	4	12,9*	0	0
Ретроплацентарна гематома	0	0	13	41,9*	2	6,2*
Синдром дискінезії товстої кишки						
Симптоми	Триместри					
	I, n=6		II, n=13		III, n=21	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Біль	6	100*	13	100*	21	100*
Нудота	6	100*	13	100*	21	100*
Блювання	3	5,0	2	5,4	4	19,0*
Млявість	6	100*	13	100*	21	100*
Кров'яні виділення	4	66,7*	3	23,1*	2	9,5*
Ретрохоріальна гематома	3	50,0*	0	0	0	0
Заоболонкова гематома	1	16,7*	2	15,4*	0	0
Ретроплацентарна гематома	0	0	2	15,4*	2	9,5*

Примітка. $p < 0,05$ відносно контрольної групи.

часних пологів. Наслідком дискінезії кишечника є запори, порушення рухової активності кишки.

У контрольній групі частота патологічних симптомів перебігу вагітності за триместрами гестації була достовірно нижчою стосовно групи I ($p < 0,05$).

Характеристику лабораторних досліджень крові обстежуваних жінок представлено в таблиці 3.

Клінічними і лабораторними даними підтверджено діагноз анемії вагітних. Пацієнтки приймали антианемічну терапію впродовж вагітності.

Низький вміст гемоглобіну узгоджується з низьким вмістом феритину. У жінок із наявністю хронічних гастритів різного характеру досліджувані показники були достовірно нижчі, ніж у жінок, обтяжених закрепамі та із синдромом дискінезії товстої кишки, і знижувались від I до III триместру.

Показники коагулограми мали тенденцію до підвищення за терміном вагітності. Вираженіші зміни в сторону гіперкоагуляції спостерігали при синдромі дискінезії товстої кишки. Печінкові проби були в нормі, при цьому рівень загального білка знижувався за терміном вагітності. Вираженіші зміни були характерні для вагітних із синдромом дискінезії товстої кишки.

За даними лабораторних досліджень, у вагітних із наявністю хронічних гастритів, хронічних закрепів та синдромом

дискінезії товстої кишки у III триместрі виявлено знижений та на рівні нижньої межі норми вміст феритину, заліза, фолієвої кислоти, ціанкобаламіну, вітаміну D. Загальновідомо, що фолієва кислота як водорозчинний вітамін B9 бере безпосередню участь в обміні одноуглеводних сполук, у синтезі нуклеїнових кислот, впливає на гемопоез тощо. До причинних факторів дефіциту фолієвої кислоти відносять неповне розщеплення кон'югованих форм у шлунково-кишковому тракті, недостатність кобаламіну/аскорбінової кислоти, спадкову схильність, фактор харчування тощо.

Клінічно вагітні відзначали постійну слабкість, швидку стомлюваність, періодичний сильний головний біль, нудоту, біль у ділянці епігастрію, почуття тривоги тощо.

Визначення у крові жінок, обтяжених хронічним гастритом, сумарних антитіл (IgG, IgA, IgM) до антигенів *Helicobacter pylori* показало наявність високих титрів (коефіцієнт позитивності склав від 6,45 до 14,57), що могло бути підтвердженням гелікобактеріозу і потребувало додаткової верифікації діагнозу. Чим нижчим був показник гемоглобіну, вмісту феритину, заліза, тим вищими були показники коефіцієнта позитивності *Helicobacter pylori*.

Терапія, яка спрямована на стабілізацію загального стану вагітних, показників крові, мала позитивний результат у переважній когорті жінок I групи за триместрами гестації, враховуючи анамнестичні дані, а саме високу

Таблиця 3. Характеристика лабораторних досліджень крові обстежуваних жінок у III триместрі

Показники	Реферативні значення	Одиниці виміру	Захворювання		
			Хронічний гастрит	Хронічні закрепи	СДТК
Гемоглобін	120–140	г/л	103±5,2*	115±5,6	120±6
Гематокрит	35–54	%	34±1,7	32±1,6	31±1,5
Еритроцити	4,0–5,0	10 ¹² /л	4,0±0,2	3,7±0,15	3,3±0,13
Тромбоцити	180–360	10 ⁹ /л	234±14,1	230±13,8	242±14,5
Лейкоцити	4,0–9,0	10 ⁹ /л	4,5±0,23	5,2±0,26	7,8±3,9
ШОЕ	2,0–15,0	мм/год	17±0,85	19±0,95	21±1,1*
Пі	70–130	%	75±3,8	81±4,1	110±5,5
Фібриноген	1,8–3,5	г/л	3,3±0,2	3,5±0,22	3,8±0,23
АЧТВ	23–35	с	37±1,9	39±2,1	40±2,3
АСТ	31	Од/л	35±1,8	36±1,8	38±2,0
АЛТ	31	Од/л	32±1,6	33±1,8	34±1,9
Загальний білок	66,0–87,0	г/л	64,7±3,2	63,8±3,1	62,9±2,8
Білірубін загальний	до 17,0	мкмоль/л	19,2±1,0	20,1±1,1	21,2±1,2
Вітамін D	30–50	нг/мл	30,1±1,2	30,0±1,2	29,3±1,2
Залізо	10,7–32,2	мколь/л	10,1±0,5	9,5±0,48	9,2±0,46
Феритин	13–150	нг/мл	31,0±1,9	40,1±2,4	50,3±3,0
Вітамін B12	180–916	пг/мл	238,4±9,5	230,1±9,2	203,3±8,1
Фолієва кислота	3,2–19,6	нг/мл	17,8±0,89	15,6±0,78	13,9±0,7
Антитіла сумарні класу IgG, IgM, IgA до антигену Helicobacter pylori	Референтні значення: <0,9 – негативний; 0,9–1,1 – сумнівний; >1,1 – позитивний		14,57±0,7*	9,79±0,5*	6,45±0,3

Примітка. * – p<0,05 відносно показників у I триместрі.

частоту захворювань шлунково-кишкового тракту, умови проживання, особливості харчування тощо.

Таким чином, вивчення клінічного перебігу вагітності за триместрами гестації в обстежуваних жінок довело діагностичне значення патологічних симптомів захворювань шлунково-кишкового тракту з метою диференційної діагностики та визначення персоналізованої терапії [20]. Важливим є ретельний збір анамнезу у вагітної жінки, виявлення симптомів, захворювань, про які пацієнтка не завжди своєчасно згадує. Осаяна щастям материнства, жінка інколи забуває про наявність хронічного гастриту та його форм, закрепи, дискінезії товстої кишки, геморою тощо. Треба націлювати пацієнтку запитаннями для уточнення основного і супутнього захворювання. Від правильної діагностики, визначення етіологічних факторів та розуміння патогенетичних механізмів того чи іншого захворювання залежать своєчасність та ефективність персоналізованої терапії [10].

Приймаючи до уваги можливі причинні чинники виникнення захворювань ШКТ чи загострень їхніх хронічних форм у вагітних нашого складного та тривожного сьогодення, а саме повномасштабної війни, короткого часу після тяжкої пандемії Covid-19, серед яких різновиди емоційного стресу, високого рівня тривоги тощо, до комплексного лікування необхідно включати: 1) засоби, що спрямовані на стабілізацію психоемоційного стану; 2) корекцію дисфункції кишечника, яка обґрунтовано супроводжується дисбіозом як шлунка,

кишечника, так і сечовивідної системи, статевих органів; 3) профілактику анемії: функціональні/органічні захворювання ШКТ є одним із причинних чинників полігіповітамінозів, в тому числі групи вітамінів, що призводить до виникнення, розвитку, прогресування анемії вагітних; 4) резистентність до терапії анемії вагітних, обтяжених хронічним гастритом, у більшості випадків провокує бактерія Helicobacter pylori, що потребує проведення етіотропної терапії [15]. Остання можлива лише після пологів.

Лікування в останню чергу включає ліки для вагітних. Важливими є психотерапія, режим харчування, продукти, які збагачені клітковиною (овочі, фрукти, кисломолочні продукти, рослинні жири, які при розщепленні утворюють жирні кислоти, що збуджують перистальтику кишечника). Не рекомендовано призначати проносні, в тому числі крушину, сенну.

ВИСНОВКИ. 1. Перебіг вагітності у жінок із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту має багато ідентичних симптомів із патологічними проявами гестаційних ускладнень. Верифікація діагнозу потребує своєчасного застосування додаткових діагностичних засобів.

2. Важливими є підготовка до вагітності, уточнення наявної патології, профілактикування загострень, прогресування.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Подальші дослідження спрямовані на розробку алгоритмів ведення вагітних з анемією на фоні гелікобактеріозу.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Management of chronic constipation in general practice / M. Bellini, D. Gambaccini, S. Salvadori [et al.] // *Tech. Coloproctol.* – 2014. – Vol. 18 (6). – P. 543–549. DOI: 10.1007/s10151-013-1093-9. Epub 2013 Nov 22.
2. Body C. Gastrointestinal Diseases in Pregnancy: Nausea, Vomiting, Hyperemesis Gravidarum, Gastroesophageal Reflux Disease, Constipation, and Diarrhea / C. Body, J. A. Christie // *Gastroenterol. Clin. North. Am.* – 2016. – Vol. 45 (2). – P. 267–283. DOI: 10.1016/j.gtc.2016.02.005.
3. Is Helicobacter pylori infection a risk factor for miscarriage? / S. Cardaropoli, A. Piazzese, E. Piccoli, A. Rolfo // *Placenta.* – 2013. – Vol. 34 (9). – P. A37–A38. DOI: 10.1016/j.placenta.2013.06.112.
4. Helicobacter pylori seropositivity and pregnancy-related diseases: a prospective cohort study / S. Cardaropoli, D. Giuffrida, A. Piazzese, T. Todros // *J. Reprod. Immunol.* – 2015. – Vol. 109. – P. 41–47. DOI: 10.1016/j.jri.2015.02.004. Epub 2015 Mar 9.
5. Eswaran S. Fiber and functional gastrointestinal disorders / S. Eswaran, J. Muir, W. D. Chey // *Am. J. Gastroenterol.* – 2013. – Vol. 08 (5). – P. 718–727. DOI: 10.1038/ajg.2013.63. Epub 2013 Apr 2.
6. Treatment of Chronic Functional Constipation during Pregnancy and Lactation / K. Gharehbaghi, D. R. Gharehbaghi, F. Wierrani, F. Sliutz // *Z. Geburtshilfe Neonatol.* – 2016. – Vol. 220 (1). – P. 9–15. DOI: 10.1055/s-0035-1554626. Epub 2016 Feb 11.
7. Global Prevalence of Helicobacter pylori Infection: Systematic Review and Meta-Analysis / J. K. Y. Hooi, W. Y. Lai, W. K. Ng [et al.] // *Gastroenterology.* – 2017. – Vol. 153 (2). – P. 420–429. DOI: 10.1053/j.gastro.2017.04.022. Epub 2017 Apr 27.
8. Jadallah K. A. Constipation-predominant irritable bowel syndrome: A review of current and emerging drug therapies / K. A. Jadallah, S. M. Kullab, D. S. Sanders // *World Journal of Gastroenterology.* – 2014. – Vol. 20 (27). – P. 8898–8909. DOI: 10.3748/wjg.v20.i27.8898.
9. Induction of Secretagogue Independent Gastric Acid Secretion via a Novel Aspirin-Activated Pathway / A. M. Kitay, F. S. Ferst, A. Link, J. P. Geibel // *Sec. Gastrointestinal Sciences.* – 2019. – Vol. 10. DOI: 10.3389/fphys.2019.01264/.
10. Лохно О. Синдром подраздраженного кишечника при беременности. Особенности течения, диагностики и лечения / О. Лохно // *З турботою про Жінку.* – 2018. – № 7 (91). – С. 22–24.
11. The effects of Helicobacter pylori infection on pregnancy-related diseases and fetal development in diabetes in pregnancy / J. Li, M. Fan, F. Ma [et al.] // *Ann. Transl. Med.* – 2020. – No. 9 (8). – P. 686. DOI: 10.21037/atm-21-1209.
12. Hyperemesis Gravidarum: A Review of Recent Literature / V. London, S. Grube, D. M. Sherer, O. Abulafia // *Pharmacology.* – 2017. – Vol. 100 (3–4). – P. 161–171. DOI: 10.1159/000477853. Epub 2017 Jun 23.
13. Global Prevalence of Helicobacter Pylori Infection in Pregnant Women: A Systematic Review and Meta-Analysis Study / M. Azami, M. P. Nasirkandy, A. Mansouri, Z. Darvish // *International Journal of Women Health and Reproduction Sciences.* – 2017. – Vol. 5 (1). DOI: 10.15296/ijwhr.2017.06.
14. Prospects of electrochemical immunosensors for early diagnosis of preeclampsia / P. Suman, S. Gandhi, P. Kumar, K. Garg // *Am. J. Reprod. Immunol.* – 2017. – Vol. 77 (1). DOI: 10.1111/aji.12584. Epub 2016 Sep 25.
15. Давидова Ю. В. Поліпшення якості життя жінок під час вагітності і в післяпологовому періоді: зменшення частоти проявів геморою та його ускладнень / Ю. В. Давидова, А. О. Огородник, А. Ю. Лиманська // *Український журнал. Перинатологія і педіатрія.* – 2020. – № 3 (83). – С. 22–25.
16. Rafii F. Compliance to treatment in patients with chronic illness: A concept exploration / F. Rafii, N. S. Fatemi, E. Danielson // *Iran J. Nurs. Midwifery. Res.* – 2014. – Vol. 19 (2). – P. 159–167. PMID:24834085 PMCID:PMC4020025.
17. Rocha de Matos A.S. Constipation in pregnancy – a systematic review: Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina / A. S. Rocha de Matos // *Covilhv.* – 2014. – Vol. 30.
18. Shin G. H. Pregnancy and postpartum bowel changes: Constipation and fecal incontinence / G. H. Shin, E. L. Toto, R. Schey // *The American Journal of Gastroenterology.* – 2015. – Vol. 110. – P. 521–529. DOI: 10.1038/ajg.2015.76.
19. Xiang L. Symptoms of an intrauterine hematoma associated with pregnancy complications: a systematic review / L. Xiang, Z. Wei, Y. Cao // *PLoS One.* – 2014. – Vol. 9 (11).
20. Жеребак Н. Перебіг загрози переривання вагітності при різних типах хронічних гастритів / Н. Жеребак, О. Гнатко // *Український науково-медичний молодіжний журнал (УНММЖ).* – 2020. – № 1 (115). – С. 53–62. DOI: 10.32345/

REFERENCES

1. Bellini, M., Gambaccini, D., Salvadori, S., Tosetti, C., Urbano, M.T., Costa, F., ... Marchi, S. (2014). Management of chronic constipation in general practice. *Tech. Coloproctol.*, 18(6), 543-549. DOI: 10.1007/s10151-013-1093-9. Epub 2013 Nov 22.
2. Body, C., & Christie, J.A. (2016). Gastrointestinal Diseases in Pregnancy: Nausea, Vomiting, Hyperemesis Gravidarum, Gastroesophageal Reflux Disease, Constipation, and Diarrhea. *Gastroenterol. Clin. North. Am.*, 45(2), 267-83. DOI: 10.1016/j.gtc.2016.02.005.
3. Cardaropoli, S., Piazzese, A., Piccoli, E., & Rolfo, A. (2013). Is Helicobacter pylori infection a risk factor for miscarriage? *Placenta.*, 34(9), A37-A38. DOI: 10.1016/j.placenta.2013.06.112.
4. Cardaropoli, S., Giuffrida, D., Piazzese, A., & Todros, T. (2015). Helicobacter pylori seropositivity and pregnancy-related diseases: a prospective cohort study. *J. Reprod. Immunol.*, 109, 41-47. DOI: 10.1016/j.jri.2015.02.004. Epub 2015 Mar 9.
5. Eswaran, S., Muir, J., & Chey, W.D. (2013). Fiber and functional gastrointestinal disorders. *Am. J. Gastroenterol.*, 08(5), 718-727. DOI: 10.1038/ajg.2013.63. Epub 2013 Apr 2.
6. Gharehbaghi, K., Gharehbaghi, D.R., Wierrani, F., Sliutz, F. (2016). Treatment of Chronic Functional Constipation during Pregnancy and Lactation. *Z. Geburtshilfe Neonatol.*, 220(1), 9-15. DOI: 10.1055/s-0035-1554626. Epub 2016 Feb 11.
7. Hooi, J.K.Y., Lai, W.Y., Ng, W.K., Suen, M.M.Y., Underwood, F.E., Tanyingoh, F.E., Malfertheiner, P., ... Siew C., Ng, S.C. (2017). Global Prevalence of Helicobacter pylori Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology*, 153(2), 420-429. DOI: 10.1053/j.gastro.2017.04.022. Epub 2017 Apr 27.

8. Jadallah, K.A., Kullab, S., M., & Sanders, D.S. (2014). Constipation-predominant irritable bowel syndrome: A review of current and emerging drug therapies. *World Journal of Gastroenterology*, 20(27), 8898-8909. DOI: 10.3748/wjg.v20.i27.8898.
9. Kitay, A.M., Ferst, F.S., Link, A., John Peter Geibel, J.P. (2019). Induction of Secretagogue Independent Gastric Acid Secretion via a Novel Aspirin-Activated Pathway. *Sec. Gastrointestinal. Sciences*, 10. DOI: 10.3389/fphys.2019.01264/.
10. Lakhno, O. (2018). Sindrom razdrzhennogo kishechnika pri beremennosti. Osobennosti techeniya, diagnostiki i lecheniya [Irritable bowel syndrome during pregnancy. Features of the course, diagnosis and treatment]. *Z turbotoyu pro zhínku – With care for the woman*, 7(91), 22-24 [in Russian].
11. Li, J., Fan, M., Ma, F., Zhang, S., & Li, Q. (2021). The effects of *Helicobacter pylori* infection on pregnancy-related diseases and fetal development in diabetes in pregnancy. *Ann. Transl. Med.*, 9(8), 686. DOI: 10.21037/atm-21-1209.
12. London, V., Grube, S., Sherer, D.M., & Abulafia, O. (2017). Hyperemesis Gravidarum: A Review of Recent Literature. *Pharmacology*, 100(3-4), 161-171. DOI: 10.1159/000477853. Epub 2017 Jun 23.
13. Azami, M., Nasirkandy, M.P., Mansouri, A., & Darvish, Z. (2017). Global Prevalence of *Helicobacter Pylori* Infection in Pregnant Women: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 5(1). DOI: 10.15296/ijwhr.2017.06.
14. Suman, P., Gandhi, S., Kumar, P., & Garg, K. (2017). Prospects of electrochemical immunosensors for early diagnosis of preeclampsia. *Am. J. Reprod. Immunol.*, 77(1). DOI: 10.1111/aji.12584. Epub 2016 Sep 25.
15. Davydova, Yu.V., Ohorodnyk, A.O., & Lymanska, A.Yu. (2020). Polipshennya yakosti zhyttya zhinok pid chas vahitnosti i v pisyapolohovomu periodi: zmeshennya chastoty proyaviv hemoroyu ta yoho uskladnen [Improving the quality of life of women during pregnancy and in the postpartum period: reducing the frequency of hemorrhoids and its complications]. *Ukrayinskyy zhurnal Perynatolohiya i Pediatriya – Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics*, 3(83), 22-25 [In Ukrainian].
16. Rafii, F., Fatemi, N.S., & Danielson, E. (2014). Compliance to treatment in patients with chronic illness: A concept exploration. *Iran J. Nurs. Midwifery Res.*, 19, 2, 159-167. PMID:24834085 PMCID:PMC4020025
17. Rocha de Matos, A.S. (2014). Constipation in pregnancy – a systematic review: Dissertacao para obtencao do Grau de Mestre em Medicina. *Covilhã*, 30.
18. Shin, G.H., Toto, E.L., & Schey, R. (2015). Pregnancy and postpartum bowel changes: Constipation and fecal incontinence. *The American Journal of Gastroenterology*, 110, 521-529. DOI: 10.1038/ajg.2015.76.
19. Xiang, L., Wei, Z., & Cao, Y. (2014). Symptoms of an intrauterine hematoma associated with pregnancy complications: a systematic review. *PLoS One*, 9(11).
20. Zharebak, N., & Gnatko, O. (2020). Perebih zahrozy pereryvannya vahitnosti pry riznykh typakh khronichnykh hastrytiv [The course of the threat of abortion in different types of chronic gastritis]. *Ukrayinskyy naukovy-medychnyy molodizhnyy zhurnal (UNMMZH) – Ukrainian Scientific and Medical Youth Journal (USMYZH)*, 1(115), 53-62. DOI: 10.32345/ [In Ukrainian].

Отримано 23.06.23

Прийнято до друку 09.08.23

Електронна адреса для листування: mischenko_vasil@i.ua