

Острая диарея в акушерской практике

Ю.Б.Успенская

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России

Резюме

В статье обсуждается проблема острой диареи в период беременности. Представлен собственный опыт ведения беременных пациенток с острой диареей. Показана эффективность и безопасность препарата Мукофальк в комплексной терапии инфекционной диареи в период беременности.

Ключевые слова: острая диарея, беременность, острая кишечная инфекция.

Acute diarrhea in obstetric practice

Yu.B.Uspenskaya

Summary

The article describes the problem of acute diarrhea during pregnancy. The personal experience of pregnant patients with acute diarrhea is presented in the paper. Mukofalk is safe and effective in the complex treatment of acute diarrhea during pregnancy.

Key words: acute diarrhea, pregnancy, acute intestinal infection.

Сведения об авторе

Успенская Юлия Борисовна – канд. мед. наук, вед. науч. сотр. НИО Женского здоровья НИЦ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Под диареей понимают учащенный неоформленный или жидкий стул более 3 раз в сутки. Крупных исследований по изучению распространенности диареи во время беременности не проводилось. Согласно ограниченным данным частота диареи во время беременности может достигать 34% [1]. Неблагоприятную роль патологии пищеварения у беременных нельзя недооценивать. По данным разных авторов, у 30–44% пациенток с невынашиванием беременности выявляются заболевания органов желудочно-кишечного тракта [2]. В развитии угрозы прерывания беременности при патологии кишечника могут играть роль нейрогуморальные и иммунные факторы. Матка и кишечник имеют общие пути иннервации, к которым относятся волокна, отходящие от нижнего подчревного сплетения. Патологические процессы в кишечнике, сопровождающиеся ускорением или замедлением кишечной моторики, спазмом, метеоризмом, приводят к возникновению патологических висцеро-висцеральных рефлексов кишечник–матка, которые приводят к повышению тонуса миометрия.

Этиология и патогенез

Причины острой диареи в период беременности те же, что и в обычной практике. К ним относятся неинфекционные и инфекционные факторы. Неинфекционные причины ускорения кишечного транзита включают алиментарные факторы и прием медикаментозных средств. Соблюдение диеты с избыточным содержанием продуктов, богатых клетчаткой, и молочных продуктов может обуславливать их недостаточную ферментацию, что приводит к накоплению в просвете кишечника непереваренных углеводов и дисахаридов, активации броидильных процессов, повышению внутрикишечного осмотического давления и развитию диареи. Кроме того, нарушения функции кишечника могут быть связаны с развитием аллергических и псевдоаллергических реакций при употреблении некоторых продуктов (морепродукты, шоколад, фрукты, орехи, консерванты). Другой причиной диареи у беременных в ряде случаев может быть прием лекарственных препаратов, таких как препараты железа, поливитамины, сульфат магния, а также бесконтрольное использование слабительных средств.

Среди причин острой диареи наиболее частыми являются инфекционные факторы. В обычной практике в большинстве случаев инфекционные диареи разрешаются самостоятельно. Вместе с тем беременные женщины особо уязвимы к развитию осложнений, поэтому острая диарея в этой группе пациенток требует пристального внимания.

Легкие формы заболевания протекают, как правило, без осложнений со стороны матери и плода, в то же время более тяжелые формы могут быть сопряжены с неблагоприятными эффектами на течение беременности. Помимо описанного рефлекторного возбуждения матки на фоне активной кишечной перистальтики при наличии воспалительного процесса в кишечнике активируется каскад иммунных и аутоиммунных реакций, приводящий к повышению концентрации провоспалительных цитокинов, иммунных клеток, медиаторов воспаления, что неизбежно оказывает неблагоприятное воздействие на течение беременности. Повышение продукции провоспалительных простагландинов в кишечнике в ответ на токсины патогенных микроорганизмов приводит к повышению секреции электролитов и воды в просвет кишечника и ускорению кишечной моторики [3]. Однако воздействие высоких концентраций простагландинов не ограничивается влиянием на кишечник и может оказывать возбуждающее воздействие на миометрий, приводя к развитию угрозы прерывания беременности. Помимо этого, при выраженной диарее происходит потеря жидкости и электролитов, что в результате может приводить к снижению объема циркулирующей плазмы и нарушениям маточно-плацентарного кровотока.

В зависимости от возбудителя выделяют вирусную, бактериальную и паразитарную этиологию инфекционной диареи. Среди вирусных энтеритов наиболее часто наблюдаются инфекционные процессы, вызванные ротавирусом и Норволк-вирусом. В качестве возбудителей бактериальной диареи чаще выступают *Campylobacter*, *Sbigella*, *Escherichia coli*, *Yersinia* и *Salmonella*, *Clostridium difficile*. К распространенным паразитарным инфекциям относятся лямблиоз и амебиаз.

Как правило, возбудители острых кишечных инфекций (ОКИ) не оказывают неблагоприятных эффектов на плод, тем не менее есть единичные сообщения об ассоциации сальмонеллезной и амебиазной инфекцией с патологическими исходами беременности. В литературе описаны наблюдения внутриутробного инфицирования при сальмонеллезе и кампилобактериозе [4, 5].

Диагностика

Для уточнения этиологии острой диареи необходим тщательный сбор анамнеза с выяснением особенностей рациона питания, приема лекарств, информации о посещении регионов, эндемичных по ОКИ, и предприятий общественного питания, контактах с больными кишечными инфекциями. Прием в недавнем анамнезе антибактериаль-

ных препаратов или госпитализация могут быть указанием на кишечную инфекцию, ассоциированную с *C. difficile*.

При физикальном обследовании выявляются признаки обезвоживания (тахикардия, ортостатическая гипотензия, уменьшение диуреза, снижение тургора кожи) и интоксикации. Оценивается частота стула, объем испражнений и их характер. Следует обращать внимание на сопутствующие симптомы: тошнота, рвота, боли в животе, головная и мышечная боль [6].

В рамках IX Европейской недели гастроэнтерологии (Амстердам, 2001) при тяжелых формах заболевания, сопровождающихся высокой лихорадкой, кровью в кале, обезвоживанием, предложены следующие диагностические мероприятия: с целью установления этиологического инфекционного фактора рекомендуется бактериологическое исследование кала, иммуноферментный анализ, диагностика методом полимеразной цепной реакции, исследование кала на простейших и яйца глистов и определение в кале токсина *C. difficile*. Наличие примеси крови в кале является показанием к проведению пальцевого ректального исследования, ректороманоскопии или сигмоскопии. Необходимо отметить, что эндоскопическое исследование у беременных имеет ряд ограничений. При наличии угрозы прерывания беременности эндоскопическое исследование может быть причиной повышения тонуса матки. В III триместре беременности из-за смещения кишки увеличенной маткой проведение исследования технически сложно и связано с риском повышения тонуса миометрия.

В круг дифференциальной диагностики инфекционной диареи следует включать как гастроэнтерологическую, так хирургическую, урологическую и акушерскую патологию. Диарея может быть проявлением внематочной беременности, аппендицита, инфекций мочевыводящих путей, пиелонефрита, воспалительных заболеваний кишечника, острого панкреатита.

При выраженной диарее обязательным является мониторинг состояния плода (со срока 34 нед беременности – кардиотокография).

Лечение

В большинстве случаев острая диарея не требует специфического лечения и самостоятельно разрешается в течение 2–4 дней. Консервативные меры включают оральную регидратацию с коррекцией возможных электролитных расстройств. Применяются солевые регидратационные растворы (Регидрон). Пациенткам рекомендуется соблюдение диеты с ограничением продуктов, усиливающих бродильные процессы в кишечнике и оказывающих стимулирующее влияние на кишечную перистальтику. Диета включает белые сухари, рис, отварное нежирное мясо и рыбу, бананы, картошку, соленые крекеры, омлеты, овощные отвары, кисели, настои

шиповника, черники, ромашки, апельсинового сока.

Госпитализация необходима при тяжелом течении заболевания, обезвоживании свыше 2-й степени тяжести, интоксикации, невозможности пероральной регидратации, наличии «симптомов тревоги» (примесь крови в кале, лихорадка), угрозе прерывания беременности. Помимо этого, стационарному лечению подлежат пациентки с тяжелой сопутствующей патологией: сахарный диабет, воспалительные заболевания кишечника, акушерской патологией и т.д.

В тяжелых случаях и при затяжной диарее назначается патогенетическая терапия. Большая часть препаратов, традиционно назначаемых при лечении инфекционной диареи, имеет ограничения в период беременности. Симптоматическое применение лоперамида беременными (Управление по контролю пищевых продуктов и лекарств в США – FDA, категория В) не связано с развитием пороков развития плода [7]. Однако длительное применение препарата на протяжении беременности в 20% случаев ассоциировано с низкой массой тела новорожденных [7]. В основе антидиарейного эффекта препарата лежит его ингибирующее влияние на кишечную моторику и процессы секреции. При инфекционной диарее задержка в кишечнике микробных токсинов и возбудителя может приводить к утяжелению состояния больной и развитию осложнений. В связи с этим применять препарат беременным не рекомендуется.

Вопрос о применении антимикробной терапии при лечении инфекционной диареи является предметом дискуссий. При легком течении заболевания и удовлетворительном состоянии больной назначение антибактериальных препаратов не требуется. Рутинное обоснованное назначение антибиотиков при острой диарее сопряжено с возникновением таких побочных эффектов, как антибиотикоассоциированная диарея, псевдомембранозный колит, антибиотикорезистентность. В тяжелых случаях острой диареи бактериальной этиологии безопасным у беременных является применение антибактериальных средств из групп макролидов (азитромицин, FDA, категория В) и полусинтетических пенициллинов (амоксиклав, FDA, категория В). Аналогичные ограничения у беременных имеют кишечные антисептики: фуразолидон (FDA, категория С) оказывает неблагоприятное воздействие на плод у животных, в связи с чем его применение беременными не рекомендуется; нифуроксазид и комплексный препарат, содержащий тилихинол и тилброхинол (не имеют категории FDA), – противопоказаны в период беременности.

Применение висмута субсалицилата (FDA, категория D) ассоциировано с маловесностью новорожденных, неонатальными кровотечениями и повышенной перинатальной смертностью. По

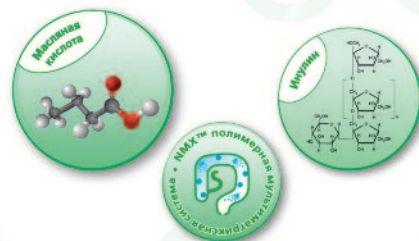
МУКОФАЛЬК® – натуральный регулятор функции кишечника с гипополидеммическим действием



- ✓ уникальный растительный источник – оболочка семян подорожника овального (псиллиум)
- ✓ лекарственный препарат пищевых волокон с доказанной эффективностью

www.mucofalk.ru

ЗАКОФАЛЬК® NMХ – комбинированный препарат масляной кислоты и инулина



- ✓ снабжение энергией колонцитов и поддержание их в здоровом функциональном состоянии и мощное пребиотическое действие
- ✓ непосредственная доставка действующих веществ в толстую кишку за счет инновационной лекарственной формы

www.zacofalk.ru
Не является лекарственным средством, БАД



Dr. Falk Pharma GmbH
Leinenweberstr. 5
D-79041 Freiburg
Germany

Представительство компании
«Доктор Фальк Фарма ГмбХ», Германия
Россия, 127055, Москва, ул. Бутырский Вал, 68/70, стр. 4, 5
Тел./факс: +7 (495) 933-9904
E-mail: info@drfalkpharma.net, http://www.drfalkpharma.ru

этим причинам применение препарата во время беременности не рекомендуется.

Метронидазол (FDA, категория В) является препаратом 1-й линии при лечении инфекций, связанных с *C. difficile*, паразитарных инфекций. В многочисленных исследованиях непродолжительное применение во II–III триместрах признано безопасным для плода [8, 9].

Пробиотические препараты, имеющие в своем составе представителей нормальной кишечной микрофлоры, широко применяются при лечении диареи разной этиологии. В исследованиях показана эффективность препаратов, содержащих разные штаммы лакто- и бифидобактерий в комплексной терапии ротавирусной диареи [10–12], профилактики и лечения антибиотикоассоциированной диареи, а также при синдроме раздраженного кишечника и дисбиотических нарушениях кишечной микрофлоры.

Для улучшения нарушенных процессов полостного и пристеночного пищеварения в комплексную терапию включаются ферментные препараты (панкреатин).

При лечении диареи у беременных в первую очередь предпочтение следует отдавать энтеросорбентам (природные органические сорбенты на основе пищевых волокон, синтетических полимеров химического происхождения, псиллиум, лигнин, сорбенты на основе углерода, кремний-содержащие сорбенты). Благодаря высокой сорбционной способности энтеросорбенты связывают и элиминируют из организма патогенные бактерии и их токсины, вирусы, ксенобиотики, абсорбируют избыток воды, газов и биологически активные вещества, желчные кислоты, участвующие в формировании симптомов диареи. Всеми перечисленными свойствами энтеросорбентов обладает препарат на основе оболочки семян подорожника овального (псиллиум), отнесенный FDA к категории безопасности В. Представляя собой ферментируемые пищевые волокна, под действием кишечных микроорганизмов псиллиум (Мукофальк) расщепляется с образованием короткоцепочечных жирных кислот. Возникающее в результате этих процессов снижение рН кишечного содержимого оказывает противомикробное действие в отношении ряда представителей патогенной и условно-патогенной микрофлоры. Помимо этого, пребиотические и противовоспалительные свойства позволяют использовать псиллиум не только при инфекционной диарее, но и для коррекции дисбиотических расстройств кишечника.

Наш опыт применения Мукофалька в комплексном лечении острой диареи у 20 беременных женщин показал хорошую эффективность и переносимость препарата. У пациенток наблюдаемой группы причинами нарушения стула были ОКИ, острая пищевая токсикоинфекция, антибиотикоассоциированная диарея. Частота стула составила 4–5 раз в сутки по типу водянистой диареи. Мукофальк назначали в дозировке по 2–3 пакетика в день в так называемом сухом режиме (препарат принимали после растворения в 1 стакане воды без дополнительного приема жидкости) в течение 4–5 дней. Следует отметить особенность терапевтических эффектов препарата в зависимости от режима его применения. Использование Мукофалька с дополнительным приемом жидкости оказывает слабительное действие. В отсутствие дополнительного приема жидкости псиллиум связывает избыток воды в просвете кишечника, желчные кислоты, патогенные бактерии, токсины и таким образом способствует нормализации консистенции кала и снижению скорости толстокишечного транзита. У всех пациенток наблюдаемой группы были отмечены снижение частоты дефекаций и оформленная консистенция кала ко 2–3-му дню лечения, уменьшение числа императивных позывов на дефекацию, тенезмов, боли в животе, выраженности симптомов интоксикации. Пациентки отметили хорошую переносимость препарата и отсутствие побочных эф-

фектов. В дальнейшем для восстановления кишечного микробиоценоза препарат назначали в пребиотической дозе по 1 пакетик в день в течение 2 нед.

Заключение

Таким образом, острая диарея в период беременности достаточно распространена. Беременные пациентки с острой диареей, сопровождающейся выраженной интоксикацией, обезвоживанием средней и тяжелой степени, представляют группу риска невынашивания беременности, развития нарушений маточно-плацентарного кровотока. Особого внимания требуют беременные с тяжелой соматической патологией, а также пациентки с осложненным течением беременности. Повышение сократительной активности матки является результатом суммарного влияния возбуждающих рефлекторных эффектов вследствие усиленной кишечной перистальтики, воздействия провоспалительных медиаторов, бактериальных и вирусных токсинов при ОКИ. Легкие формы заболевания не требуют специфического лечения. Основной задачей терапии является регидратация с восстановлением электролитного баланса и купирование диареи. Безопасными в период беременности являются энтеросорбенты, пробиотические препараты, антибактериальные средства из группы макролидов и полусинтетических пенициллинов, ферментные препараты. Применение Мукофалька в комплексной терапии острой диареи беременных благодаря сорбционным, противовоспалительным и пребиотическим свойствам препарата позволяет сократить сроки нормализации стула, уменьшить выраженность интоксикации.

Литература

1. Levy N, Lemberg E, Sharf M. Bowel habit in pregnancy. *Digestion* 1971; 4 (4): 216–22.
2. Серова О.Р. Особенности ведения пациенток с невынашиванием беременности на фоне миомы матки и эндометриоза. *Рус. мед. журн.* 2005; с. 3–4.
3. Лобзин Ю.В., Якушин С.Б., Захаренко С.М. Практические рекомендации по ведению пациентов с инфекционной диареей (по материалам рекомендаций Американского общества инфекционных болезней – Guerrant RL, Gilder TV et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *Clin Infect Dis* 2001; 32: 331–50). *Клинико-микробиология и антимикробная химиотерапия.* 2001; 3 (2): 163–82.
4. Fujibara N, Takakura S, Saito T et al. A case of perinatal sepsis by *Campylobacter fetus* subsp. *fetus* infection successfully treated with carbapenem – case report and literature review. *J Infect* 2006; 53 (5): e199–202. *Epub* 2006.
5. Schloesser RL, Schaefer V, Groll AH. Fatal transplacental infection with non-typhoidal *Salmonella*. *Scand J Infect Dis* 2004; 36 (10): 773–4.
6. Рекомендации по обследованию и лечению больных с синдромом острой диареи. *Методическое пособие для врачей.* Под ред. В.Т.Ивашкина, А.А.Шентулина, Е.К.Баранской, М.И.Секачевой. М., 2002.
7. Einaron A, Mastroiacovo P, Arnon J et al. Prospective, controlled, multicentre study of loperamide in pregnancy. *Can J Gastroenterol* 2000; 14: 185–7.
8. Burtin P, Taddio A, Ariburnu O et al. Safety of metronidazole in pregnancy: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172 (2 Pt 1): 525–9.
9. Caro-Patán T, Carvajal A, Martín de Diego I et al. Is metronidazole teratogenic? A meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 1997; 44 (2): 179–82.
10. D'Souza AL, Rajkumar C, Cooke J et al. Probiotics in prevention of antibiotic-associated diarrhoea: meta-analysis. *BMJ* 2002; 324: 1361–4.
11. Guandalini S, Kivjavainen PV, Zikeri MA et al. Lactobacillus GG administered oral rehydration solution to children with acute diarrhoea: a multicenter European trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 30: 54–60.
12. Huang JS, Bousvaros A, Lee JW et al. Efficacy of probiotic use in acute diarrhoea in children: A meta-analysis. *Dig Dis Sci* 2002; 47: 2625–34.
13. *Острые кишечные инфекции. Руководство.* Под ред. Н.Д.Ющук, Ю.В.Мартынова, М.Г.Кулагиной, Л.Е.Бродова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

*