

Лечение женщин с эпизодическими запорами и угрозой прерывания беременности

© Л.С. ЛОГУТОВА, С.В. НОВИКОВА, Л.А. ДАЛЬНИКОВСКАЯ

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» Минздрава Московской области, Москва, Россия

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности применения клизмы «Энема Клин» для лечения беременных с эпизодическими запорами и угрозой самопроизвольного аборта или преждевременных родов.

Материал и методы. Обследованы 76 беременных в возрасте от 21 года до 36 лет в сроках гестации 9—28 нед, страдающих эпизодическими запорами, с угрозой прерывания беременности. Среди них в основную группу вошли 42 беременные, которые применяли клизму «Энема Клин» с целью лечения при эпизодических запорах, а контрольную группу составили 34 пациентки, не применявшие данный препарат при наличии запоров. Пациенткам основной группы на первом этапе было рекомендовано соблюдение диеты (ежедневное употребление продуктов, богатых клетчаткой, кисломолочных продуктов, достаточное питье), однако проблемы с дефекацией разрешены не были. Беременные контрольной группы соблюдали диету и водный режим, при этом большинство пациенток использовали глицериновые свечи, а некоторые беременные — микроклизмы. В основной группе все пациентки применяли одноразовую фосфатную клизму «Энема Клин». В работе использованы методы анкетирования и расчета абсолютного и относительного рисков вероятности присоединения осложнений в обследованных группах.

Результаты. После применения препарата «Энема Клин» все пациентки прошли анкетирование, удовлетворение использованием препарата выразили 40 беременных из 42. Установлено, что частота преждевременных родов в основной группе составила 7,1%, а в контрольной группе — 11,8%. Инфекции влагалища у пациенток основной группы наблюдались у 52,4% и у 67,6% — в контрольной группе. Все беременные хорошо перенесли изучаемое средство, не было отмечено влияния препарата «Энема Клин» на терапию, направленную на пролонгирование беременности.

Заключение. Установлено, что препарат «Энема Клин» можно безопасно и эффективно применять для лечения беременных с эпизодическими запорами и осложнением беременности угрозой самопроизвольного аборта или преждевременных родов.

Ключевые слова: беременность, эпизодический запор, угроза прерывания беременности, клизма «Энема Клин».

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Логутова Л.С. — e-mail: lidialogutova@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8806-3273>

Новикова С.В. — e-mail: sv_novikova@list.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7303-0268>

Дальниковская Л.А. — e-mail: liza.dalnikovskaya@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5035-6564>

Автор, ответственный за переписку: Новикова С.В. — e-mail: sv_novikova@list.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Логутова Л.С., Новикова С.В., Дальниковская Л.А. Лечение женщин с эпизодическими запорами и угрозой прерывания беременности. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2020;20(5):91–96. <https://doi.org/10.17116/rosakush20202005191>

Treatment of women with episodic constipation and threatened abortion

© L.S. LOGUTOVA, S.V. NOVIKOVA, L.A. DALNIKOVSKAYA

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Moscow, Russia

The aim of the study. To define the efficacy and safety of the «Enema Klin» enema for the treatment of pregnant women with episodic constipation and the threat of spontaneous abortion or premature birth.

Material and methods. The study involved 76 pregnant women aged from 21 to 36 years of 9—28 weeks of gestation, suffering from episodic constipation, with the threat of termination of pregnancy. Among them, the main group included 42 pregnant women who used the «Enema Klin» enema to treat episodic constipation, and the control group consisted of 34 patients who did not use this drug in the presence of constipation. At the first stage, patients of the main group were advised to follow a diet (daily consumption of foods rich in fiber, fermented milk products, sufficient drinking), but problems with defecation were not resolved. Pregnant women in the control group followed a diet and water regimen, with most of the patients using glycerin suppositories, and some pregnant women using microclysters. In the main group, all patients used a disposable phosphate enema «Enema Klin». The work used the methods of questioning and calculating the absolute and relative risks of the probability of complications in the surveyed groups

Results. After using the drug «Enema Klin» all patients underwent a questionnaire survey, 40 pregnant women out of 42 expressed satisfaction with the use of the drug. It was found that the frequency of premature birth in the main group was 7.1%, and in the control group — 11.8%. Vaginal infections in patients of the main group were observed in 52.4% and in 67.6% in the control group. All pregnant women tolerated the study drug well, there was no effect of the drug «Enema Klin» on therapy aimed at prolonging pregnancy.

Conclusions. It has been established that the drug «Enema Klin» can be safely and effectively used for the treatment of pregnant women with episodic constipation and complications of pregnancy with the threat of spontaneous abortion or premature birth.

Keywords: pregnancy, occasional constipation, threat of termination of pregnancy, enema «Enema Klin».

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Logutova L.S. — e-mail: lidialogutova@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8806-3273>

Novikova S.V. — e-mail: sv_novikova@list.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7303-0268>

Dalnikovskaya L.A. — e-mail: liza.dalnikovskaya@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5035-6564>

Corresponding author: Novikova S.V. — e-mail: sv_novikova@list.ru

TO CITE THIS ARTICLE:

Logutova LS, Novikova SV, Dalnikovskaya LA. Treatment of women with episodic constipation and threatened abortion. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist = Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*. 2020;20(5):91–96. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/rosakush202005191>

Введение

Распространенность запоров, по данным мировой литературы, среди населения планеты варьирует от 0,7 до 79%. В Великобритании, например, запорами страдают до 50% жителей, в Германии — до 30%, а в Российской Федерации, по данным некоторых авторов, порядка 34% взрослого населения, причем женщины в 2 раза чаще мужчин [1].

Запором (синонимы констипация, обстипация) считается замедленная, затрудненная или систематически недостаточная дефекация. При запоре опорожнение кишечника происходит менее 3 раз в неделю и сопровождается хотя бы одним из следующих признаков: чувство неполного опорожнения кишечника; небольшое количество и плотная консистенция кала; натуживание не менее четверти времени дефекации.

Различают четыре основных патофизиологических типа хронической констипации: алиментарный, механический (нарушение кишечной проходимости), гипо- и дискинетический тип (снижение скорости транзита по кишечнику) [2].

По этиологии запоры могут быть разделены на три группы: первичные, вторичные и идиопатические. Причины первичных запоров — аномалии и пороки развития толстой кишки. Вторичные запоры являются следствием различных болезней и побочного действия лекарств. К идиопатическому типу относят запор, являющийся следствием нарушений моторной функции толстой кишки, причина которых неизвестна [3].

Запоры, которые возникают у женщин во время беременности, можно отнести к вторичным. По данным разных авторов, самой частой причиной патологии кишечника при беременности являются запоры и встречаются они в 25–40% наблюдений [4]. Чаще всего запоры возникают в период с 17-й до 36-й недели гестации [5–7].

Трудно выделить одну причину, которая приводит к запору во время беременности. Наиболее часто действует совокупность различных факторов: особенности питания, гиподинамия, побочное действие медикаментозных препаратов, сдавление кишечника беременной маткой, а также гормональные факторы и заболевания желез внутренней секреции [5, 6, 8]. Доказано, что беременные, страдающие запорами, употребляют продукты с низким содержанием растительных волокон, а также снижают объем потребляемой жидкости. При переваривании пищи, богатой клетчаткой, вырабатываются жирные кислоты, которые стимулируют перистальтику кишечника, а достаточное потребление жидкости способствует увеличению объема и размягчению каловых масс. При наличии угрозы прерывания беременности женщине показан лечебно-охранительный режим с ограничением двигательной активности, а для нормальной функции кишечника требуется хотя бы минимальная

ежедневная физическая нагрузка. Применение некоторых лекарственных средств также может спровоцировать возникновение запора во время беременности. К таким группам препаратов относятся спазмолитики, антибиотики, витамин D₃, противоэпилептические препараты, препараты железа, гестагены и многие другие [9].

Беременная матка, постепенно увеличиваясь в размерах, сдавливает кишечник, а длительный толстокишечный стаз может приводить к ряду расстройств, а именно к активации условно-патогенной микрофлоры, транслокации микробов и их токсинов через кишечную стенку, что является фактором риска и непосредственной причиной осложнений беременности, родов и послеродового периода. При запоре происходит нарушение биоценоза толстой кишки и влагиалища, что может являться причиной восходящей инфекции и приводить к таким осложнениям гестации, как интраамниотическая инфекция с клиническими признаками угрозы прерывания беременности. С интраамниотической инфекцией ассоциировано до 80% истмикоцервикальной недостаточности (ИЦН). Помимо вышперечисленного при задержке дефекации повышается проницаемость кишечной стенки, что нарушает ее барьерную функцию. Таким образом, запор во время беременности является одним из predisposing факторов риска присоединения гнойно-септических осложнений, в том числе в послеродовом периоде [9–11].

Повышение уровня прогестерона во время беременности является физиологическим, однако свое релаксирующее действие он оказывает не только на матку, но и на другие органы, имеющие гладкомышечный компонент, в том числе на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), приводя к гипотонии кишечника, что клинически проявляется запором. Помимо увеличения концентрации прогестерона, в организме беременной отмечается снижение уровня мотилина. Это гастроинтестинальный гормон, который отвечает за моторную функцию ЖКТ. Вследствие снижения уровня данного гормона происходит снижение активности желчного пузыря, что способствует развитию запора [12].

Согласно клиническим рекомендациям, при гестации, осложненной угрозой прерывания, показана терапия, направленная на пролонгирование беременности, а именно применение терапевтических доз гестагенов. Кроме этого, при угрозе прерывания беременности в поздние сроки применяются токолитические препараты, которые так же, как и прогестерон оказывают релаксирующее действие на гладкую мускулатуру в организме беременной. Одним из наиболее частых побочных эффектов токолитической терапии является запор. По данным исследования О.В. Яковлевой (2012), частота этого осложнения достигает 68,8% [13].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что запор является одним из наиболее частых симптомов, сопровождающих угрозу прерывания беременности.

У большинства беременных применяются общепринятые подходы к профилактике и лечению запоров. Первое, что следует рекомендовать женщине, это изменение образа жизни на более активный, в том числе эффективна лечебная физкультура, однако при уже имеющейся угрозе прерывания беременности и признаках ИЦН беременной показан лечебно-охранительный режим и ограничение двигательной активности. Второе — это исключение приема препаратов, побочным действием которых может быть запор. Однако и это правило невозможно соблюдать при наличии угрозы прерывания беременности, так как женщина нуждается в терапии, направленной на пролонгирование беременности, а именно в приеме гестагенов и/или токолитических препаратов. И третье, что целесообразно соблюдать с лечебной и профилактической целью — это изменить пищевой рацион, добавив больше продуктов с высоким содержанием растительных волокон, а также нормализовать водный баланс и исключить невротические расстройства. Если невозможно соблюдение вышеперечисленных рекомендаций, то показано применение слабительных средств. В таком случае необходимо подобрать терапию, не оказывающую влияние на течение беременности. Согласно рекомендациям FDA (Food and Drug Administration) США, у беременных возможно применение ограниченного числа слабительных препаратов. В арсенале средств для лечения всех групп пациенток с запорами, в том числе и небеременных, используют следующие препараты:

- 1) осмотические вещества (лактолоза, сульфат магния, полиэтиленгликоль);
- 2) вещества, размягчающие каловые массы (минеральные масла);
- 3) увеличивающие объем кишечного содержимого (отруби);
- 4) раздражающие средства (касторовое масло, фенолфталеин, антрахиноны).

Раздражающие слабительные средства не показаны к применению во время беременности, так как, взаимодействуя с эпителиальными клетками кишечника, они приводят к выделению жидкости в просвет кишки и уменьшают ее всасывание. Применение стимулирующих слабительных (сенна и бисакодил) допустимо лишь непродолжительными курсами. Длительное применение данных препаратов приводит к схваткообразным болям в животе, диарее и, как следствие, к электролитным нарушениям, а также риску развития гипертонуса матки, в связи с чем их применение крайне ограничено. Противопоказаны также средства, стимулирующие перистальтику кишечника, особенно у женщин с симптомами угрозы прерывания беременности, так как усиление перистальтики приводит к стимуляции сократительной деятельности матки за счет поступления в кровь ацетилхолина. По некоторым данным, препараты данной группы оказывают мутагенное действие [9, 10, 14]. Размягчающие средства накапливаются в стенке кишечника, что приводит к нарушению всасывания жирорастворимых витаминов. Довольно популярны у женщин во время беременности ректальные глицериновые свечи, однако длительное их применение может спровоцировать воспалительные изменения прямой кишки.

К препаратам выбора при лечении беременных с эпизодическими запорами можно отнести микроклизмы, которые размягчают каловые массы, облегчая тем самым дефекацию.

Цель данного исследования — изучить эффективность и безопасность применения клизмы «Энема Клини» для ле-

чения беременных с эпизодическими запорами и угрозой самопроизвольного аборта или преждевременных родов.

Задачи исследования

1. Оценить безопасность применения препарата «Энема Клини» для лечения беременных, страдающих эпизодическими запорами при осложнении гестации, угрозой самопроизвольного аборта или преждевременных родов.
2. Исследовать переносимость применения препарата «Энема Клини» беременными при наличии угрозы самопроизвольного аборта или преждевременных родов.
3. Изучить эффективность применения препарата «Энема Клини» для лечения беременных, страдающих эпизодическими запорами при гестации, осложненной угрозой самопроизвольного аборта или преждевременных родов.

Материал и методы

В проведенном исследовании приняли участие 76 беременных женщин в возрасте от 21 года до 36 лет в сроках гестации 9—28 нед, которым проводилось стационарное лечение, направленное на пролонгирование беременности, в условиях акушерского наблюдательного отделения ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии». Среди обследованных пациенток первые роды предстояли 42 женщинам, а повторные — 34 женщинам. У всех беременных был отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, и все они были госпитализированы в связи с угрозой прерывания беременности (угроза самопроизвольного аборта или преждевременных родов).

Все беременные были разделены на две группы. В основную группу вошли 42 пациентки, которые применяли клизму «Энема Клини» с целью лечения при эпизодических запорах во время беременности. А контрольную группу составили 34 женщины, которые не применяли данный препарат при наличии запоров.

Критериями включения в исследование явились следующие: наличие жалоб на эпизодические запоры, а также, для беременных основной группы, обязательным критерием стало наличие письменного согласия пациентки на применение препарата «Энема Клини» для лечения. Критериями исключения явились следующие: многоплодная беременность, тяжелые экстрагенитальные заболевания (неврологические заболевания и пороки сердца), врожденные пороки развития плода, миома матки, а также противопоказания к применению данного препарата.

У большинства пациенток имелась сопутствующая экстрагенитальная патология. Заболеваниями желудочно-кишечного тракта страдали 29 (38,2%) беременных, среди них хронический гастрит был у 24, у 13 женщин — язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и 22 (28,9%) пациентки страдали эпизодическими запорами до настоящей беременности, 18 из них периодически применяли слабительные препараты.

Угроза прерывания беременности в I триместре была у 38 (50%) обследованных пациенток, токсикоз легкой и средней степени тяжести был у 33 (43,4%) беременных. У 18 (23,7%) женщин течение беременности в I триместре осложнилось присоединением анемии легкой и средней степени тяжести, что потребовало применения препаратов железа, у 34 (44,7%) беременных анемия легкой и средней степени тяжести была диагностирована во II триместре.

В I триместре эпизодическими запорами страдали 29 женщин, вошедших в исследование. К концу II триместра у всех обследованных беременных появились жалобы на эпизодические запоры. Задержка стула длительностью до 2 суток была у 33 пациенток и до 3 и более суток — у 43. Наиболее частыми сопутствующими жалобами при запорах были следующие: чувство неполного опорожнения кишечника (62), ощущение дискомфорта в животе (52), плотная консистенция кала (45). А некоторые женщины (5 из 76) прибегали к ручному способу облегчения акта дефекации. Все беременные испытывали страх натуживания во время акта дефекации при запоре.

Всем пациенткам в условиях стационара проводилось лечение по поводу угрозы прерывания беременности или преждевременных родов гестагенами в сочетании с токолитическими препаратами, 38 женщин получали прогестерон, начиная с I триместра беременности. С целью лечения беременных с запорами на первом этапе было рекомендовано соблюдение диеты, а именно добавление в ежедневный рацион продуктов питания, богатых клетчаткой, кисло-молочных продуктов, достаточное потребление жидкости, исключение продуктов, которые могли бы спровоцировать запор (крепкий чай, кофе, газированные напитки, сладости, выпечка, виноград и т.д.). Учитывая наличие угрозы самопроизвольного аборта или преждевременных родов, рекомендации по ведению более активного образа жизни были исключены.

Соблюдение диеты улучшало общее самочувствие обследованных пациенток, большинство избавляло от жалоб на дискомфорт в животе, однако проблемы с дефекацией в той или иной степени сохранились у всех, что вызвало необходимость применения слабительных средств.

В контрольной группе эпизодически страдали запорами до наступления беременности 8 пациенток, из них 5 периодически применяли слабительные средства. Во время беременности все женщины контрольной группы (34) соблюдали диету и водный режим с целью облегчения акта дефекации. Однако у 30 из них сохранялись прежние симптомы запора, а четыре женщины отметили некоторое облегчение. Большинство пациенток, отказавшихся от применения клизмы «Энема Клин», использовали глицериновые свечи при эпизодических запорах (28), а некоторые беременные использовали микроклизмы (2).

В основной группе с целью лечения пациентки применяли препарат «Энема Клин». Это одноразовая, готовая к применению фосфатная клизма, разработанная компанией «Набикасим Индастриз» (Пвт) Лтд, Пакистан, она является эффективным и щадящим препаратом для очищения толстой кишки. Изделие представляет собой пластиковый флакон объемом 120 мл со смазанным наконечником. Действующими активными веществами являются натрия дигидрофосфат и натрия гидрофосфат — солевые гиперосмотические слабительные средства (прозрачный раствор без цвета и запаха). В результате их введения концентрация солей в кишечнике повышается, вследствие чего в его просвет из окружающих тканей поступает жидкость. Она смягчает консистенцию каловых масс, стимулирует перистальтику и обеспечивает безболезненное опорожнение кишечника. Безопасное очищение и полное опорожнение нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки обычно происходит в течение 2—5 минут без болевых ощущений и спазма. Изделие можно использовать при подготовке к ректальному исследованию, в предродовом и послеродовом периодах, для очистки кишечника пе-

ред оперативным вмешательством, а также в общей послеоперационной терапии для стимуляции освобождения кишечника от каловых масс.

Результаты и обсуждение

После применения препарата «Энема Клин» все пациентки прошли анкетирование, при котором смогли выразить свое удовлетворение актом дефекации: 40 из 42 беременных, которые использовали препарат, остались удовлетворены проведенным лечением, среди них 16 пациенток оценили результат как отличный и 24 — как хороший. Женщины, которые до наступления беременности эпизодически страдали запорами и применяли прочие слабительные средства, при сравнении препаратов высказались в пользу «Энема Клин» (14 из 18 беременных).

Ни в одном наблюдении при использовании изделия «Энема Клин» не было выявлено осложнений течения беременности, связанных с применением препарата, в том числе не было негативного воздействия на течение беременности с появлением клинических признаков угрозы самопроизвольного аборта или преждевременных родов.

У 39 из 42 пациенток (92,8%), применявших клизму «Энема Клин», роды произошли в сроке гестации 38—39,4 нед, у 3 роды были преждевременными — в 35,3—36,4 нед беременности. У 22 (52,4%) из 42 женщин во время беременности были выявлены инфекционные заболевания влагалища. Формирование фетоплацентарной недостаточности (ФПН) было у 10 беременных, это 23,8% женщин основной группы. В родах наблюдались такие осложнения, как аномалии родовой деятельности (5), дородовое или раннее излитие околоплодных вод (18). У двух рожениц ранний послеродовой период осложнился кровотечением в связи с остатками плацентарной ткани и гипотонией матки. После родов разрыв промежности I степени выявлен у 10 (23,8%) женщин, разрывов II и III степени не было.

В группе пациенток, которые отказались от применения изучаемого препарата с целью их лечения (контрольная группа), роды в доношенном сроке (37,3—38,6 нед) произошли у 30 (88,2%) женщин, преждевременными роды были у четырех пациенток (35,1—36,1 нед). У 23 (67,6%) женщин контрольной группы было обострение вагинальных инфекций во время беременности. ФПН, по данным ультразвукового исследования, была обнаружена у 9 (26,5%) беременных. Роды осложнились аномалией родовой деятельности и несвоевременным излитием околоплодных вод у 4 и 16 женщин соответственно. В раннем послеродовом периоде такого осложнения, как кровотечение, отмечено не было. Однако у 11 женщин произошел разрыв промежности I степени, что соответствует 32,4%, и у одной (2,9%) пациентки данной группы произошел разрыв промежности II степени.

В таблице представлен риск присоединения осложнений у пациенток основной группы по отношению к контрольной. Формула была рассчитана с помощью таблицы сопряжения признаков, что позволило выявить наличие связи между определенным видом осложнения и применением препарата. Абсолютный риск в основной группе (EER) был рассчитан следующим образом:

$$EER = \frac{A}{A+B};$$

абсолютный риск в контрольной группе (CER) также был рассчитан по формуле:

Таблица. Вероятность присоединения осложнений в обследованных группах

Table. Probability of complications in the surveyed groups

Показатель	Преждевременные роды	Вагинальные инфекции	ФПН	Аномалии родовой деятельности	Несвоевременное излитие околоплодных вод	Разрывы промежности
EER	0,071	0,524	0,238	0,119	0,429	0,238
CER	0,118	0,676	0,265	0,118	0,471	0,353
RR	0,607	0,774	0,899	1,012	0,911	0,678

$$CER = \frac{C}{C+D},$$

где *A* — число женщин, применявших исследуемый препарат и имевших осложнения беременности или родов; *B* — число женщин, применявших препарат и не имевших осложнений беременности или родов; *C* — число женщин, которые не использовали препарат и имели осложнения беременности или родов; *D* — число женщин, не использовавших препарат и не имевших осложнений беременности или родов. Вычислив абсолютный риск по приведенным выше формулам, мы сможем рассчитать относительный риск (*RR*) следующим образом:

$$RR = \frac{\frac{A}{A+B}}{\frac{C}{C+D}}.$$

При значении *RR*=1 различия в риске между двумя группами нет; при значении *RR*<1 риск присоединения осложнений в основной группе ниже, чем в контрольной; при значении *RR*>1 риск присоединения осложнений в основной группе выше, чем в контрольной.

Таким образом, можно констатировать, что относительный риск преждевременных родов в основной группе ниже, чем в контрольной, а также вагинальные инфекции и разрывы промежности после родов в основной группе встречались значимо реже. А такие осложнения как ФПН, аномалии родовой деятельности и несвоевременное излитие околоплодных вод по распространенности в обеих группах значимо не отличались.

Состояние новорожденных оценивали по следующим параметрам: оценка состояния по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах; признаки гипоксии при рождении; признаки внутриутробной инфекции.

Оценка состояния по шкале Апгар в основной группе среди недоношенных детей составила на 1-й минуте 7,2±1,7 балла и на 5-й минуте 8,1±1,2 балла. В свою очередь, оценка состояния новорожденных по шкале Апгар среди недоношенных детей, рожденных женщинами, вошедшими в контрольную группу, составляла на 1-й минуте 6,7±1,5 балла, на 5-й — 7,6±1,4 балла. В состоянии гипоксии легкой степени родились двое доношенных детей пациенток основной группы, среди недоношенных детей гипоксии легкой степени при рождении не было, так же как и признаков внутриутробной инфекции. В кон-

трольной группе гипоксия легкой степени была зафиксирована у четырех доношенных детей, среди недоношенных новорожденных один ребенок родился с признаками легкой гипоксии, и один ребенок перенес внутриутробную пневмонию.

В ходе проведенного исследования выяснилось, что частота преждевременных родов среди женщин, применявших клизму «Энема Клип», составила 7,1%, в то время как в контрольной группе преждевременно родили 11,8% пациенток. Инфекции влагалища у женщин с угрозой прерывания беременности до 22 нед и/или преждевременных родов при использовании исследуемого препарата наблюдались у 52,4% пациенток, против 67,6% — в контрольной группе. Частота присоединения ФПН в основной и контрольной группах значимо не отличалась (23,8% и 26,5% соответственно), так же, как и частота развития аномалий родовой деятельности (11,9% и 11,8% соответственно).

Изучаемое средство хорошо перенесли все беременные, а также ни у одной пациентки не возникло проблем с использованием изделия. Все беременные самостоятельно, без помощи медицинского персонала, справились с введением препарата. Также не было отмечено влияния препарата «Энема Клип» на терапию, направленную на пролонгирование беременности.

Заключение

Проведя данное исследование, можно сделать вывод о том, что для лечения беременных с угрозой самопроизвольного аборта или преждевременных родов, страдающих эпизодическими запорами, помимо использования общепринятых мер, направленных на коррекцию рациона питания, возможно применение и слабительных средств. Препаратом выбора является средство «Энема Клип», которое обладает мягким эффектом опорожнения кишечника, за счет чего избавляет женщин от страха натуживания во время акта дефекации, не вызывает нежелательных побочных эффектов и не влияет на течение беременности. Таким образом, в ходе данной работы было установлено, что препарат «Энема Клип» можно безопасно и эффективно применять для лечения беременных эпизодическими запорами и осложнением беременности, угрозой самопроизвольного аборта или преждевременных родов.

Participation of authors:

Concept and design of the study — L.S. Logutova
 Data collection and processing — S.V. Novikova, L.A. Dalnikovskaya
 Statistical processing of the data — L.A. Dalnikovskaya
 Text writing — S.V. Novikova, L.A. Dalnikovskaya
 Editing — L.S. Logutova

Authors declare lack of the conflicts of interests.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования — Л.С. Логутова
 Сбор и обработка материала — С.В. Новикова, Л.А. Дальниковская
 Статистическая обработка — Л.А. Дальниковская
 Написание текста — С.В. Новикова, Л.А. Дальниковская
 Редактирование — Л.С. Логутова

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Potemin S.N. Хронический медленно транзиторный колостаз: механизмы развития и возможности хирургического лечения. ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России. Научное обозрение. Медицинские науки. 2016;6:84-103.
Potemin S.N. Chronic slow transit colonostasis: way of development and possibilities of the surgical treatment. *Kubanskij gosudarstvennyj meditsinskij universitet. Nauchnoe obozrenie. Meditsinskie nauki*. 2016;6:84-103. (In Russ.).
- Парфенов А.И. Профилактика и лечение запоров у беременных. Гинекология. 2002;4(3):14-17.
Parfenov AI. Prevention and treatment of constipation in pregnant women. *Gynekologiya*. 2002;4(3):14-17. (In Russ.).
- Voskuijl W, de Lorig F, Verwijs W. PEG 3350 (Transipeg) versus lactulose in the treatment of childhood functional constipation: a double blind, randomised, controlled, multicentre trial. *Gut*. 2004;53(11):1590-1594.
- Ponce J, Martínez B, Fernández A, Ponce M, Bastida G, Plá E, Garrigues V, Ortiz V. Constipation during pregnancy: a longitudinal survey based on self-reported symptoms and the Rome II criteria. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2008;20:56-61.
- Акушерство: национальное руководство. Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009:1200.
Obstetrics: the national guide. EK Ailamazyan, VI Kulakov, VE Radzinsky, GM Savelieva, eds. M.: GEOTAR-Media. 2009:1200. (In Russ.).
- Якунина Н.А., Зайдиева З.С. Профилактика и лечение запора при беременности. Русский медицинский журнал. 2006;14(1):253:6-8.
Yakunina NA, Zaidieva ZS. Prevention and treatment of constipation during pregnancy. *Russkij meditsinskij zhurnal*. 2006;14(1):253:6-8. (In Russ.).
- Talley N. Definitions, epidemiology, and impact of chronic constipation. *Rev Gastroenterol Disord*. 2004;4(2):3-10.
- Lembo A, Camilleri M. Chronic constipation. *N Engl J Med*. 2003;349:1360-1368.
- Федеральное руководство по использованию лекарственных средств. Вып. XI. Под. ред А.Г. Чучалина, Ю.Б. Белоусова, В.В. Яснецова. М.: Эхо. 2010;944.
Federal guidelines for the use of medicines. Release XI. AG Chuchalin, YuB Belousov, VV Yasnetsov, eds. M.: Ekho. 2010; 944. (In Russ.).
- Подзолкова Н.М., Назарова С.В. Транзипег: новые возможности лечения толсткншечного стаза у беременных. Гинекология. 2004;6(6):22-27.
Podzolkova NM, Nazarova SV. Transipeg: new possibilities for treating colonic stasis in pregnant women. *Gynekologiya*. 2004;6(6):22-27. (In Russ.).
- Voskuijl W, de Lorig F, Verwijs W, Hogeman P, Heijmans J, Taminau J, Benninga M. PEG 3350 (Transipeg) versus lactulose in the treatment of childhood functional constipation: a double blind, randomised, controlled, multicentre trial. *Gut*. 2004;53(11):1590-1594.
- Зайдиева З.С., Лукьянова Е.В. Профилактика и терапия запора при беременности. РМЖ. Мать и дитя. 2010;4:209.
Zaidieva ZS, Lukanova EV. Prevention and therapy of constipation during pregnancy. *RMZh. Mat' i ditya*. 2010;4:209. (In Russ.).
- Яковлева О.В. Осложнения при проведении токолиза в 22–27 нед беременности. ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России. Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150). 2012;2(12):981-983.
Yakovleva OV. Complications of tocolysis in 22-27 weeks of pregnancy. *Saratovskij gosudarstvennyj meditsinskij universitet imeni V.I. Razumovskogo. Byulleten' meditsinskikh Internet-konferentsij* (ISSN 2224-6150). 2012;2(12):981-983. (In Russ.).
- Соколова М.Ю. Заболевания внутренних органов у беременных. М.: МИА. 2011:262-289.
Sokolova MYu. *Diseases of internal organs in pregnant women*. M.: MIA. 2011:262-289. (In Russ.).

Поступила 10.08.2020

Received 10.08.2020

Принята к печати 28.08.2020

Accepted 28.08.2020