



# ДИСБІОТИЧНІ ПОРУШЕННЯ ВАГІНАЛЬНОГО БІОТОПУ ВАГІТНИХ НА ФОНІ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

## ВСТУП

Синдром подразненого кишечника (СПК) – функціональне захворювання, пов'язане з розладом кишкової перистальтики та перетравлення їжі. Такий розлад характеризується нерегулярністю скарг, має хвилеподібний перебіг без прогресування симптоматики.

Серед населення розвинених країн ця патологія зустрічається у 5–11% дорослих, жінки страждають у 2–4 рази частіше за чоловіків. Такий патологічний процес найбільш характерний для вікової групи 20–45 років і частіше за все проявляється болем у животі, який є першою ознакою можливої патології кишечника та зустрічається у 30–50% гастроентерологічних хворих та у 14–48% популяції [1, 10]. Рецидиви захворювання часто провокуються стресовими ситуаціями. Біль у животі при СПК зазвичай локалізується в нижній частині живота, має тупий, ниючий характер, але може проявлятися і гострими переймоподібними нападами. Симптоматика посилюється після прийому їжі, а після дефекації послаблюється. У жінок напади здебільшого виникають безпосередньо перед і під час менструації, а також на тлі вагітності [6].

## АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАДАЧІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Простежується чітка залежність клінічного перебігу СПК від психологічних факторів, що дозволяє припустити психо-нейрогенні механізми розвитку цього захворювання. Встановлено, що в 32–44% випадків виникненню патології передувало значне психо-емоційне потрясіння, у багатьох хворих мають місце депресії, іпохондрія, безсоння, різні фобії та інші невротичні розлади [11].

До чинників, що сприяють виникненню захворювання, належать також фізичні травми та інфекційні ураження кишечника в анамнезі, вісцеральна гіпералгезія (гіперчутливість кишечника), гормональні порушення, генетична схильність.

Під час вагітності для кожної жінки черевна порожнина стає об'єктом пильної уваги та постійного піклування, будь-який дискомфорт у цій області викликає особливе занепокоєння.

Серед вагітних переважають скарги на підвищене газоутворення в кишечнику, відчуття здуття живота, закрепи. Вони виникають навіть у жінок, які не мали проблем зі шлунково-киш-

## О.М. МОКРИК

к. мед. н., науковий співробітник відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

## В.М. ТУДАЙ

відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

## А.Ю. ЛИМАНСЬКА

к. мед. н., старший науковий співробітник відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

## Ю.В. ДАВИДОВА

д. мед. н., зав. відділенням акушерських проблем екстрагенітальної патології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України



Дотримання дієти з достатнім вживанням рідини, прийом мукофальку та лактожиналю усувають диспепсичні прояви у вагітних та дисбіотичні порушення вагінального біотопу, що виникли на тлі СПК

ковим трактом до вагітності. Така розповсюдженість цього захворювання обумовлена фізіологічними зрушеннями в системі травлення та її регуляції під час гестаційного періоду. А особливо враховуючи безладне і надмірне харчування, яке собі часто дозволяють вагітні жінки [14], газоутворення в кишечнику посилюється, що призводить до виникнення досить-таки серйозної проблеми. Надлишкове газоутворення підвищує внутрішньопорожнинний тиск у товстому кишечнику, що стає додатковим фактором подразнення барорецепторів стінки кишечника. Це може призвести до підвищення базальної та постпрендіальної біоелектричної активності товстого кишечника та, як наслідок, сприяє формуванню моторної і тонусної дисфункції [2, 3, 12].

Вищевикладені порушення у вагітних мають деякі характерні особливості. Внаслідок підвищеного синтезу гормону вагітності – прогестерону – для взаємодії зі збільшеною кількістю рецепторів в органах-мішенях відбувається вплив на всю гладку мускулатуру організму (в тому числі й у кишечнику), що зумовлює її розслаблення. За рахунок росту матки і розслаблення м'язів передньої черевної стінки виникає зміщення внутрішніх органів, тому локалізація болю може змінюватися порівняно з типовими проявами цього захворювання [1, 9]. Також виникає венозний застій у судинах малого тазу, що частково порушує кровообіг і негативно впливає на функцію кишечника. Спостерігається уповільнення моторно-евакуаторної здатності організму: перистальтика стає млявою, посилюються процеси бродіння, газоутворення і метеоризму, виникають закрепи, загострюється геморої, що призводить до перезбудження нервової системи [11, 17]. Надмірне збудження нервової системи, у свою чергу, призводить до гіпертонусу і спазму гладкої мускулатури кишечника, що уповільнює перистальтику і стає причиною розвитку больового синдрому різного ступеня інтенсивності, аж до коліки [7, 14].

Таким чином, гіпотонічний стан кишечника під час вагітності – захисна реакція і, як наслідок, виникають закрепи (утруднення евакуації вмісту товстого кишечника протягом 32 годин), яку можна розглядати як патологію моторно-евакуаторної функції кишечника, тобто його дискінезію [8, 9].

Клінічна картина захворювання проявляється болем в животі та виділенням із калом слизу. Біль має переймоподібний характер, супроводжується відчуттям слабкості в животі. У деяких випадках закрепи змінюються проносами і час-то можуть розцінюватися як загроза переривання вагітності [7, 13].

Частина кишкових газів утворюється внаслідок активності мікроорганізмів товстого кишечника, які проникають через кишкову стінку в піхву, викликаючи порушення її нормобіотопу внаслідок фізіологічного зниження імунітету та зміни мікрофлори піхви під час гестації [4, 16]. Під час вагітності під впливом гормонів жовтого тіла епітелій піхви потовщується, еластичність клітин проміжного шару збільшується. Створюються несприятливі умови для життєдіяльності лактобацил. У зв'язку з постійно низькими показниками рН (3,8–4,2) створюються сприятливі умови для кількісного збільшення деяких мікроорганізмів транзиторної групи [15].

Усі ці фактори призводять до зміни флори піхви та активного розмноження умовно-патогенних бактерій, які формують групу ризику серед таких вагітних. Адже інфекція може завдати відчутної шкоди здоров'ю не тільки матері. Хвороботворні збудники цілком здатні призвести до викидня, викликати затримку розвитку плода і його інфікування. На пізніх термінах вагітності наслідки бактеріального вагінозу, що не лікувався, можуть бути причиною гіпоксії плода і, за рахунок активації металопротеїназ та системи простагландинів, – лізису плодових оболонок та передчасного виливу навколоплодових вод. Запалення плодових оболонок і/або навколоплодових вод при висхідній інфекції може стати провідним фактором розвитку маловоддя, багатоводдя, самовільного викидня, завмерлої вагітності, передчасних пологів, внутрішньоутробної загибелі плода або його інфікування, а також післяпологових ускладнень у породіль [5].

**Метою нашого дослідження** є попередження розвитку загрози переривання вагітності та створення умов до виникнення факторів висхідного інфікування плода внаслідок СПК.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під спостереженням клініцистів перебувало 100 вагітних жінок зі скаргами на біль внизу живота різного ступеня та характеру, що супроводжувався диспепсичними проявами. Вік пацієнток становив від 18 до 42 років, вони перебували на різних термінах гестації. Жінки були розподілені на дві групи: основну та контрольну. В першу увійшло 50 вагітних, лікування яких складалося із: дотримання дієти (вживання рідини до 2 л на добу, супів, кисло-молочних продуктів), прийому мукофальку 4 рази на добу впродовж 20 днів (безпосередньо перед вживанням вміст 1 пакетика необхідно розвести у 150 мл води кімнатної температури) та лактожиналю по 1 капсулі 2 рази на добу впродовж 14 днів. Другу склали 50 жінок із фізіологічним перебігом вагітності, без патології шлунково-кишкового тракту.



При надходженні в стаціонар усім включеним у дослідження було проведене комплексне обстеження, яке передбачало оцінку їх клінічного стану: збір анамнезу та скарг; зовнішнє та внутрішнє акушерське обстеження; кольпоскопія, кольпоцитологічне, бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження вагінальних виділень, УЗД.

Для кольпоцитологічного, бактеріоскопічного та бактеріологічного досліджень, за загальноприйнятою методикою, проводився збір матеріалу з поверхні шийки матки, цервікального каналу та бічного склепіння піхви.

Контроль лікування проводився кожні 10 днів від початку терапії.

Отримані цифрові дані оброблені методом варіаційної статистики за допомогою програми Microsoft Excel із застосуванням парного критерію Ст'юдента.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Досліджувані групи були ідентичні за віком, соматичним та гінекологічним анамнезом. Середній вік обстежених жінок становив 33 ± 5,5 року (рис. 1).

Усі жінки, які увійшли до складу досліджуваних груп, перебували на різних термінах гестації і були розподілені таким чином: I триместр – 7 жінок основної групи і 8 жінок – контрольної; II триместр – 35 вагітних (основна група), 34 – контрольна; III триместр – 8 – основна група, 6 – контрольна (рис. 2).

У всіх вагітних ми спостерігали виникнення болю внизу живота ниючого або спастичного характеру та дискомфорт, які супроводжувалися закрепами у 39 (78%) жінок основної групи та у 32 (64%) контрольної. Скарги на здуття живота висловлювали 23 пацієнтки основної та 27 – з контрольної. На нудоту скаржилася 41 вагітна основної групи, відчуття гіркоти в роті – 38, відрижка турбувала 35 вагітних, утруднення відходження газів – 11; а в контрольній групі – 39; 27; 29; 7 жінок, відповідно (табл.).

Усі вищеперераховані прояви у жінок контрольної групи розцінювались як загроза переривання вагітності, та, відповідно, їм призначалась зберігаюча терапія.

При співставленні результатів застосування обох схем лікування нами були отримані такі результати.

Біль та дискомфорт у животі через 10 днів від початку лікування залишилися у 3 (6%) жінок основної групи, а в подальшому ці прояви вже не виникали, чого не відмічено у вагітних контрольної групи – через 10 днів картина не змінилась, через 20 і в подальшому лише 1 (2%) жінка відмітила відсутність цього симптому, а

у решти симптоматика відновлювалася після припинення зберігаючої терапії.

Закрепи у жінок основної групи під час прийому запропонованої терапії змінювали свою тривалість і після 15–20 дня лікування акт дефекації уже мав регулярний фізіологічний характер та в подальшому не порушувався, і лише у 3 (6%) жінок нормалізації випорожнень було досягнуто на 30-й день терапії. У жінок контрольної групи закрепи на тлі зберігаючої терапії посилювалися і вже через 10 днів від початку лікування почали змінюватися проносами, які, в свою чергу, змінювалися закрепами, що викликало появу болю та дискомфорту, а також посилювало тривогу у цього контингенту вагітних.

Скарги на здуття живота через 7–10 днів залишались у 9 (18%) жінок основної групи і взагалі перестали їх турбувати вже через 15 днів від початку терапії. У контрольній групі дані скарги не полишали вагітних, а лише періодично зникали, а після 3-тижневого курсу терапії залишилися у 11 (22%) пацієнток на постійній основі.



У вагітних СПК маскується під загрозу переривання вагітності і при призначенні зберігаючої терапії такі справді призводять до її появи, особливо на фоні психоемоційної лабільності жінок



РИСУНОК 1. ДІАГРАМА РОЗПОДІЛУ ВАГІТНИХ ЖІНОК ЗА ВІКОМ, %

Нудота в основній групі значно знизилась на 5-й день застосування комплексу лікувальних заходів, а в 19 (38%) вагітних зникла взагалі. У інших пацієнток основної групи її прояви припинилися через 20 днів терапії. У контрольній групі нудота через 10 днів зникла у 3 (6%), через 20 днів ще у 9 (18%) жінок. У решти обстежуваних вона періодично все ж таки виникала, чого не відмічалось після закінчення запропонованого нами комплексу терапії.



РИСУНОК 2. ДІАГРАМА РОЗПОДІЛУ ВАГІТНИХ ЖІНОК, ЗАЛЕЖНО ВІД ТЕРМІНУ ГЕСТАЦІЇ, %

Відчуття гіркоти в роті та відрижка в основній групі зникали у всіх жінок до першого контрольного візиту. В контрольній групі ця симптоматика зберігалася у 18 (36%) пацієнток й після останнього контрольного огляду. У

ТАБЛИЦЯ. РОЗПОДІЛ СИМПТОМІВ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ КИШЕЧНИКА У ВАГІТНИХ ДО ПОЧАТКУ ЛІКУВАННЯ

Симптоми	Основна група		Контрольна група	
	n	%	n	%
Біль у животі	57	100 ± 0	50	100 ± 0
Дискомфорт у животі	57	100 ± 0	50	100 ± 0
Закрепи	39	68,42 ± 7,86	32	64 ± 7,31
Здуття	23	40,35 ± 8,98	27	54 ± 8,77
Нудота	41	71,93 ± 8,75	39	78 ± 8,84
Гіркота в роті	38*	66,67 ± 8,75	27*	54 ± 7,95
Відрижка	35	61,4 ± 7,86	29	58 ± 8,07
Утруднення відходження газів	11	19,3 ± 7,1	7	14 ± 6,9

\* різниця достовірною,  $p < 0,05$

решти з цієї групи при мінімальному порушенні дієти симптоматика відновлювалась.

Уповільнення відходження газів у всіх жінок основної групи було нівельовано до першого контрольного огляду. В контрольній групі ці скарги не полишали вагітних, а лише періодично зникали, а після 3-тижневого курсу лікування все ж залишились у 11 (22%) на постійній основі.

Під час обстеження жінок, які перебували під нашим наглядом, увагу привернула якість та кількість вагінальних виділень. Нами було проведено дослідження біоценозу піхви вагітних до лікування та на 20-й день призначеної терапії.

У вагінальних мазках усіх пацієнток основної та контрольної груп до лікування було виявлено паличкоподібні бактерії, дифтероїдоподібні палички, дрібна кокова мікрофлора, ключові клітини, диплококи.

Бакпосіви виділень виявили ріст таких неспецифічних збудників: стрептококи групи D – у 16 (32%) жінок основної групи та у 14 (28%) контрольної в кількості 103–108 КУО (колонієутворюючих одиниць)/мл; стрептококи групи B – у 36 (72%) та 38 (76%) жінок основної та контрольної груп, відповідно, в кількості 105 КУО/мл; кишкова паличка – у 100% пацієнток як основної, так і контрольної груп у кількості 105 КУО/мл; епідермальний стафілокок – у 27 (54%) в кількості 105 КУО/мл – основна група та 23 (46%) в кількості 105 КУО/мл – контрольна; протей – у 7 (14%) та 9 (18%) в кількості 104 КУО/мл у основній та контрольній групах, відповідно, а також бактероїди – в основній групі у 15 (30%) в кількості 103–104 КУО/мл та в контрольній – у 12 (24%) в кількості 103–104 КУО/мл.

Після призначеного лікування на 10-й день ми отримали таку картину складу вагінальної флори: стрептококи групи D – у 1 (2%) жінки основної групи та у 14 (28%) жінок контрольної групи в кількості 103–108 КУО/мл; стрептококи групи B – у 16 (32%) та 38 (76%) жінок основної та контрольної груп, відповідно, в кількості 105 КУО/мл; кишкова паличка – у 50% пацієнток основної групи та у 76% контрольної групи в кількості 105 КУО/мл; епідермальний стафілокок – у 13 (26%) в кількості 105 КУО/мл – основна група та 20 (40%) в кількості 105 КУО/мл – контрольна; протей – у 7 (14%) жінок контрольної групи в кількості 104 КУО/мл. Бактероїди виявлялись у контрольній групі в тій же кількості, що й до лікування.

У подальшому у вагітних основної групи відмічалась нормалізація біотопу піхви, чого не можна сказати про жінок контрольної групи, що змусило нас призначити симптоматичну терапію.

## ВИСНОВКИ

Підсумовуючи результати нашого дослідження, з упевненістю можна стверджувати, що корекція СПК у вагітних жінок займає важливе місце в практичному акушерстві. Отримані результати дослідження показали високу ефективність запропонованого комплексу лікувальних заходів у жінок із диспепсичними явищами, що маскуються під загрозу переривання вагітності і при призначенні зберігаючої терапії таки справді призводять до її появи, а особливо на тлі психоемоційної лабільності вагітних.

Зазначимо, що під час фізіологічного перебігу вагітності організм жінки самостійно забезпечує високий рівень секреції прогестерону, що впливає на всю гладеньку мускулатуру організму і сприяє її розслабленню, у тому числі й кишечника, що призводить до розвитку СПК. Довготривале застосування спазмолітиків та препаратів прогестеронового ряду на тлі СПК сприяє блокуванню пікових потенціалів дії гладком'язових клітин товстого кишечника, які формуються під дією периферичних нервових імпульсів, що виникають під впливом різноманітних подразників та нівелюють регуляцію кишечника центральною та вегетативною нервовою системами, призводячи до застійних явищ. Розвивається уповільнення моторно-евакуаторної здатності організму: перистальтика стає млявою, посилюються процеси бродіння, газоутворення та метеоризму, виникають закрепки, що, у свою чергу, призводить до порушення нормобіотопу піхвового вмісту, а також до серйозних ускладнень під час періоду гестації.

Важливим є те, що запропоновану терапію можна застосовувати під час усіх триместрів вагітності та в період лактації.

Зручність використання, безпечність та хороша переносимість забезпечують високу комплаєнтність хворих щодо рекомендованого режиму терапії та дозволяє нормалізувати роботу шлунково-кишкового тракту, покращити не лише загальний стан вагітної, нівелюючи загрозу переривання вагітності, а й плода, перешкоджаючи розвитку висхідної інфекції.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Бельмер, С.В.  
Метеоризм: проблема, причины, устранение / С.В. Бельмер // Чаша здоровья. – 2005. – № 1 (9). – С. 5–7.  
Belmer, S.V.  
“Meteorism: the problem, the causes, the elimination.” *Bowl of Health*, 1(9) (2005): 5-7.

2. Зимницкая, Т.В.  
Диагностика и коррекция биоэлектрической активности толстой кишки у детей с синдромом раздраженного кишечника / Т.В. Зимницкая // Наук.-практ. конф. з міжнар. уч. з нагоди 85-річчя ХМАПО та 85-річчя кафедри педіатричної гастроентерології та нутріціології [«Хронічні захворювання кишечника у дітей»], (Харків, 10–11 листоп. 2008 р.). – Х. – 2008. – С. 67.  
Zimnitskaya, T.V.  
“Diagnostics and correction of bioelectric activity of the colon in children with irritable bowel syndrome.” *Scientific and Practical Conference «Chronic bowel disease in children»*. Kharkiv (2008): 67.

3. Ивашкин, В.Т.  
Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. Римские критерии / В.Т. Ивашкин, В.М. Нецаев // Болезни органов пищеварения. – 2000. – Т. 2, № 2. – С. 20–22.  
Ivashkin, V.T., Nechayev, V.M.  
“Functional disorders of the gastrointestinal tract. Rome criteria.” *Diseases of the digestive system*, 2(2) (2000): 20-22.

4. Коршунов, В.М.  
Изучение бифидофлоры влагалища у женщин репродуктивного возраста / В.М. Коршунов, З.А. Гудиева, Б.А. Ефимов и др. // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1999. – № 4. – С. 74–78.  
Korshunov, V.M., Gudieva, Z.A., Efimov, B.A., et al.  
“The study of vaginal bifidoflora in women of reproductive age.” *Journal of Epidemiology and Microbiology, Immunology*, 4(1999): 74-78.

5. Мун, Н.В.  
Состояние моторной функции толстой кишки у женщин во время беременности / Н.В. Мун, А.Л. Бейлин, А.П. Тупикина // Здравоохр. Казахстана. – 1985. – С. 2–50.  
Moon, N.V., Beilin, A.L., Tupikina, A.P.  
“Motor function status of the colon in women during pregnancy.” *Kazakhstan Healthcare* (1985): 2-50.

6. Фисенко, О.В.  
К проблеме функциональных кишечных дискинезий / О.В. Фисенко, В.М. Махов, Е.С. Матвеева, Ю.П. Померанцев // Тер. арх. – 1992. – С. 6-63.  
Fissenko, O.V., Machov, V.M., Matveeva, E.S., Pomerancev, Y.P.  
“About the problem of functional bowel dyskinesia.” *Therapeutic Archives* (1992): 6-63.

7. Шептулин, А.А.  
Синдром раздраженного кишечника / А.А. Шептулин // Рус. мед. журн. – 1977. – № 5(22). – С. 5–12.  
Sheptulin, A.A.  
“Irritable Bowel Syndrome.” *Russian Medicine Journal*, 5(22) (1977): 5-12.

8. Шехтман, М.М.  
Болезни органов пищеварения и крови у беременных / М.М. Шехтман, Г.М. Бурдули // М.: Триада-Х, 1997.  
Shechtman, M.M., Burduli, G.M.  
Diseases of the digestive system and the blood of pregnant women. M.: Triada-X (1997).

9. Canivet, C., Ostergren, P.O., Jakobsson, I., Hagander, B.  
“Higher risk of colic in infants of nonmanual employee mothers with a demanding work situation in pregnancy.” *Int J Behav Med.*, 11(1) (2004): 37-47.

10. Spiller, R., Azis, C., Creed, F., Emmanuel, A.  
“Children on the irritable bowel syndrome: mechanism and practical management.” *Gut*, 56(1) (2007): 1770-1798.

11. Iacono, G., Merolla, R., Amico, D., et al.  
“Gastrointestinal symptoms in infancy: a population based prospective study.” *Dig. Liver Dis.*, 37(6) (2005): 432-438.

12. Heldwein, W., Sommerlatte, T., Hasford, J., Lehnert, P., Littig, G. & Miiller-Lissner, S. (2000). “Evaluation of the usefulness of dimethicone and/or senna extract in improving the visualization of abdominal organs.” *Journal of Clinical Ultrasound*, 15(2000):8-455.

13. Kahi, C.J., Imperiale, T.F, Juliar, B.E., Rex, D.K.  
*Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 7(2009): 770-775.

14. Leung, A.K., Lemay, J.F.  
“Infantile colic: a review.” *J R Soc Health.*, 124 (4) (2004): 162-6.

15. Mehta, A., Talwalkar, J., Shetty, C.V., et al.  
“Microbial flora of the vagina.” *Microecology and Therapy*, 23(1995): 1-7.

16. Reid, G., Devillard, E.  
“Probiotics for mother and child.” *J. Clin. Gastroenterol*, 38(2004): 94-101.

17. Sondergaard, C., Henriksen, T.B., Obel, C., Wisborg, K.  
“Smoking during pregnancy and infantile colic.” *Pediatrics*, 108 (2) (2001): 342-6.

**ДИСБІОТИЧНІ ПОРУШЕННЯ ВАГІНАЛЬНОГО БІОТОПУ У ВАГІТНИХ НА ФОНІ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА**

**О.М. Мокрик**, к. мед. н., науковий співробітник відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України  
**В.М. Тудай**, відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України  
**А.Ю. Лиманська**, к. мед. н., старший науковий співробітник відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України  
**Ю.В. Давидова**, д. мед. н., зав. відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

У роботі представлені результати досліджень вагінального біотопу вагітних із синдромом подразненого кишечника. Низка патофізіологічних та функціональних порушень, притаманних цьому захворюванню, зумовлюють зміни нормобіотопу піхви, створюючи передумови для розвитку висхідної інфекції.

У дослідження увійшло 100 вагітних із проявами синдрому подразненого кишечника: 50 жінок основної групи, яким призначався розроблений комплекс терапії (дотримання дієти з достатнім вживанням рідини, прийом мукофальку та лактожиналю), та 50 здорових жінок, які склали контрольну групу. В результаті було виявлено, що розроблена терапія успішно усувала диспепсичні прояви у вагітних та дисбіотичні порушення вагінального біотопу, що виникли на тлі синдрому подразненого кишечника.

**Ключові слова:** вагітні, диспепсичні явища, метеоризм, закрепи, синдром подразненого кишечника, біотоп піхви.

**ДИСБИОТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО БИОТОПА У БЕРЕМЕННЫХ НА ФОНЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА**

**А.Н. Мокрик**, к. мед. н., научный сотрудник отделения акушерских проблем экстрагенитальной патологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины  
**В.Н. Тудай**, отделение акушерских проблем экстрагенитальной патологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины  
**А.Ю. Лиманская**, к. мед. н., старший научный сотрудник отделения акушерских проблем экстрагенитальной патологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины  
**Ю.В. Давыдова**, д. мед. н., зав. отделением акушерских проблем экстрагенитальной патологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

В данной работе приведены результаты исследований вагинального биотопа беременных с синдромом раздраженного кишечника. Цепь патофизиологических и функциональных нарушений, присущих данному заболеванию, обуславливает изменения нормобиотопа влагалища и создает предпосылки для развития восходящей инфекции.

В исследование вошли 100 беременных с проявлениями синдрома раздраженного кишечника: 50 женщин основной группы, которым назначался разработанный комплекс терапии (соблюдение диеты с достаточным употреблением жидкости, прием мукофалька и лактожиналя), и 50 здоровых женщин, составивших контрольную группу. В результате было обнаружено, что разработанная терапия успешно устраняла диспепсические проявления у беременных и дисбиотические нарушения вагинального биотопа, возникшие на фоне синдрома раздраженного кишечника.

**Ключевые слова:** беременные, диспепсические явления, метеоризм, запоры, синдром раздраженного кишечника, биотоп влагалища.

**DISBIOTIC CONTRAVENTION VAGINALIS BIOTOPS IN PREGNANT WOMEN ON THE BACKGROUND OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME**

**A.N. Mokryk**, PhD, researcher at the Obstetrical Problems of Extragenital Pathology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine  
**V.N. Tuday**, Obstetrical Problems of Extragenital Pathology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine  
**A.U. Lymanska**, PhD, senior researcher at the Obstetrical Problems of Extragenital Pathology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine  
**I.V. Davydova**, MD, Head of the Obstetrical Problems of Extragenital Pathology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine

This article imposed by modern principles bowel syndrome irritation pregnant intestinal women because of the pathophysiological and functional disorders that cause changes of normal biotope vagina and, as a result, create preconditions development the ascending infection of the fetus based on their own observations and research.

The study included 100 pregnant women with symptoms of irritable bowel syndrome: a study group consists of 50 women, who used the developed complex therapy (diet with adequate water intake, and drugs Mucofalc, Lactoginal), and 50 healthy women in the control group. As a result, it was found that the developed therapy successfully eliminated the diarrheal manifestations in pregnant women and vaginal biotope disbiotic disorders arising on a background of irritable bowel syndrome.

**Keywords:** pregnant women, dyspepsia, flatulence, constipation, irritable bowel syndrome, vaginal biotope.