



ПОРУШЕННЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ ФУНКЦІЇ ЯК НАСЛІДОК СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

В.М. ТУДАЙ

лікар, Львівська обласна клінічна лікарня

О.М. МОКРИК

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

Контакти:

Тудай В.М.
Львівська обласна лікарня
79010, Львів, Чернігівська, 7
тел.: +38 (0322) 75-50-20
e-mail: lokl@ukr.net

ВСТУП

Згідно з визначенням робочого комітету ВООЗ, синдром подразненого кишечника (СПК) – це функціональне захворювання, що характеризується поєднанням черевного болю з порушенням функцій кишечника, а також дефекації [9, 11].

Це захворювання було виявлено ще в XIX столітті. В 1892 році стан, що характеризує даний синдром, отримав назву слизового коліту. В подальшому захворювання називали спастичним колітом, неврозом кишечника і безліччю інших назв. СПК – це в першу чергу надто чутлива кишка, яка болісно реагує на повсякденні ситуації, наприклад, сніданок, майбутнє побачення, збори на роботу, а особливо вагітність. Біль у животі при СПК зазвичай локалізується в нижній частині живота, має тупий, ниючий характер, але може проявлятися і гострими переймоподібними нападами [1, 5].

Поширеність даного синдрому серед населення планети становить від 14 до 48%. Найчастіше на нього страждають міські жителі. Також неодноразово відзначено, що у жінок СПК трапляється в кілька разів частіше, ніж у чоловіків. Хоча цей синдром виникає ще у мо-

лодості, за допомогою фахівців з приводу даного захворювання звертаються лише у віці 35–50 років [3, 12, 15].

Простежується чітка залежність клінічного перебігу СПК від психологічних факторів, що дозволяє запідозрити психонейрогенні механізми розвитку даного захворювання. Відзначено, що в 32-44% випадків виникненню патології передувало сильне психоемоційне потрясіння. У багатьох хворих спостерігаються депресії, іпохондрія, безсоння, різні фобії та інші невротичні розлади [10, 11].

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

СПК – це досить поширена патологія, яка, незважаючи на відсутність змін у внутрішніх органах, тягне за собою прояв нападів сильних больових відчуттів у животі, що супроводжуються його здуттям, проносом або, навпаки, закрепом. Синдром не належить до ряду небезпечних для життя захворювань, але без відповідного лікування здатний суттєво знизити якість життя пацієнта [4, 16].

На механізм розвитку синдрому впливають наступні патогенетичні ланки [8, 13, 14]:

- ❶ порушення функцій кишкової стінки;
- ❷ надмірна чутливість до болю та тиску, а також змінена моторика викликають «бурчання» в животі та порушення стільця;
- ❸ інфекції та супутній їм дисбактеріоз;
- ❹ неправильний раціон харчування;
- ❺ гормональні зміни у жінок.

Найголовнішим та найбажанішим «гормональним порушенням» для кожної жінки є вагітність, і будь-який дискомфорт у животі призводить до переживань та підвищеної уваги, оскільки пов'язується із загрозою для настання материнства.

Під час виношування дитини основними чинниками, що забезпечують фізіологічний перебіг даного стану, є прогестерон та естроген, які відповідають за створення та гарантування необхідних умов розвитку, прогресування та формування не лише плода, а й умов його життєзабезпечення.

Естрадіол – найактивніший жіночий статевий гормон, який поза вагітністю виробляється в яєчниках і в наднирниках, а під час вагітності – ще й у плаценті. В період вагітності його рівень зростає, досягаючи пікових значень перед пологами. Можна сказати, що естрадіол відповідає за нормальний перебіг вагітності, а також формування плаценти. Кількість естрадіолу нормалізується до четвертої доби після пологів. За концентрацією естрадіолу на ранніх термінах гестації оцінюють функціонування плаценти, і при зниженні його кількості розвивається загроза переривання вагітності. Естрогени – кінцевий продукт стероїдогенезу, що відбувається як в плаценті, так і в організмі плода. Вони стимулюють ріст і проліферацію тканин, посилюють матково-плацентарний кровообіг [7]. Продукція естрогенів плацентою знаходиться в прямій залежності від стану матково-плацентарного кровообігу та наявності попередників, що виробляються в організмі матері та плода. Вироблення естрогенів однаково залежить від функції наднирників плода і матері (де синтезуються попередники). З плаценти гормони надходять у кров матері і плода, де й виконують свою фізіологічну роль. Регулюючим фактором, що впливає на синтез цих гормонів, більшість дослідників вважають рівень естрогенів у крові матері (за принципом зворотного негативного зв'язку) та сульфатазну активність плаценти [2, 17].

Прогестерон – гормон, необхідний на всіх етапах вагітності, який забезпечує її збереження. Зокрема, прогестерон відповідає за правильну імплантацію плодового яйця до матки і за його розвиток. Прогестерон синтезується у синцитіотрофобласті плаценти, і його більша частина потрапляє у кров матері, де він вико-

нує свою основну фізіологічну роль, але дуже швидко метаболізується (головним чином у печінці, кишечнику, наднирниках), тому у венозній крові породіль його вміст менший, ніж у плацентарній крові [6].

Цей гормон виробляється також у яєчниках і корі надниркових залоз, а під час вагітності – спочатку в яєчниках матері, а потім – в плаценті, зростаючи до 37–38-го тижня. За кількістю цього гормону в крові жінки визначають функціональний стан плаценти в другій половині вагітності. Зниження рівня прогестерону спостерігається при заазрозі переривання вагітності [2, 5].

На фоні вагітності високий рівень прогестерону впливає на всю гладеньку мускулатуру організму і сприяє її розслабленню, у тому числі й кишечника. У другій половині вагітності до цього процесу також приєднується фізіологічне порушення, що виникає внаслідок здавлення та зміщення кишечника маткою, яка росте. При цьому утворюється венозний застій у судинах малого тазу, що частково порушує кровообіг, функціонування фетоплацентарного комплексу, і відповідно впливає на функцію кишечника. Уповільнюється моторно-евакуаторна функція організму: перистальтика стає млявою, інтенсифікуються процеси бродіння і метеоризму, виникають закрепи [11, 17].

Вагітні жінки часто скаржаться на підвищене газоутворення, відчуття бурчання, здуття живота, закрепи. Ці симптоми спостерігаються навіть у жінок, які до вагітності не мали проблем зі шлунково-кишковим трактом. Така розповсюдженість даного захворювання обумовлена фізіологічними порушеннями в системі травлення та її регуляції у гестаційному періоді. Надлишкове газоутворення підвищує внутрішньопорожнинний тиск у товстому кишечнику, що стає додатковим фактором подразнення барорецепторів кишкової стінки. Це може призвести до підвищення базальної і постпрандіальної біоелектричної активності товстого кишечника і, як наслідок, сприяє формуванню моторної і тонусної дисфункції [3, 12].

Перезбудження нервової системи легко призводить до гіпертонусу і спазму гладенької мускулатури кишечника, що уповільнює перистальтику і стає причиною розвитку болювого синдрому різного ступеня вираженості, аж до коліки [5, 14].

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



Гіпотонічний стан кишечника під час вагітності – захисна реакція, внаслідок якої виникають закрепи, що можна розглядати як патологію порушення евакуаторної функції кишечника, тобто його дискінезію

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Клінічна картина проявляється болем в животі та виділенням із калом слизу. Біль має переймоподібний характер, супроводжується відчуттям слабкості в животі. В деяких випадках закрепи змінюються проносами і часто можуть розцінюватись як загроза переривання вагітності [9, 13].

У вагітних, внаслідок підвищення порогу збудливості рецепторів до біологічно активних речовин, виникає ослаблення автоматичної ритмічної діяльності кишечника. Його діяльність активується простагландінами, що впливають на тонус гладенької мускулатури. Однак під час вагітності він стає толерантним до звичайних фізіологічних подразників. Це біологічно виправдано, оскільки при наявності загальної з маткою іннервації будь-яке надмірне підвищення перистальтики кишечника спричинило б активізацію скоротливої діяльності матки, викликавши загрозу переривання вагітності. Прогестерон розслабляє гладенькі м'язи кишечника, знижуючи їх тонус, а під час вагітності його секреція збільшується [5].

Порушення роботи кишечника та фетоплацентарного комплексу цілком здатні призвести до гіпоксії плода, викликати затримку його розвитку, спровокувати маловоддя, багатоводдя, самовільні викидні, вагітність, що не розвивається, передчасні пологи, внутрішньоутробну загибель плода [5, 7].

Мета роботи – виявлення причинно-наслідкового зв'язку розвитку порушення функціонування системи мати-плацента-плід внаслідок виникнення СПК. Це, в свою чергу, дозволить попереджати патології розвитку плода.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нашими фахівцями проведено клінічне обстеження 100 вагітних жінок зі скаргами на біль унизу живота різного ступеня та характеру, що супроводжувався диспепсичними проявами. Вік пацієнток становив від 18 до 42 років з різними термінами гестації. Досліджувані жінки були розподілені на дві групи: основну та контрольну. До основної групи увійшли 50 вагітних, лікування яких включало: дотримання дієти (вживання рідини до 2 л на добу, супів, кисломолочних продуктів), прийом мукофальку 4 рази на добу впродовж 20 днів (безпосередньо перед вживанням вміст 1 пакетика слід розвести 150 мл води кімнатної температури) та лактожиналю по 1 капсулі 2 рази на добу впродовж 7 днів. Контрольну групу склали 50 жінок, яким призначалась дієта, симптоматичне лікування і терапія, спрямована на збереження вагітності.

При надходженні до стаціонару всім жінкам було проведено 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.

Спостерігаючи за жінками з досліджуваних груп, ми вивчали ефективність та безпечність запропонованого нами лікування для профілактики інтраамніального інфікування, аналізуючи показники фетоплацентарної системи, використовували апаратні методи дослідження, такі як УЗД із доплерометрією, ехографічне спостереження з визначенням фетометричних показників.

Оцінка функціонального стану фетоплацентарного комплексу, з адекватного погляду, проводилась на підставі порівняльного методологічного підходу, який ґрунтується на

визначенні плацентографічних, гемодинамічних і біофізичних показників у динаміці вагітності.

Таким чином, стан функціонування фетоплацентарного комплексу вивчався на основі отриманих доплерометричних кривих швидкостей кровоплину в артеріях плода, зокрема, основних індексів гемодинаміки: систоло-діастолічного відношення (СДВ) та індексу резистентності (ІР) у досліджуваних групах.

Окрім оцінки доплерометричних показників, ми також вивчали плацентометричні дані з визначенням товщини плаценти та її структури.

Контроль лікування проводили 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 $33 \pm 5,5$ років (рис. 1).



РИСУНОК 1.
ДІАГРАМА РОЗПОДІЛУ ВАГІТНИХ ЖІНОК ЗА ВІКОМ, %

Всі жінки, які увійшли до груп дослідження, знаходилися на різних термінах гестації і розподілялися наступним чином: II триместр – 33 вагітних (основна група), 22 – контрольна група; III триместр – 24 – основна група, 21 – контрольна (рис. 2).

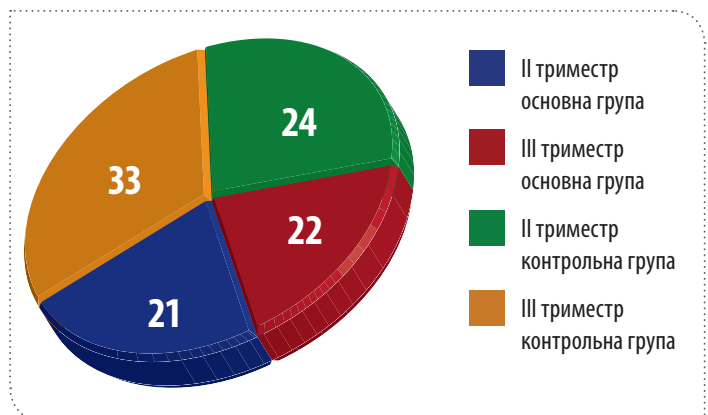


РИСУНОК 2.
ДІАГРАМА РОЗПОДІЛУ ВАГІТНИХ ЖІНОК ЗАЛЕЖНО ВІД ТЕРМІНУ ГЕСТАЦІЇ, %

Усі вагітні, яких ми спостерігали, скаржились на біль унизу живота ниючого чи спастичного характеру, що супроводжувалося дискомфортом. Закрепи турбували 39 (78%) жінок основної групи та 32 (64%) жінок контрольної групи. Скарги на здуття живота висловлювали 23 пацієнтки основної групи та 27 пацієнток контрольної. На нудоту скаржилася 41 вагітна основної групи, гіркоту в роті – 38, відрижка турбувала 35 вагітних, утруднене відходження газів – 11. В контрольній групі такі скарги висловлювали 39, 27, 29 та 7 жінок відповідно.

Всі вищеперераховані прояви жінками контрольної групи розцінювались як загроза переривання вагітності, відповідно їм призначалась зберігаюча терапія.

Під час аналізу з'ясовано, що на фоні запропонованого нами лікування середнє значення ІР та СДВ в аорті та середній мозковій артерії плода жінок основної групи відповідали нормам та відрізнялися від показників жінок контрольної групи ($p > 0,05$). В артерії пуповини плода ІР та СДВ також знаходились у межах норми у жінок основної групи, але були достовірно нижчими, ніж у жінок контрольної групи ($p > 0,05$).

У вагітних жінок, які входили до груп спостереження, нами не відзначено характерних відмінностей у прикріпленні плаценти. Під час аналізу отриманих даних встановлено, що у жінок, які перебували на лікуванні згідно з запропонованою нами схемою, передчасне старіння плаценти та її потовщення відзначалось практично вдвічі рідше, ніж у жінок, які отримували терапію за стандартними схемами лікування, що відображено в таблиці.

Під час визначення об'єму навколоплодових вод шляхом ехографії, тобто при вимірюванні амніотичного індексу за допомогою УЗД до початку лікування, нами було встановлено наступне (рис. 3): багатоводдя (збільшення кількості навколоплодових вод) спостерігалось у 25 (50%) жінок основної групи, а в контрольній групі – у 23 (46%); маловоддя (зменшення кількості навколоплодових вод) було у 23 (46%) жінок основної групи та у 21 (42%) вагітних контрольної групи.

Ехографія є одним із найважливіших методів оцінки антенатального стану плода. Своєчасна діагностика та усунення відхилень її показників від норми дає нам змогу вчасно запідозрити та попередити внутрішньоутробне інфікування плода і забезпечити не лише народження здорової дитини, а й, як наслідок, здорову націю в глобальному розумінні.

Так, після проведення лікування ми отримали наступну картину (рис. 4): багатоводдя зберігалось в основній групі у 9 (18%) жінок основної групи та у 17 (34%) жінок контрольної. Маловоддя було відзначено у 5 жінок основної групи (10%), а в контрольній групі залишалось у 19 (38%).

ТАБЛИЦЯ. ПОКАЗНИКИ ПЛАЦЕНТОМЕТРІЇ ДО ЛІКУВАННЯ

Показник	Групи жінок			
	I група (основна), n = 50		II група (контрольна), n = 50	
	n	%	n	%
Кісти плаценти	7	14	8	16
Невідповідність товщини плаценти строку гестації	-	-	5	10
Наявність кальцинатів	3	6	11	22
Розширення міжворсинкового простору	-	-	20	40

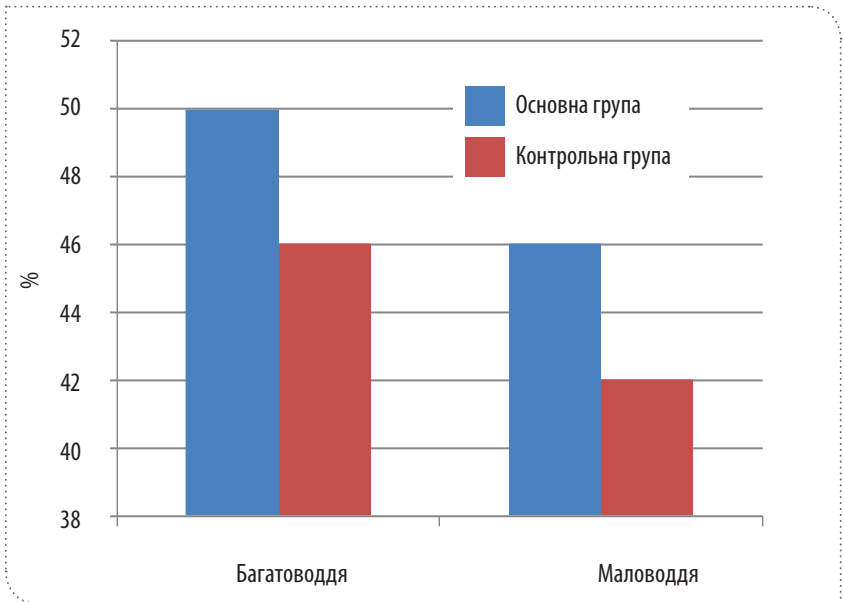


РИСУНОК 3. ОБ'ЄМ НАВКОЛОПЛОДОВИХ ВОД ДО ЛІКУВАННЯ

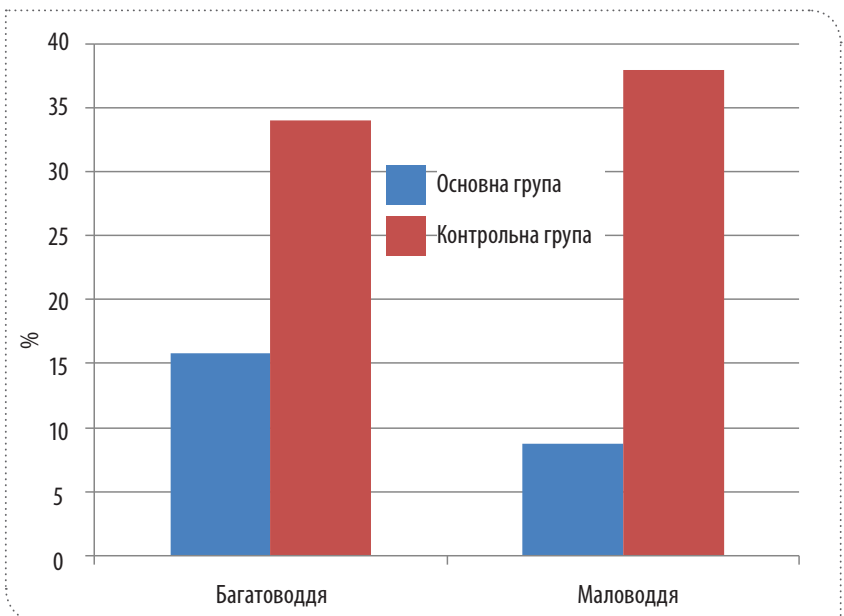


РИСУНОК 4. ОБ'ЄМ НАВКОЛОПЛОДОВИХ ВОД ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ

Отже, при порівнянні результатів застосування обох схем лікування ми отримали значне зменшення проявів порушень матково-плодового кровообігу та плацентометричних параметрів, що відіграють важливу роль у забезпеченні розвитку плода. На фоні визначення вищезгаданих показників жінкам контрольної групи до вже призначеної терапії було в обов'язковому порядку додано антибактеріальні препарати.

ВИСНОВКИ

З урахуванням усього вищезгаданого ми дійшли висновку, що необхідно не лише безпосередньо лікувати вагітну жінку як майбутню мати, але й запобігати народженню хворої, неспроможної до боротьби за життя дитини.

Підсумовуючи результати нашого спостереження, можна з упевненістю стверджувати, що лікування СПК у вагітних жінок посідає важливе місце в практичному акушерстві. Одержані дані показали високу ефективність запропонованої нами комплексної терапії у жінок із диспепсичними

явищами. Визначення кривих швидкостей кровоплину має високу прогностичну значимість і дає нам змогу стверджувати, що призначена терапія та вчасне попередження розвитку ускладнень з боку плода, а також своєчасний вибір тактики подальшого ведення вагітності були ефективними.

Слід чітко відмежувати виникнення загрози переривання вагітності від замаскованої під неї симптоматики, яка на фоні призначення спазмолітичної та зберігаючої терапії не лише провокує появу цієї загрози, але й створює умови, що негативно впливають на функціонування фетоплацентарного комплексу.

Важливим також є те, що препарати можна застосовувати в усіх триместрах вагітності. Зручність у використанні, безпечність і гарна переносимість забезпечують високу комплаєнтність пацієнток до рекомендованого режиму терапії та дозволяють нормалізувати роботу шлунково-кишкового тракту, покращити загальний стан вагітної і попередити розвивання таких ускладнень, як прееклампсія та затримка розвитку плода.

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. Гаспарян, Н.Д. Современные представления о механизме регуляции сократительной деятельности матки / Н.Д. Гаспарян, Е.Н. Карева // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2003. — Т. 3, № 2. — С. 9–15.
Gasparian, N.D., Kareva, E.N. "Modern views on the mechanism of regulation of uterine activity." *Russian Gazette of Obstetrician-Gynecologist*, 2(3) (2003): 9–15.
3. 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 нутриціології «Хронічні захворювання кишечника у дітей», Харків, 10–11 листоп. 2008 р. — Х.: 2008. — С. 67.
Zimnitskaia, 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.
4. Ивашкин, В.Т. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. Римские критерии / В.Т. Ивашкин, В.М. Нечаев // 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.
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. — № 10. — С. 2–50.
Moon, N.V., Beilin, A.L., Tupikina, A.P. "Motor function status of the colon in women during pregnancy." *Kazakhstan Healthcare*, 10(1985): 2–50.
6. Сидорова, И.С., Макаров И.О. Фетоплацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты. — М.: Знание. — 2000. — 126 с.
Sidorova, I.S., Makarov, I.O. Placental insufficiency. Clinical and diagnostic aspects. M. Znanie (2000): 126 p.
7. Сидорова, И.С. Физиология и патология родовой деятельности. — М.: МЕДпресс. — 2000. — 230 с.
Sidorova, I.S. *Physiology and pathology of labor*. M. MEDpress (2000): 230 p.
8. Фисенко, О.В., Махов, В.М., Матвеева, Е.С., Померанцев, Ю.П. К проблеме функциональных кишечных дискинезий // Тер. арх. — 1992. — С. 6–63.
Fisenko, O.V., Mahov, V.M., Matveeva, E.S., Pomerancev, Y.P. *About the problem of functional bowel dyskinesia*. Therapeutic Archives (1992): 6–63.
9. 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.
10. Шехтман, М.М., Бурдули, Г.М. Болезни органов пищеварения и крови у беременных. — М.: Триада-Х. — 1997. — 302 с.
Shechtman, M.M., Burduli, G.M. *Diseases of the digestive system and the blood of pregnant women*. M. Triada-X (1997): 302 p.
11. 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.
12. Spiller, R., Azis, C., Creed, F., Emmanuel, A. "Children on the irritable bowel syndrome: mechanism and practical management." *Gut*, 56(1) (2007): 1770–1798.
13. Iacono, G., Merolla, R., Amico, D., et al. "Gastrointestinal symptoms in infancy: a populationbased prospective study." *Dig Liver Dis*, 37(6) (2005): 432–438.
14. Heldwein, W., Sommerlatte, T., Hasford, J., Lehnert, P., Littig, G. & Miiller-Lissner, S. "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.
15. Kahi, C.J., Imperiale, T.F., Juliar, B.E., Rex, D.K. "Effect of screening colonoscopy on colorectal cancer incidence. *Clin. Gastroenterol. Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 7(2009): 770–775.
16. Leung, A.K., Lemay, J.F. "Infantile colic: a review." *J R Soc Health*, 124(4) (2004): 162–166.
17. Reid, G., Devillard, E. "Probiotics for mother and child." *J Clin Gastroenterol*, 38(2004): 94–101.

ПОРУШЕННЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ ФУНКЦІЇ ЯК НАСЛІДОК СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА**В.М. Тудай**, лікар, Львівська обласна лікарня**О.М. Мокрик**, к. мед. н., науковий співробітник 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

У даній роботі представлено результати власних досліджень функціонування фетоплацентарного комплексу на фоні синдрому подразненого кишечника у вагітних, що відображають низку патофізіологічних та функціональних порушень, які виникають внаслідок змін гормональної секреції та створюють передумови для розвитку патологічних станів фізіологічного перебігу вагітності.

До дослідження увійшли 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 нормалізувала роботу шлунково-кишкового тракту у вагітних, а також дозволила значно зменшити прояви порушень матково-плодового кровообігу та плацентометричних параметрів.

Ключові слова: вагітні, диспепсичні явища, патологія кишечника, фетоплацентарний комплекс.**НАРУШЕНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ ФУНКЦИИ КАК СЛЕДСТВИЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА****В.Н. Тудай**, врач, Львовская областная больница**А.Н. Мокрик**, к. мед. н., научный сотрудник отделения 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 представлены результаты собственных исследований функционирования фетоплацентарного комплекса на фоне синдрома раздраженного кишечника у беременных, которые отражают цепь патофизиологических и функциональных нарушений, возникающих вследствие изменений гормональной секреции и в результате создающих предпосылки для развития патологических состояний физиологического течения беременности.

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 нормализовала работу желудочно-кишечного тракта у беременных, а также позволила значительно уменьшить проявления нарушений маточно-плодового кровообращения и плацентометрических параметров.

Ключевые слова: беременные, диспепсические явления, патология кишечника, фетоплацентарный комплекс.**VIOLATION OF FETAL PLACENTA FUNCTION AS A CONSEQUENCE OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME****O.M. Tuday**, doctor, Lviv Regional Hospital**A.Y. Mokryk**, PhD, researcher at the 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**Y.V. Davydova**, MD, Head of the Obstetrical Problems of Extragenital Pathology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine

This paper presents the own research results of functioning fetoplacental complex on the backdrop of irritable bowel syndrome in pregnant women due to pathophysiological and functional disorders resulting from changes hormone secretion and as a result, create conditions for the development of pathological conditions of physiological pregnancy.

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 normalized the gastrointestinal tract function in pregnant and significantly reduced disorders of utero-fetal circulation and placenta parameters.

Keywords: pregnant women, dyspepsia, bowel pathology, fetoplacental complex.