психотерапевт, самолікування неприпустиме, оскільки може мати сумні наслідки [10].

Висновки

Причини ендогенної депресії полягають у нестачі в головному мозку так званих медіаторів центральної нервової системи, тобто речовин, які регулюють настрій: серотоніну, норадреналіну і дофаміну. Якщо організм виробляє їх занадто мало, в мозку відбувається порушення обміну біологічно активних речовин, що неминуче призводить до прояву депресивного розладу.

Як правило, описана проблема має генетичну схильність. Наявність хворих серед родичів людини значно збільшує ризик захворіти на ендогенну депресію.

Зазвичай ендогенна депресія виникає без видимих причин, внаслідок незначного стресу, зумовленого екзогенними факторами. Однак стрес при даному захворюванні не може бути першопричиною – він лише виконує роль пускового фактора хвороби і має певну роль у структурі ендогенної депресії. Також ендогенна депресія може виникнути і на тлі повного благополуччя.

Основне лікування ендогенної депресії – медикаментозне, в комплексі, як допоміжний засіб, застосовують методи психотерапії. Психотерапевтичні методи потрібні, в основному, для профілактики загострень і формування стійкості до життєвих стресів, які можуть стати провокуючим фактором для рецидивів хвороби.

Список використаної літератури

1. *Аксенов В. Г. Клинические проявления затяжной эндогенной депрессии / В. Г. Аксенов // Аффективные расстройства (диагностика, лечение, реабилитация). – Л., 1998. – С. 75–77.*
2. *Баранов П. А. Эндогенные анестетические депрессии (психопатология и терапия) : учебное пособие / П. А. Баранов. – М. : РМАПО МЗ РФ, 2000. – 27 с.*
3. *Бобров А. С. Эндогенная депрессия / А. С. Бобров – Иркутск : Папирус, 2010. – [2-е изд., доп. и перераб.] – 370 с.*
4. *Гаранян Н. Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований / Н. Г. Гаранян // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19, Вып. 1, Ч. 1. – С. 79–89.*
5. *Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение) / [А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, В. Л. Голубев, Г. М. Дюкова]. – М. : МИА, 2002. –160 с.*
6. *Евсегнеев Р. А. Распознавание и лечение депрессий в общемедицинской практике : учебно-методическое пособие / Р. А. Евсегнеев. – Минск [Б. и.], 2002. – С. 105–107.*
7. *Ковалев Ю. В. Депрессия: клинический аспект / Ю. В. Ковалев, О. Н. Золотухина. – М. : Мед. кн.; Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2001. – 141 с.*
8. *Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине : руководство для врачей. / А. Б. Смулевич. – М. : МИА, 2007. – 256 с.*
9. *Смулевич А. Б. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий / А. Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – № 4. – С. 128–132.*
10. *Хиршфельд П. А. Депрессия: хроническое пожизненное заболевание / П. А. Хиршфельд // WPA бюллетень по депрессии. – 2000. – Т.4, № 19. – С. 7–10.*
11. *Bartolomucci A. Stress and Depression. Preclinical Research and Clinical Implications / A. Bartolomucci, R. Leopardi // PLoS ONE. – 2009. – Vol. 4, J.1 – P. 42.*

РОЛЬ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В СТРУКТУРЕ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ

К.В. Аймедов

В статье рассматривается проблема роли экзогенных факторов в структуре эндогенных депрессий. Эндогенная депрессия является серьезным заболеванием, которое ограничивает социализацию человека и причиняет страдания и больному, и его близким людям. У одних людей стрессовые факторы мобилизуют душевные и физические силы, тогда как у других вызывают депрессию. Способность переносить стресс может быть обусловлена генетически. При этом данный вид болезни может появиться даже при полном благополучии или через мелкие неприятности. Главная причина развития эндогенной депрессии – дефицит определенных веществ в головном мозге, однако экзогенные факторы играют в его развитии не последнюю роль.

Ключевые слова: эндогенная депрессия, экзогенное влияние, внешние факторы, стрессоры, наследственность, лечение эндогенной депрессии.

THE ROLE OF EXOGENOUS FACTORS IN THE STRUCTURE OF ENDOGENOUS DEPRESSION

K. Aymedov

In this article considers the problem of the role of exogenous factors in the structure of endogenous depression. Endogenous depression is a serious medical condition that limits human socialization and causes suffering and patient, and his loved ones. Some people stressors mobilize mental and physical strength, while others cause depression. Ability to tolerate stress may be genetically determined. Moreover, this type of the disease can occur even in the complete well-being, or through minor troubles. The main reason for the development of endogenous depression – lack of certain substances in the brain, but exogenous factors play in its development role.

Key words: endogenous depression, exogenous influence, external factors, stressors, family history, treatment of endogenous depression.

УДК 618.3:616.34-07:616.89-008.19

В.М. Тудай, В.В. Баранова, Ю.В. Давидова

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ У ВАГІТНИХ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ
baranova-v.v@mail.ru

Ключові слова: вагітні жінки, диспепсичні явища, патологія кишечника, психологічний та емоційний стан.

У статті наведені власні спостереженя і дослідження евакуаторно-моторної дисфункції кишечника на тлі вагітності, що виникають внаслідок патофізіологічних та функціональних порушень, а також психологічних та емоційних особливостей, які у результаті, створюють передумови для розвитку патологічних станів фізіологічного перебігу вагітності. Визначено основні напрямки розвитку психологічної та медичної корекції.

Актуальність. У наш час, коли на людину, зокрема на вагітну жінку, щоденно впливають стресові та психотравмуючі ситуації, які не минають безслідно, все більшої актуальності набуваають хвороби, пов'язані з психікою. Саме психосоматичні прояви та соматизована депресія спостерігається в клініці соматичної патології. Вагітність є лакмусовим папірцем для соматичних та психологічних проблем, які турбували жінку ще до гестації, саме своєю

лабільністю та зміщенням тривоги в бік материнства. Однією з таких проблем є так званий синдром подразненого кишечника.

Термін «синдром подразненого кишечника» (СПК) використовується для позначення проявів, пов'язаних з функціональними розладами товстої кишки. Вони включають симптоми різного ступеня вираженості: абдомінальний біль, відчуття розпирання, метеоризм, діарею (проноси) і запори з їх чергуванням, наявність слизу у калі. За визначенням W.A. Thompson (1992), «синдром подразненого кишечника – функціональний розлад, при якому абдомінальний біль поєднується з порушеннями дефекації та кишкового транзиту». Синонімами СПК в літературі є такі визначення, як спастичний кишковий коліт, слизова колька, дискінезія товстого кишечника, спастичний кишковий синдром та ін. [9, 12]. Нарешті, не можна не згадати вислів В.Т. Івашкіна і А.А. Шептуліна [6]: «Дуже ймовірно, що СПК є і не патологією шлунково-кишкового тракту, і не захворюванням центральної нервової системи або психічної сфери, а швидше за все, це якийсь новий біонейропсихосоціальний стан людини, що формується в екстремальних соціальних умовах і проявляється гіперсприйняттям і гіперреактивностю організму.

Синдром подразненого кишечника у більшості випадків є своєрідною формою неврозу, при якому основними клінічними симптомами є кишкові розлади, тобто це психосоматичне захворювання, в основі якого лежить розлад нервової регуляції моторики тонкої та товстої кишок. Також одну з важливих ролей у розвитку СПК відводять особливостям психологічної та емоційної сфери людини, до яких належать істеричні, агресивні реакції, депресія, різні фобічні стани. Депресію та інші невротичні реакції відзначають приблизно у 80% таких хворих, тобто наявний міцний функціональний зв'язок між центральною нервовою системою та шлунково-кишковим трактом (ШКТ). В умовах стресу ендогенні опіоїди та катехоламіни діють на секреторно-моторні функції ШКТ [1, 5].

У патогенезі СПК відіграють роль зміни характеру харчового раціону (зниження вмісту харчових волокон), ендогенні розлади, лікарські засоби, які широко і безконтрольно вживаються чи призначаються для лікування симтоматики, що супроводжує інші захворювання, особливо при використанні міогенних спазмолітинів для лікування загрози переривання вагітності. Необхідно враховувати суттєві індивідуальні відмінності їх ефективності, відсутність селективності ефектів (діють практично на всю гладку мускулатуру, включаючи сечостатеву систему, кровоносні судини тощо), призводять до розвитку гіпомоторної дискінезії і гіпотонії сфінктерного апарату травного тракту, особливо при тривалому застосуванні. Таким чином, СПК слід вважати поліетіологічним захворюванням. У кожного пацієнта можна виявити який-небудь провідний компонент, що спричинив СПК, а особливо на тлі вагітності [3, 11, 14].

Хворіють на СПК частіше особи молодого віку, причому жінки удвічі частіше, ніж чоловіки, а особливо даний стан виникає у вагітних. Хворі скаржаться на слабість, знижений апетит, дратівливість та ін. Найхарактернішими ознаками захворювання є порушення дефекації, біль у нижніх відділах живота та метеоризм, що викликають неабияке занепокоєння у майбутніх мам [10, 12]. Значне поширення цього захворювання під час вагітності обумовлене фізіологічними зрушеннями у системі травлення і її регуляції у гестаційному періоді.

Захворювання характерне для пацієнтів молодого віку. Прояви СПК поділяють на фізіологічні (на рівні соми) та психологічні (на рівні емоційного стану). Фізіологічні включають біль внизу живота, нудоту, метеоризм, зниження апетиту, частий головний біль, часте сечовипускання, часте незначне підвищення температури тіла. Психологічні симптоми: порушення сну, емоційна лабільність, швидка втомлюваність, дратівливість, агресивність, знижений фон настрою.

На фоні вагітності порушення роботи шлунково-кишкового тракту обумовлено, в першу чергу, високим рівнем прогестерону, що впливає на всю гладку мускулатуру організму і сприяє її розслабленню, у тому числі й на кишечник. У другій половині вагітності до цього також приєднується фізіологічне порушення внаслідок здавлення та зміщення його маткою, що росте. При цьому виникає венозний застій в судинах малого таза, що частково порушує кровотік і, відповідно, впливає на функцію кишечника. Виникають утруднення евакуаторно-моторної здатності організму: перистальтика стає млявою, посилюються процеси бродіння і метеоризму, виникають запори [2, 13].

Під час вагітності особливе місце займає стан ШКТ, оскільки змінюється характер харчування, що впливає на доставку поживних речовин до плода.

Діяльність кишечника регулюється центральною і вегетативною нервовою системами. Активними агентами нейрогуморальної регуляції, що впливають на секреторну та рухову функції, є серотонін, ацетилхолін та гістамін.

Моторна функція шлунково-кишкового тракту визначається активністю гладком'язових клітин, що знаходиться в прямо пропорційній залежності від концентрації цитозольного Ca^{2+}. Іони кальцію, активуючи внутрішньоклітинні біоенергетичні процеси (фосфорилювання білків, перетворення АТФ в цАМФ та ін.), сприяють з'єднанню ниток актину і міозину, що забезпечує скорочення м'язового волокна. Однією з умов, необхідних для скорочення м'язового волокна, є висока активність фосфодіестерази, яка бере участь у розщепленні цАМФ та забезпеченні енергією процесів з'єднання актину з міозином [6].

У регуляції моторики шлунково-кишкового тракту істотну роль грає серотонін. Виділяють кілька підтипів серотонінових рецепторів (5-МТ1-4), однак найбільш вивчені 5-МТ3 і 5-МТ4. Зв'язування серотоніну з 5-МТ3 сприяє розслабленню, а з 5-МТ4 – скороченню м'язового волокна [4, 8].

Механізм моторних порушень може бути представлений таким чином: порушення взаємин центральної регуляції з ентеральною нервовою регуляцією → підвищена збудливість і скорочувальна активність кишкової мускулатури → прискорений пасаж кишкового хімусу → порушення розщеплення вуглеводів → мікробне зброджування вуглеводів → розвиток дисбактеріозу → посилення бродильних процесів → скупчення органічних кислот і осмотично активних речовин → подразнення

кишкової стінки → збільшення обсягу вмісту → подразнення кишкової стінки → надмірне газоутворення → збільшення обсягу вмісту → розтягнення стінки кишки → посилення перистальтики (гіперкінезія кишки) → діарея → чергування з запором внаслідок періодичної дисрегуляторної гіпокінетичної дискінезії кишечника [7, 14].

Надлишкове газоутворення підвищує внутрішньопорожнинний тиск у товстому кишечнику, що стає додатковим фактором подразнення барорецепторів кишкової стінки та призводить до посилення впливу перезбудженого кишечника на вагітну матку. Все це призводить до підвищення базальної і постпрандіальної біоелектричної активності товстого кишечника і, як наслідок, сприяє формуванню моторної і тонусної дисфункції [2, 11].

У вагітних, внаслідок підвищення порогу збудливості рецепторів до біологічно активних речовин, виникає ослаблення автоматичної ритмічної діяльності кишечника. Активізується його діяльність простагландинами, що впливають на тонус гладкої мускулатури. Однак під час вагітності він стає толерантним до звичайних фізіологічних подразників. Це біологічно виправдано, так як при наявності загальної з маткою іннервації будь-яке надмірне підвищення перистальтики кишечника збудило б скоротливу діяльність матки, викликавши загрозу переривання вагітності. Прогестерон, що має розслаблювальну дію на глаковом'язову тканину, відповідає за зниження тонусу гладких м'язів кишечника, а під час вагітності його секреція збільшується. Н.В. Мун і співавт. за допомогою електроколографії встановили, що під час вагітності виникає зниження моторної функції товстого кишечника, яка клінічно виражається запорами і метеоризмом [4, 14].

Матеріали і методи дослідження

Під нашим спостереженням у відділенні акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «ІПАГ НАМН України» перебували 107 вагітних жінок на різних етапах гестації. Основні скарги: біль внизу живота різної інтенсивності, диспепсичні розлади у вигляді нудоти, діареї або запору, зниження апетиту. **Вік пацієнток становив** від 18 до 42 років. Було виділено дві групи пацієнток – основна та контрольна. В основну групу увійшло 57 вагітних, яким було запропоновано лікування, що включало в себе:

- дотримання дієти (вживання рідини до 2 л на добу, супів, овочів, кисломолочних та рослинних продуктів);
- мукофальк 4 рази на добу впродовж 20 днів (безпосередньо перед вживанням вміст 1 пакетика розвести 150 мл води кімнатної температури);
- лактожиналь 1 раз на добу впродовж 14 діб;
- седативний препарат рослинного походження.

Контрольну групу склали 50 жінок, яким призначалася дієта, симтоматична і зберігаюча вагітність терапія.

При надходженні в стаціонар всім включеним у дослідження було проведено комплексне обстеження, яке передбачало оцінку їх клінічного стану: збір анамнезу, скарг, зовнішнього і огляду в дзеркалах; кольпоскопії, бактеріального посіву виділень, кольпоцитологічне, бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження вагінальних виділень, УЗД.

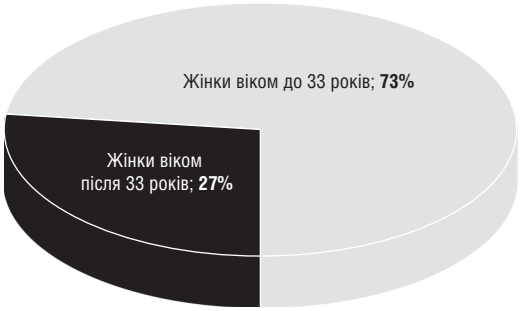
Також жінкам основної групи було запропоновано методики психологічної релаксації, що включали комплекс дихальних вправ, медитативні методики, арт-терапію, елементи раціональної та позитивної психотерапії.

Контроль лікування проводили кожні 10 днів від початку лікування.

Отримані цифрові дані обробляли методом варіаційної статистики за допомогою програми Microsoft Excel із застосуванням парного критерію Стюдента.

Результати та їх обговорення

Досліджувані групи були подібні за віком, соматичним та гінекологічним анамнезом. Середній вік обстежених жінок був (33±5,5) років.



Графік вікового розподілу вагітних жінок

Всі жінки, що увійшли до груп дослідження були на різних термінах гестації і розподілялися наступним чином: I триместр – 9 жінок основної групи і 10 жінок – контрольної групи; II триместр – 33 вагітних основної групи, 29 – конрольної групи; III триместр – 24 вагітних основної групи, 21 – конрольної групи.

Графік розподілу вагітних жінок згідно з терміном гестації

Усі вагітні, яких ми спостерігали, скаржилися на виникнення внизу живота болю ниючого чи спастичного характеру, який супроводжувався дискомфортом (табл. 1) .

Таблиця 1. Основні симптоми, які турбували жінок

Симптом	Основна група		Контрольна група	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Запори	39	68,42	32	64
Здуття живота	23	40,3	27	54
Нудота	41	71,9	39	78
Гіркота у роті	38	66,6	27	54
Відрижка	36	63,1	29	58
Утруднення відходження газів	11	19,2	7	14

Всі вищеперераховані прояви жінки контрольної групи розцінювали, як загрозу переривання вагітності,

їм призначали зберігаючу терапію, яка включала в себе спазмолітики.

Після призначеного лікування отримано наступні результати: біль та дискомфорт у животі через 10 днів від початку лікування залишилися у 3 (5,26%) жінок основної групи, а в подальшому ці прояви не виникали зовсім, чого не було у вагітних контрольної групи – через 10 днів картина не змінилася, через 20 днів лише 1 (2%) жінка відмітила відсутність даного симптому і в подальшому, а у решти жінок симптоматика відновлювалася після припинення зберігаючої терапії.

Тривалість запорів у жінок основної групи під час прийому запропонованої нами терапії змінювалася і після 15–20 дня лікування випорожнення набувало регулярного фізіологічного характеру та в подальшому не порушувалося, і лише у 3 (5,26%) жінок нормалізації випорожнень вдалося домогтися на 30 день терапії. У жінок контрольної групи запори на тлі зберігаючої терапії посилювалися і вже через 10 днів від початку лікування почали змінюватися проносами, які, в свою чергу, змінювалися запорами, що викликало появу болю та дискомфорту, а також підсилювало тривогу даного контингенту вагітних.

Скарги на здуття живота через 7–10 днів залишалися у 9 (15,79%) жінок основної групи, що взагалі перестало їх турбувати уже через 15 днів від початку терапії, в контрольній групі ці скарги у вагітних не припинялися, а лише періодично зникали, а після 3-тижневого лікування все ж залишилися у 11 жінок, що становить 22%.

Нудота в основній групі значно знизилася на 5 день лікування, а в 19 пацієнток (33,33%) зникла взагалі, у решти жінок її прояви припинилися через 20 днів терапії, в контрольній групі – через 10 днів зникла у 3 (6%), через 20 днів ще у 9 (18%), у решти обстежуваних перідично минала, але при відміні середників виникала знову хоча і з меншою інтенсивністю, чого не відмічалося після припинення запропонованої нами терапії.

Гіркота в роті та відрижка в основній групі купірувалася до першого котролю у всіх жінок, у контрольній же групі ця симптоматика зберігалася у 18 (36%) пацієнток і після останнього контрольного огляду, у решти вагітних цієї групи при найменшій погрішності у дієті симптоми з'являлися знову.

Утруднення відходження газів нівелювалося у всіх жінок основної групи до першого контрольного огляду, в контрольній групі ці скарги не полишали вагітних, а лише періодично зникали, а після 3-тижневого лікування залишилися у 11 жінок, що становить 22%.

Чітко також простежувалося зниження рівня серотоніну в крові досліджуваних до лікування та значне підвищення його рівня після прийому запропонованого нами лікування у вагітних основної групи, чого не було в контрольній групі (табл. 2).

Таблиця 2. Рівень серотоніну в крові до та після лікування

Рівень серотоніну (N=40-80 мкг/л)	Основна група (n=57)	Контрольна група (n=50)
До лікування (мкг/л)	29±14,3	31±12,4
Після лікування (мкг/л)	52,5±15,7	36,9±14,3

Під час обстеження досліджуваних жінок нашу увагу привернула їх психоемоційна сфера. Жінки часто скаржилися на появу відчуття тривоги, сльозливість, головний біль, порушення сну та апатію, що значно знизило якість життя, призводить до субдепресивних, депресивних та іпохондричних станів. Наявність різнобічних непостійних скарг, що змінюють одна одну, пов'язана з проявами так званої соматизованої депресії.

Депресія виникає в результаті того, що серотонін просто не може дістатися до рецепторів і виконувати свої функції. Клітини мозку не регенеруються на належному рівні, і виникає відчуття підвищеної тривожності, дискомфорту, гніву, з'являються незрозуміле занепокоєння і паніка без видимих причин (панічні атаки). Часто в такі моменти жінки тягнуться до солодкого, адже швидке підвищення рівня цукру в крові дає миттєве почуття задоволення. Звідси випливає зв'язок депресії і компульсивного переїдання та посилення перерозтягнення кишечника, яке, в свою чергу, підсилює зниження рівня серотоніну в крові вагітних внаслідок порушень евакуаторно-моторної фукції ШКТ, а також поглиблює прояви СПК.

Для оцінки психологічного та емоційного стану використовували наступні методики: опитувальник Бека, тест визначення тривожності Спілбергера–Ханіна, психологічне інтерв'ю та спостереження за пацієнтками.

Опитувальник депресії Бека складається з 21 запитання та не потребує надмірних затрат часу. Оцінка проводиться на основі 3 шкал: загальний бал, когнітивно-афективні та соматичні прояви депресії.

Оцінка проводиться за сукупністю балів: 0–9 – відсутність депресивних симптомів; 10–15 – легка депресія (субдепресія); 16–19 – помірна депресія; 20–29 – виражена депресія (средньої тяжкості); 30–63 – тяжка депресія. Градуально оцінюється вираженість 21 симптому депресії: пункти 1–13 – когнітивно-афективна субшкала (C–A); пункти 14–21 – субшкала соматичних проявів депресії (S–P).

Ми визначили, що до призначення лікування жінки наших груп коливалися в межах помірної та вираженої депресії, ця симтоматика знижувалася прямо пропорційно до зниження вираженості симптомів СПК, що відображено на рисунку 1.

Внаслідок запропонованого нами лікування відбувалася ліквідація симптомів порушень з боку ШКТ, що забезпечувало нівелювання СПК та не лише приводило до покращення клінічної картини, але й забезпечувало покращення психоемоційного стану жінок основної групи.

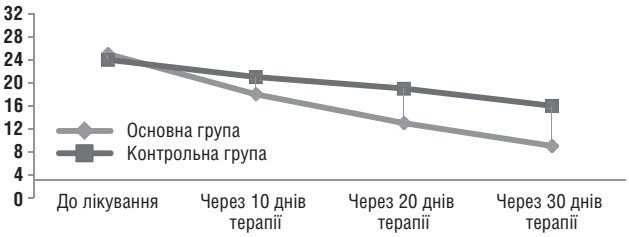


Рис. 1. Ступені вираженості депресивності в обстежуваних жінок

Під час психологічного інтерв'ю та спостереження виявлено інші симптоми емоційної складової СПК (табл. 3).

Таблиця 3. Емоційні розлади у жінок з синдромом подразненого кишечника

№	Симптом	Всі досліджувані	
		Абс. число	%
1	Астенічний симптом	68	63,5
2	Порушення сну	73	68,2
3	Дратівливість	84	78,5
4	Плаксивість	63	58,8

При використанні опитувальника для визначення тривожності спостерігали деяке небажання жінок заповнювати анкету, тобто на перше місце виступала нетерпимість та механізм психологічного захисту. Результати визначення рівня тривожності наведено у таблиці 4.

Таблиця 4. Рівень тривожності у жінок з синдромом подразненого кишечника (в балах)

	Вся когорта жінок		
	Бали	Абс. число	%
Особистісна тривожність	До 30 (низька)	16	14,9
	31–40 (помірна)	58	54,2
	45 і більше (висока)	33	30,8
Реактивна тривожність	До 30 (низька)	12	11,2
	31–40 (помірна)	46	42,9
	45 і більше (висока)	49	45,7

Як видно з даних таблиці 4, у вагітних із СПК підвищений рівень реактивної тривожності, тобто тривожності, яка виникає при попаданні в стресову ситуацію та характеризується суб'єктивним дискомфортом, вегетативними проявами та напруженістю, що може підсилювати або провокувати прояви СПК.

Під час контрольного обстеження жінок відмічалася позитивна динаміка зниження рівня тривожності у жінок основної групи.

Можна стверджувати, що психоемоційний стан вагітних жінок прямо пропорційно залежить від вираженості проявів СПК, які підсилюються тривогою за майбутнє потомство.

Висновки

Все вищевикладене дозволяє стверджувати необхідність комплексного підходу до лікування вагітних, які страждають порушеннями з боку ШКТ. Підхід до лікування має бути комплексним та всебічним, оскільки СПК є і клінічним, і психологічним захворюванням. Відмічено достовірне покращення психологічного та емоційного стану вагітних (поліпшення сну, підвищення фону настрою, зниження тривоги тощо), пропорційно з покращенням їх фізичного стану.

Купірування СПК у вагітних жінок займає важливе місце в практичному акушерстві. Отримані результати показали високу ефективність запропонованої нами комплексної терапії у жінок із диспепсичними явищами, яка забезпечує не лише усунення клінічної картини, але й психоемоційну стабільність, яка, в свою чергу, впливає на евакуаторно-моторну роботу кишечника.

Слід чітко розмежовувати виникнення загрози переривання вагітності та симптоматику, що маскується під загрозу переривання вагітності, яка на тлі призначення спазмолітичної та зберігаючої терапії не лише провокує її виникнення, але й створює умови для ще більшого пригнічення функціонування ШКТ.

Препарати, запропоновані нами для лікування СПК, можна застосовувати під час вагітності у всіх триместрах вагітності.

Зручність використання, безпечність та хороша переносимість забезпечують високу комплаєнтність хворих та дозволяють нормалізувати роботу ШКТ, не лише покращити загальний стан жінки, знімаючи загрозу переривання вагітності, а й запобігти розвитку депресії.

Список використаної літератури

1. *Баранская Е. К. Боль в животе: клинический подход к больному и алгоритм лечения. Место спазмолитической терапии в лечении абдоминальной боли / Е. К. Баранская // Фарматека. – 2005. – № 14. – С. 1–8.*
2. *Бельмер С. В. Метеоризм: проблема, причины, устранение / С. В. Бельмер // Чаша здоровья. – 2005. – № 1 (9). – С. 5–7.*
3. *Вегетативные расстройства. [Руководство для врачей]. / под ред. проф. А. М. Вейна. – М., 1998. – 234 с.*
4. *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.*
5. *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.*
6. *Ивашкин В. Т. Избранные лекции по гастроэнтерологии / В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин – М. : Медпресс, 2001. – 82 с.*
7. *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. – 250 с.*
8. *Сидорова И. С. Физиология и патология родовой деятельности / И. С. Сидорова. – М. : МЕДпресс, 2000. – 230 с.*
9. *Шептулин А. А. Синдром раздраженного кишечника / А. А. Шептулин // Рус. мед. журн. – 1977. – № 5 (22). – С. 5–12.*
10. *Шехтман М. М. Болезни органов пищеварения и крови у беременных / М. М. Шехтман, Г. М. Бурдули. – М. : Триада-Х, 1997.*
11. *Clinical Gastroenterology and Hepatology / C. J. Kahi, T. F. Imperiale, B. E. Juliar, D. K. Rex – 2009. – Vol. 7. – P. 770–775.*
12. *Evaluation of the usefulness of dimethicone and/or senna extract in improving the visualization of abdominal organs / W. Heldwein, T. Sommerlatte, J. Hasford [et al.] // Journal of Clinical Ultrasound. – 2000. – Vol. 15. – P. 8–455.*
13. *Leung A. K. Infantile colic: a review / A. K. Leung, J. F. Lemay // JR. Soc. Health. – 2004. – Vol. 124 (4). – P. 162–166.*
14. *Nyrop K. A. Costs of health care for irritable bowel syndrome, chronic constipation, functional diarrhea and functional abdominal pain / K. A. Nyrop, O. S. Pallsson, R. L. Levy // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2007. – Vol. 26, № 2. – P. 237–242.*

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

В.Н. Тудай, В.В. Баранова, Ю.В. Давыдова

В статье приведены собственные наблюдения и исследования эвакуаторно-моторной дисфункции кишечника на фоне беременности, возникающей вследствие патофизиологических и функциональных нарушений, а также физиологических и психологических особенностей, которые впоследствии создают предпосылки для развития патологических состояний физиологического течения беременности. Определены основные направления развития психологической и медицинской коррекции.

Ключевые слова: беременные женщины, диспепсические явления, патология кишечника, психологические и эмоциональные особенности.

PECULIARITIES EMOTIONAL STATE AND CLINICAL MANIFESTATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

V. Tuday, V. Baranova, Iu. Davydova

This article presents data evacuation-motor dysfunction of the intestine on a background of pregnancy that occur due to pathophysiological and functional disorders, as well as physiological and psychological characteristics, which subsequently create the preconditions for the development of pathological conditions of physiological pregnancy based on their own observations and research. The main directions of development of psychological and medical correction.

Key words: pregnant women, dyspepsia, bowel pathology, psychological and emotional peculiarities.