UDC 618.3-06-84: 616.33-002.02
DOI: 10.32345/USMYJ.1(115).2020.53-62

Жеребак Надія

Асистент кафедри акушерства і гінекології №2, НМУ імені О.О. Богомольця, Україна

Гнатко Олена

Д мед.н., професор, завідувач кафедри акушерства і гінекології №2,
НМУ імені О.О. Богомольця, Україна

ПЕРЕБІГ ЗАГРОЗИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ ХРОНІЧНИХ ГАСТРИТІВ

Анотація. Переривання вагітності – одна з важливих медико-соціальних проблем в усьому світі. Функціонально-морфологічні зміни в статевій сфері, які супроводжують нормальний ріст і розвиток плода при фізіологічній вагітності обумовлюють в різній мірі участь інших органів і систем материнського організму, сприяють зміні процесів обміну і підтримці гомеостазу в нових умовах для збереження вагітності. Розлади моторики шлунково-кишкового тракту можуть бути провідним патогенетичним чинником, що сприяє розвитку багатьох поширених гастроентерологічних розладів. Під час вагітності відзначається зниження перистальтичної активності кишечника, що може відігравати патогенетичну роль при вагітності як чинника, що призводить до зниження моторно-евакуаторної функції кишечника і, в свою чергу, здійснювати негативний вплив на перебіг вагітності. Метою дослідження було визначення особливостей клінічного перебігу загрози переривання в ранні терміни гестації у жінок з різними типами хронічних гастритів для оптимізації тактики ведення вагітності. Обстежено 67 вагітних із загрозою переривання в терміні 8-12 тижнів гестації, які становили 2 групи: 1 група- 35(52,2%) жінок з хронічними гастритами та 2 група – 32(47,8%) пацієнтки, які не мали гастритів. На початок вагітності всі жінки з хронічними гастритами були в стадії ремісії. Для визначення ролі моторно-евакуаторної функції ШКТ у розвитку загрози переривання у вагітних з гастритами проведена порівняльна оцінка частоти і виразності проявів даного ускладнення в ранні терміни за провідними клінічними ознаками: больовий синдром, кров'яністі виділення, наявність ретрохоріальної гематоми в поєднанні з основними гастроентерологічними проявами (блювання, закрепи) моторно-евакуаторної функції ШКТ при різних типах гастритів. Підтвердження типу гастриту проводилося за визначенням рівня базальної секреції гастрину 17 (G-17) в сироватці крові на тлі стимулюючого тесту. Результати оброблені методами математичного і статистичного аналізу з визначенням середніх величин ($M \pm m$), критерія Ст'юдента та показника достовірності (статистично достовірними вважали різницю $p < 0,05$).

Результати. Всі обстежені жінки знаходились в репродуктивному віці, середній вік вагітних в групах не мав статистичної різниці. Аналіз частоти клінічних проявів загрози переривання показав, що серед пацієнток 1 групи 35(100%) мали больову симптоматику, 30(85,7%) – кров'яністі виділення та 10(28,6%) – ретрохоріальну гематому, в 2 групі – відповідно: 32(100%), 12(37,5%), 5(15,6%). Оцінка інтенсивності симптомів загрози переривання показала, що найчастіше відмічався помірний рівень болю при всіх типах гастритів Слабка інтенсивність мала місце при нормаацидному стані у жінок як 1 групи (11,4%), так і 2 групи (9,4%). Сильний за інтенсивністю біль відмічали 2,9% вагітних 1 групи з гіперацидним станом та 3,1% жінок 2 групи з гіпоацидним станом. Аналіз характеру та інтенсивності кров'янистих виділень показав, що у жінок 1 групи при всіх типах гастритів були мажучі виділення: при гіперацидному типі у 11,4%, нормаацидному – 20,0% та гіпоацидному типі – у 11,4%. У жінок 2 групи мажучі виділення відмічені в 9,4% пацієнток з нормаацидним станом. Наявність помірних кров'янистих

виділень була значно високою (в 7,4 рази вище) при гіперацидному стані у вагітних 1 групи в порівнянні з 2 групою. Ретрохоріальні гематоми реєструвались у вагітних 1 групи і становили 14,3% у пацієнток з гіперацидним типом, 5,7% - при нормаацидному типі і 8,6% - при гіпоацидному типі. Наявність ретрохоріальних гематом в 2,5 рази була вищою при гіперацидному гастриті в порівнянні з жінками з нормаацидним та в 1,7 рази вищою в порівнянні з гіпоацидним гастритом. Оцінка частоти поєднаних клінічних проявів функціональних захворювань ШКТ у вагітних із загрозою переривання вагітності показала, що прояви тільки загрози переривання спостерігались у 65,6% вагітних без гастритів, серед вагітних з гастритами їх відсоток становив лише 5,7%. Різні варіанти поєднаних клінічних проявів функціональних розладів ШКТ і загрози переривання суттєво переважали у жінок з хронічними гастритами: загроза переривання і блювання вагітних в 3 рази, загроза, блювання і закрепи – в 4,3 рази, загроза переривання і закрепи – в 1,6 рази. Найчастіше відмічено поєднання загрози переривання і блювоти вагітних при гіперацидному стані у жінок 1 групи (в 2,7 разів частіше ніж у жінок 2 групи). Варіант співвідношення загрози переривання, блювання вагітних та закрів при гіперацидному стані в 3,6 разів частіше зустрічався серед жінок 1 групи, ніж 2 групи. Варіант загрози переривання із закрепами реєструвався у 17,1% жінок 1 групи при гіперацидному стані, що було в 2,7 разів частіше, ніж у жінок 2 групи. Найчастіше клінічні прояви загрози переривання і функціональні розлади ШКТ проявлялись в вагітних з хронічними гастритами при гіперацидному стані.

Висновки. В клінічному перебігу загрози переривання вагітності важливу роль відіграє дисфункція моторно-евакуаторної діяльності ШКТ в залежності від типу хронічного гастриту, опосередкованого різною кислотоутворюючою функцією шлунку, що свідчить про необхідність оптимізації лікувальної тактики загрози переривання у вагітних з різними типами гастритів.

Ключові слова: вагітність, загроза переривання, хронічні гастрити, типи гастритів.

Вступ: Етіологія переривання вагітності на ранніх термінах різноманітна (Вовк та ін., 2012) Механізми, що зумовлюють розвиток патології в кожному окремому випадку до теперішнього часу продовжують вивчатись. Ранні терміни вагітності є найбільш значущими, оскільки в цей період відбувається ембріогенез, плацентация, формування взаємин між матириносим і плодовим організмом. Загроза переривання вагітності в I триместрі часто ускладнює нормальний перебіг цих процесів і може обумовити виникнення таких патологічних станів як втрата вагітності, плацентарна недостатність, порушення розвитку плода (Радзинский та ін., 2016)

Переривання вагітності - одне з найбільш частих і серйозних ускладнень, які реєструються в 30% біохімічно підтверджених вагітностей та 11-20% клінічно визначених. Дана проблема - найважливіша медико-соціальна проблема і знаходиться під постійною увагою науковців (Вовк та ін., 2012,). На I триместр вагітності (до 13 тижнів) припадає до 85% викиднів, решта 15% - на другий триместр. (Радзинский та ін., 2016; Xiang та ін., 2014)

При фізіологічній вагітності функціонально-морфологічні зміни в організмі жінки покликані забезпечити нормальний ріст та розвиток плода, обумовлюють в різній мірі участь інших органів і систем материнського організму, сприяють зміні процесів обміну і підтримці гомеостазу в нових умовах для збереження вагітності (Ferstl та ін., 2016). В різній мірі до цього процесу залучаються всі без винятку органи і системи організму, перебудовуються процеси обміну з метою підтримки гомеостазу в нових умовах для збереження вагітності, забезпечення розвитку плода (Body та ін., 2016). На тлі цих процесів дискоординація функцій якогось одного органу може з'явитися пусковим фактором патологічного перебігу вагітності, розвитку ускладнень під час пологів і в післяпологовому періоді (Кирющенков, 2014).

Відомо, що під час вагітності відзначається зниження пенистальтичної активності кишечника, що супроводжується уповільненням пасажу хімусу та його накопичення в просвіті травного тракту. Вплив вагітності на травний канал зводиться до зменшення перистальтики кишечника внаслідок зниження чутливо-

сті хеморецепторів кишечника до серотоніну, гістаміну, зменшення тонуусу гладких м'язів кишечника на тлі дії гормонів гестації (London та ін., 2017).

Слід зазначити, що рецептори до статевих гормонів (естрогену, прогестерону), є не тільки в матці і придатках, а й в більшості органів, що не мають прямого відношення до статевої сфери. Шлунково-кишковий тракт також має ці рецептори, які під час вагітності впливають на зміну його функціонального стану (Shin та ін., 2015).

Більшість захворювань травного тракту так чи інакше перебігає з порушеннями моторної функції стравоходу, шлунка, тонкої або товстої кишок. Рухові розлади провокують застій, ретроградний пасаж вмісту, що включає агресивні для верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) компоненти, і можуть формувати основні симптоми захворювання

Ті чи інші розлади моторики шлунково-кишкового тракту можуть виступати провідним патогенетичним чинником, що сприяє розвитку багатьох поширених гастроентерологічних захворювань (Gharehbaghi та ін., 2016)

У більшості пацієнтів із захворюваннями органів травлення є симптоми, які свідчать про порушення моторно-евакуаторної функції шлунку і дванадцятипалої кишки, які грають суттєву роль в генезі багатьох захворювань і здатні виступати як в ролі провідного патогенетичного фактора, так і у вигляді супутніх порушень, які можуть посилювати дію інших агресивних чинників (Body та ін., 2016).

Моторно-евакуаторні розлади провокують застій, ретроградний пасаж вмісту, що включає агресивні для верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) компоненти, і можуть формувати основні симптоми захворювання.

Констипації при вагітності (гестаційні запори) не тільки погіршують якість життя, але і можуть створити реальну загрозу здоров'ю матері і майбутньої дитини. Тривалий стаз в товстій кишці призводить до ряду розладів. Зокрема, це активація умовно-патогенної мікрофлори, транслокація мікробів і їх токсинів через кишкову стінку, що як мінімум є фак-

тором ризику, а в ряді випадків і безпосередньою причиною ускладнень вагітності, пологів і післяпологового періоду (Rocha та ін., 2014). Перебіг вагітності на тлі стази в товстій кишці часто ускладнюється загрозою переривання.

Відповідно, дослідження, спрямовані на вивчення патогенетичних особливостей розвитку порушень моторно-евакуаторної функції кишечника, обумовлених вагітністю, є актуальними і своєчасними.

Мета дослідження: визначити особливості клінічного перебігу загрози переривання в ранні терміни гестації у жінок з різними типами хронічних гастритів.

Матеріал і методи дослідження.

Обстежено 67 вагітних із загрозою переривання в терміни 8-12 тижнів гестації, які становили 2 групи: 1 група - 35(52,2%) жінок з хронічними гастритами та 2 група – 32(47,8%) пацієнтки, які не мали гастритів.

На початок вагітності всі жінки з хронічними гастритами були в стадії ремісії. Діагноз гастриту був підтверджений до вагітності. Тривалість захворювання у жінок 1 групи становила від 1,5 до 3 років.

Критеріями включення в дослідження були: наявність проявів загрози переривання вагітності, відсутність тяжкої екстрагенітальної та ендокринної патології, аномалій розвитку та гострих запальних захворювань статевих органів, одноплідна вагітність.

Критеріями невключення були: тяжка екстрагенітальна та ендокринна патологія, аномалії розвитку та гострі запальні захворювання статевих органів, звичне невиношування, багатоплідна вагітність.

Всі пацієнтки були обстежені відповідно до Протоколу МОЗ України щодо спостереження за вагітними.

Для порівняльної оцінки частоти і виразності проявів загрози переривання вагітності в ранні терміни були визначені провідні клінічні ознаки даного ускладнення: наявність больового синдрому (нижні відділи живота), кров'янисті виділення, наявність ретрохоріальної гематоми.

Для оцінки виразності больового синдрому була розроблена шкала, значення якої ви-

значались в оцінках: 0 – немає болю, 1-слабкий біль, 2-помірний біль, 3-сильний біль.

Кількість і характер кров'янистих виділень оцінювали як М-мажучі, П-помірні, Р-рясні. Ретрохоріальні гематоми оцінювали за їх наявність.

Підтвердження типу гастриту проводилося за визначенням рівня базальної секреції гастрину 17 (G-17) в сироватці крові на тлі стимулюючого тесту, який дозволяє визначити наявність і ступінь тяжкості атрофії слизової оболонки антрального відділу шлунка. Низький рівень (G-17 <1 pmol/l) є індикатором високого викиду соляної кислоти та як правило наявності інфікування *Helicobacter pylori*, характеризується гіперацидним станом, який в свою чергу приводить до порушення моторики шлунково-кишкового тракту. Високий рівень (G-17 >5 pmol/l) свідчить про зниження кислотності шлунка, характеризується гіпоацидним станом.

Нормальна кислотність рівень гастрину (G-17 1-5 pmol/l).

Отримані результати оброблені методами математичного і статистичного аналізу з визначенням середніх величин ($M \pm m$), критерія Стюдента та показника достовірності (статистично достовірними вважали різницю $p < 0,05$).

Результати дослідження. Всі обстежені жінки знаходились в репродуктивному віці, середній вік вагітних в групах не мав суттєвої різниці ($p > 0,05$). Але оцінюючи вікові градації вагітних в групах (табл.1) слід відзначити, що в 1 групі переважали жінки більш старшого віку (від 30 років і більше)

Таблиця 1. Розподіл обстежених вагітних за віковими градаціями (абс., %)

Вік вагітних, роки	Групи вагітних з загрозою переривання				Рівень значимості, р
	1 група, n=35		2 група, n=32		
	абс.	%	абс	%	
19 - 25	7	20,0	8	25,6	< 0,01
26 - 30	6	17,1	8	25,6	
31 - 35	13	37,1	9	28,1	
> 35	9	25,7	7	21,8	

Серед жінок 1 групи вагітних вперше було 13(37,1%), повторно вагітних - 22(62,9%). В 2 групі ці показники практично не відрізнялись за відсотком і становили відповідно 12(37,5%) і 20(62,5%).

Оцінюючи розподіл вагітних обох груп за віковими градаціями та паритетом слід відзначити, що в 1 групі більшість жінок була повторнонароджуючими і більш старшого віку (градації 31-35 років). В 2 групі теж переважали повторнонароджуючі, але молодшого віку (градації 26-30 років).

Таблиця 2. Розподіл обстежених вагітних за віковими градаціями і паритетом (абс., %)

Вік вагітних	Групи вагітних (загроза переривання вагітності)							
	1 група, n=35				2 група, n=32			
	першовагітні		повторнонавагітні		першовагітні		повторнонавагітні	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
19 - 25	5	14,2	2	5,7	6	18,7	2	6,2
26 - 30	3	8,5	3	8,5	3	9,3	8	25
31 - 35	2	5,7	11	31,4	2	6,2	6	18,7
> 35	3	8,5	6	17,1	1	3,1	4	12,5

Враховуючи основні клінічні прояви загрози переривання вагітності була проаналізована їх частота у пацієнток обох груп. Результати аналізу частоти клінічних проявів загрози переривання у вагітних 1 та 2 групи представлені в таблиці 3.

Таблиця 3. Частота клінічних проявів загрози переривання серед обстежених вагітних (абс.,%)

Групи вагітних	Кількість вагітних	Клінічні прояви		
		Больова симптоматика	Кров'яністі виділення	Ретрохоріальна гематома
1 група	35	35 (100%)	30 (85,7%)	10 (28,6%)
2 група	32	32 (100%)	12 (37,5%)	5 (15,6%)

Як свідчать отримані дані, в обох групах всі жінки (по 100%) мали больову симптоматику, що може підтверджувати ознаку як одну з провідних при загрозі переривання.

Порівнюючи частоту наявності кров'янистих виділень у вагітних обох груп виявлено, що дана ознака більш ніж вдвічі частіше мала місце у вагітних 1 групи в порівнянні з 2 групою.

Наявність ретрохоріальної гематоми серед пацієнток 1 групи реєструвалась в 2 рази частіше ніж у вагітних 2 групи.

Представляло клінічний інтерес вивчення не тільки наявності, але й виразності симптомів загрози переривання вагітності при різних типах хронічних гастритів.

За оцінкою інтенсивності болю було визначено, що при всіх типах гастритів найчастіше відмічався помірний за інтенсивністю біль (табл.4). Слід відмітити, що в групі вагітних без хронічних гастритів при різних станах кислотності шлункового вмісту загроза переривання вагітності теж супроводжувалась переважно болем помірної інтенсивності. Слабка інтенсивність мала місце при нормоацидному стані у жінок як 1, так і 2 груп, становлячи відповідно 26,7% та 15,0%. Невеликий відсоток (7,1%) склали вагітні 1 групи з гіперацидним станом, які відмічали сильний за інтенсивністю біль. Таку ж інтенсивність болю відмічали вагітні 2 групи (10,0%) з гіпоацидним станом.

За даними УЗД у всіх жінок з больовим синдромом діагностовано наявність скорочувальної активності матки у вигляді локаль-

ного і рідше тотального гіпертонусу. Звертало увагу, що структурні зміни шийки матки (вкорочення та відкриття зовнішнього вічка) не завжди співпадали із характером ультразвукової картини відносно загального або локального гіпертонусу.

Аналізуючи характер та інтенсивність кров'янистих виділень слід відмітити, що мажучі виділення відмічено у жінок 1 групи при всіх типах гастритів: при гіперацидному типі у 28,6%, нормоацидному – 46,7 % та гіпоацидному типі – у 66,7%. В той же час, у жінок 2 групи такий характер виділень відмічено лише в 15,0% пацієнток з нормоацидним станом шлункового вмісту.

Помірні кров'янисті виділення спостерігались при різних типах хронічних гастритів у вагітних 1 групи та різних ацидних станах у жінок 2 групи. Звертає увагу, що наявність помірних кров'янистих виділень переважали у вагітних як 1, так і 2 групи незалежно від типу гастриту. Структурні зміни шийки матки частіше співпадали із ультразвуковою картиною щодо локального або тотального гіпертонусу, особливо у випадках поєднання наявності больової симптоматики і кров'янистих виділень.

Ретрохоріальні гематоми реєструвались у вагітних 1 групи з хронічними гастритами при всіх типах і становили 35,7% у пацієнток з гіперацидним типом, 13,3% - при нормоацидному типі і 50,0% - при гіпоацидному типі. Слід зауважити, що наявність ретрохоріальних гематом в 2,7 рази була вище при гіперацидному гастриті в порівнянні з жінками з нормо-

Таблиця 4.

Частота клінічних симптомів загрози переривання вагітності у обстежених пацієнток 1 та 2 груп в залежності від рівня G-17

Симптоми	Інтенсивність	G-17					
		G-17<1 pmol /l (гіперацидний)		G-17 1-5 pmol /l (нормоацидний)		G-17 >5 pmol /l (гіпоацидний)	
		1 гр n-14	2 гр. n-2	1 гр. n-15	2 гр. n-20	1 гр. n-6	2 гр. n-10
Біль	слабкий	0	0	4 – 26,7	3 – 15,0	0	0
	помірний	13- 92,9	2 – 100,0	11 – 73,3	17- 85,0	6 – 100,0	9-90,0
	сильний	1- 7,1	0	0	0	0	1 – 10,0
Кров'янисті виділення	мажучі	4- 28,6	0	7 – 46,7	3 – 15,0	4 – 66,7	0
	помірні	8- 57,1	1 – 50,0	5 – 33,3	6 – 30,0	2 – 33,3	2- 20,0
Гематоми	Ретрохоріальні	5- 35,7	0	2 – 13,3	4- 20,0	3 – 50,0	1-10,0

ацидним та в 1, 4 разів нижче ніж у пацієнток з гіпоацидним гастритом. У вагітних 2 групи гематоми були діагностовані в 20,0% при нормоацидному- та в 10,0%- гіпоацидному стані..

Ретрохоріальні гематоми реєструвались при УЗД у випадках наявності гіпертонусу матки.

Отже, оцінюючи клінічні прояви загрози переривання вагітності при хронічних гастритах можна відмітити, що основні прояви даного ускладнення раннього гестаційного періоду частіше мали місце у жінок з хронічними гастритами. Виразність і частота клінічних проявів загрози переривання варіювала в залежності від типу хронічного гастриту.

Для з'ясування можливих причинних чинників загрози переривання вагітності у жінок з різними типами гастритів було оцінено прояви функціональних розладів з боку шлунково-кишкового тракту в поєднанні із основними ознаками загрози переривання. Порівняльний аналіз включав такі варіанти проявів: загроза переривання + блювання вагітних, загроза переривання + блювання вагітних + закреп, загроза переривання + закреп, тільки загроза переривання.

Результати аналізу представлені в таблиці 5.

Як свідчать наведені дані прояви тільки загрози переривання спостерігались у 65,6% вагітних без гастритів, в той же час серед вагітних з хронічними гастритами їх відсоток становив лише 5,7%.

Різні варіанти поєднаних клінічних проявів функціональних розладів ШКТ і загрози переривання суттєво переважали у жінок з хронічними гастритами: загроза переривання і блювання вагітних в 3 рази, загроза, блювання та закрепи – в 4,3 рази, загроза переривання і закрепи – в 1,6 рази. Тобто, наявність

хронічного гастриту є фоном, на якому посилюються прояви загрози переривання.

Для з'ясування частоти і характеру поєднання клінічних проявів загрози переривання і функціональних розладів ШКТ у жінок із різними типами гастритів проведена оцінка їх варіантів (табл.6).

Найчастіше відмічено поєднання загрози переривання і блювання вагітних при різних станах ацидності: при гіперацидному стані таке поєднання у жінок 1 групи було в 2,7 разів частіше ніж у жінок 2 групи, при нормоацидному гастриті цей відсоток був невеликим і становив 2,9% у жінок 1 групи, в 2 групі взагалі не було зареєстровано такого співвідношення, а при гіпоацидному гастриті частота такого варіанту була в 2,8 разів частіше ніж у вагітних 2 групи.

Варіант співвідношення таких проявів як загроза переривання і блювання вагітних та закрепи при гіперацидному стані у жінок 1 групи в 3,6 разів частіше зустрічався серед жінок 1 групи ніж 2 групи, при нормоацидному стані такий варіант був зареєстрований у 5,7% вагітних 1 групи, в 2 групі – не було, при гіпоацидному стані в 3,7 разів частіше фіксувався такий варіант у жінок 1 групи в порівнянні з 2 групою.

Поєднаний варіант загрози переривання вагітності із закрепами реєструвався у 17,1% жінок 1 групи при гіперацидному стані, що було в 2,7 разів частіше ніж у жінок 2 групи. Суттєвої різниці в частоті такого варіанту поєднання клінічних проявів при нормоацидному та гіпоацидному станах у жінок в 1 та 2 групі не відмічено.

Отже, найчастіше клінічні прояви загрози переривання і функціональні розлади ШКТ проявлялись у вагітних з хронічними гастритами при гіперацидному стані.

Таблиця 5.

Частота поєднаних клінічних проявів функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту у жінок із загрозою переривання вагітності (абс.,%)

Варіанти поєднаних клінічних проявів	Групи вагітних	
	1 гр.,n-35	2 гр.,n-32
Загроза переривання + блювання вагітних	10 - 28,6	3 - 9,4
Загроза переривання + блювання вагітних+закреп	14 - 40,0	3 - 9,4
Загроза переривання + закреп	9 - 25,7	5 - 15,6
Загроза переривання	2 - 5,7	21 - 65,6

Таблиця 6. Частота поєднання загрози переривання вагітності і клінічних проявів функціональних розладів ШКТ у обстежених вагітних з різним рівнем G-17 (абс.,%)

Варіанти поєднаних клінічних проявів	G-17					
	G-17<1 pmol /l (гіперацидний)		G-17 1-5 pmol /l (нормоацидний)		G-17 >5 pmol /l (гіпоацидний)	
	1гр	2гр	1гр	2 гр	1 гр	2 гр
Загроза переривання + блювання вагітних	6-17,1%	2-6,3%	1-2,9%	-	3-8,6%	1-3,1%
Загроза переривання + блювання вагітних+закреп	8-22,9%	2-6,3%	2-5,7%	-	4-11,5%	1-3,1%
Загроза переривання + закреп	6-17,1%	2-6,3%	1-2,9%	1-3,1%	2-5,8%	2-6,3%
Загроза переривання	1-2,9%	1-3,1%	-	20-62,5%	1-2,9%	-

Обговорення. Вивчення особливостей перебігу загрози переривання вагітності у жінок з різними типами хронічних гастритів дозволило визначити, що клінічні прояви функціональних розладів ШКТ на тлі вагітності хоча і не представляють загрози життю матері, але суттєво погіршують умови розвитку ембріона, плаценти, в цілому, вагітності, обтяжуючи її перебіг (Shin, 2015). Враховуючи вплив вагітності на функціональний стан органів і систем матері, з'ясовано, що дисфункція моторно-евакуаторної функції ШКТ обумовлює розвиток і посилення клінічних проявів загрози переривання вагітності.

Наявність таких симптомів як нудота та блювання можуть свідчити про порушення моторно-евакуаторної функції шлунка. Такі прояви дисфункціональних порушень частіше характерні для гіперацидних гастритів. За даними літератури, гіперацидний стан може бути обумовлений посиленням активності залоз фундального відділу шлунка, що призводить до підвищення рівня концентрації водневих іонів. Високий рівень концентрації водневих іонів є достатньо активним внутрішнім фактором, що сприяє ослабленню тону кардіального сфінктера й посиленню дифузії водневих іонів у слизову оболонку стравоходу.

Отримані дані дають можливість вважати, що базальний рівень шлункової секреції впливає на розвиток моторно-евакуаторних порушень сфінктерного апарату шлунка та ДПК (Body, 2016), які посилюють такі клініч-

ні прояви загрози переривання як біль без структурних змін шийки матки.

Ще одним проявом порушення моторно-евакуаторної функції ШКТ є наявність закрепів.

Під час вагітності закрепи обумовлені впливом гестаційних гормонів на функціональний стан ШКТ, що веде до зниження його перистальтичної активності. З наявністю даного прояву порушення моторно-евакуаторної функції найчастіше був пов'язаний помірної інтенсивності біль, мажучі виділення без структурних змін шийки матки. Частіше закрепи мали місце при гіпоацидному стані шлункової секреції.

Висновки

1. Клінічний перебіг загрози переривання вагітності в поєднанні з моторно-евакуаторною дисфункцією ШКТ пов'язаний з типом хронічного гастриту
2. Різні варіанти поєднання клінічних проявів раннього гестаційного ускладнення та дисфункції ШКТ переважали у вагітних з гастритами: загроза переривання і блювання вагітних в 3 рази, загроза, блювання та закрепи – в 4,3 рази, загроза переривання і закрепи – в 1,6 рази.
3. При різних рівнях кислотності найчастіше спостерігалось поєднання загрози переривання та блювання вагітних, яке у жінок з гіперацидними гастритами було в 2,7 разів частіше ніж у вагітних без гастритів

Отже, наявність хронічного гастриту є фактором, на якому посилюються прояви загрози переривання вагітності.

ЛІТЕРАТУРА

- Вовк, І. Б., Кондратюк, В. К., Трохимович, О. В., & Коваленко, А. І. (2012). Загроза переривання вагітності в ранні терміни: сучасні погляди на етіологію, патогенез, діагностику та лікування (огляд літератури). *Здоров'я жінки*, (5), 50-56.
- Кирюшенков П.А. (2014). Гематомы на ранних сроках беременности. Диагностика и прогнозирование . IV Научно-практическая конференция «Невынашивание беременности – социальная проблема, медицинское решение». URL: [https:// www.youtube.com /watch?v=cCT_5jFrk6E](https://www.youtube.com/watch?v=cCT_5jFrk6E).
- Радзинский, В. Е., & Майскова, И. Ю. (2014). Контраверсии невмешательства. *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак*, 19(2), 32-37.
- Body, C., & Christie, J. A. (2016). Gastrointestinal diseases in pregnancy: nausea, vomiting, hyperemesis gravidarum, gastroesophageal reflux disease, constipation, and diarrhea. *Gastroenterology Clinics*, 45(2), 267-283.
- Ferstl, F. S., Kitay, A. M., Trattig, R. M., Alsaihati, A., & Geibel, J. P. (2016). Secretagogue-dependent and-independent transport of zinc hydration forms in rat parietal cells. *Pflügers Archiv-European Journal of Physiology*, 468(11-12), 1877-1883.
- Gharehbaghi, K., Gharehbaghi, D. R., Wierrani, F., & Sliutz, G. (2016). Treatment of chronic functional constipation during pregnancy and lactation. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 220(1), 9-15
- London, V., Grube, S., Sherer, D. M., & Abulafia, O. (2017). Hyperemesis gravidarum: a review of recent literature. *Pharmacology*, 100(3-4), 161-171.
- Rocha de Matos A.S. (2014). Constipation in pregnancy a systematic review. *Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina. Covilhã*, (30) p. URL: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/4867/1/3314_6714.pdf.
- Shin, G. H., Toto, E. L., & Schey, R. (2015). Pregnancy and postpartum bowel changes: constipation and fecal incontinence. *American Journal of Gastroenterology*, 110(4), 521-529.
- Xiang, L., Wei, Z., & Cao, Y. (2014). Symptoms of an intrauterine hematoma associated with pregnancy complications: a systematic review. *PLoS One*, 9(11).

COURSE OF THREATENED ABORTION IN CHRONIC GASTRITIS OF DIFFERENT TYPES

Zhrebak Nadiia

Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology No.2,
O.O. Bogomolets NMU, Ukraine

Gnatko Olena

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology No.2, O.O. Bogomolets NMU, Ukraine

Abstract. Abortion is one of the most important medical and social problems in the world. Functional and morphological sexual changes associated with the normal fetal growth and development during physiological pregnancy involve other maternal organs and systems to varying extent, and provide changes in metabolic and homeostasis processes in new conditions to preserve pregnancy. Gastrointestinal motility disorders can be a leading pathogenetic factor that contributes to the development of many common gastrointestinal disorders. During pregnancy, decreased intestinal motility may play a pathogenetic role in pregnancy as a factor leading to decreased intestinal motor and evacuation function and negative impact on pregnancy. The aim of the study was to determine the clinical course of threatened abortion in early gestation in women with different types of chronic gastritis to optimize the management of pregnancy. 67 pregnant women with threatened abortion at 8-12 weeks of gestation were examined. They were divided into 2 groups: Group 1 - 35(52.2%) women with chronic gastritis and Group 2 - 32(47.8%) patients without gastritis. At the beginning of pregnancy, all women with chronic gastritis had remission. A comparative assessment of the frequency and severity of manifestations of this complication at an early stage on the leading clinical signs: pain, bleeding, retrochorial hematoma in combination with major (vomiting, constipation) motor-evacuation function of the gastrointestinal tract in different types of gastritis was performed to determine the role of motor and evacuation function of the gastrointestinal tract in the development of the risk of abortion in pregnant women with gastritis. The type of gastritis was confirmed according to the level of basal secretion of serum gastrin 17 (G-17) with the stimulation test. The obtained results were processed by mathematical and statistical analysis methods with determination of average values ($M \pm m$), Student's test and confidence index (statistically significant difference was considered as $p < 0.05$).

Results. All women were of reproductive age, the average age of pregnant women in groups had no statistical difference. Analysis of the frequency of clinical manifestations of threatened abortion showed that 35(100%) had pain symptoms, 30(85.7%) had bloody discharge and 10(28.6%) had retrochorial hematoma in Group 1, and 32(100%), 12(37.5%), 5(15.6%), respectively, in Group 2. Assessment of the intensity of threatened abortion symptoms showed that moderate pain was most often observed in all types of gastritis. Mild symptoms were in normoacidic women of Group 1 (11.4%) and Group 2 (9.4%). 2.9% of hyperacidic pregnant women in Group 1 and 3.1% of hypoacidic women in Group 2 reported severe pain. Analysis of the bleeding nature and intensity showed that women in Group 1 with all types of gastritis had spotting: 11.4% of hyperacidic type, 20.0% of normoacidic type and 11.4% of hypoacidic type. Moderate bleeding was observed in different types of chronic gastritis in pregnant women of Group 1 and various acidic conditions in Group 2. Moderate bleeding was significantly more common (7.4-fold) in hyperacidic pregnant women of Group 1 compared with Group 2. Retrochorial hematomas were registered in Group 1 as 14.3% in hyperacidic patients, 5.7% in normoacidic patients and 8.6% in hypoacidic women. Retrochorial hematomas were 2.5-fold more common in hyperacidic gastritis compared with normoacidic and 1.7-fold more common in hypoacidic gastritis. Estimation of the frequency of combined clinical manifestations of functional gastrointestinal diseases in pregnant women with threatened abortion showed that the manifestations of threatened abortion only were observed in 65.6% without gastritis, and only in 5.7% with gastritis.

Different variants of combined clinical manifestations of gastrointestinal functional disorders and threatened abortion significantly prevailed in women with chronic gastritis: threatened abortion and vomiting were 3-fold more common, threatened abortion and vomiting and constipation - 4.3-fold, threatened abortion and constipation - 1.6-fold. The combination of threatened abortion and vomiting with various acidity was most common in hyperacidic condition (2,7-fold more common in Group 1 than in Group 2). The variant of the combination of threatened abortion, vomiting and constipation in hyperacid state was 3.6 times more common in Group 1 than in Group 2. Threatened abortion with constipation was registered in 17.1% of women in Group 1 with hyperacidity, which was 2.7 times more often than in women of Group 2. The most common clinical manifestations of threatened abortion and functional gastrointestinal disorders were seen in pregnant women with chronic hyperacidic gastritis.

Conclusion. Dysfunction of the motor and evacuation gastrointestinal activity is important in the clinical course of threatened abortion based on the type of chronic gastritis, mediated by the different acid-producing gastric function which indicates the need to optimize treatment of threatened abortion in pregnant women with different types of chronic gastritis.

Keywords: pregnancy, threatened abortion, chronic gastritis, types of gastritis.

Manuscript is received 13.04.2020

Manuscripted is accepted 19.05.2020