

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2021-25(1)-12

УДК: 618.2*616.348-002.44

СОЦІАЛЬНО-АНАМНЕСТИЧНИЙ ТА КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ВАГІТНИХ ІЗ ВИРАЗКОВИМ КОЛІТОМ

Олексієнко І. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Відповідальний за листування:
e-mail: ilonaoleksienko@gmail.com

Статтю отримано 03 листопада 2020 р.; прийнято до друку 04 січня 2021 р.

Анотація. На рубежі XXI століття хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК) стали глобальною хворобою із прискоренням захворюваності в індустріально розвинених країнах при поширеності, що перевищує 0,3%. Ці дані підкреслюють необхідність досліджень щодо профілактики запальних захворювань кишечника та нововведень у системах охорони здоров'я для управління цим складним та вартісним захворюванням. Проаналізовано інформацію із персонального анамнезу 40 жінок, хворих на виразковий коліт (клінічна група (основна)). У другу групу (контрольну) були зараховані 30 практично здорових вагітних жінок із фізіологічним перебігом гестації, які не мали у своєму анамнезі запальних захворювань кишечника. Статистичну обробку результатів досліджень проводили за допомогою пакета програм Statistica 6.0. Визначали середню арифметичної величини (М) та помилку середньоквадратичного відхилення ($\pm m$) ($p < 0,05$), а також відношення шансів (ВШ), довірчий інтервал (ДІ) при $p = 95\%$. Виявлено, що для жінок із виразковим колітом характерна наявність в анамнезі такої акушерської патології, як: самовільний викидень ВШ 3,33, 95% ДІ [1,06-10,53], $p = 0,04$ та кров'яні виділення ВШ 3,0, 95% ДІ [1,00-8,98], $p = 0,0496$; серед екстрагенітальної патології в анамнезі: дитячі інфекційні захворювання ВШ 4,85, 95% ДІ [1,25-18,85], $p = 0,02$, хронічний бронхіт ВШ 7,54, 95% ДІ [1,56-36,41], $p = 0,01$, варикозна хвороба ВШ 4,33, 95% ДІ [1,11-16,95], $p = 0,035$, хронічний гастрит ВШ 6,0, 95% ДІ [1,23-29,31], $p = 0,03$, анемія ВШ 15,0, 95% ДІ [4,53-49,68], $p < 0,0001$, алергологічний анамнез ВШ 6,65, 95% ДІ [1,73-25,60], $p = 0,006$; серед гінекологічних ускладнень - предменструальний синдром ВШ 6,0, 95% ДІ [1,55-23,15], $p = 0,009$, альгоменорея ВШ 8,14, 95% ДІ [2,12-31,24], $p = 0,002$, сальпінгоофорит, ВШ 7,54, 95% ДІ [1,56-36,41], $p = 0,01$. Оскільки ХЗЗК під час вагітності пов'язані з підвищеним ризиком несприятливих наслідків для матері та плоду, то відомості щодо соціально-анамнестичного та клінічного аналізу вагітних із виразковим колітом будуть корисні для медичних працівників у плані прийняття рішень щодо ведення ХЗЗК під час вагітності.

Ключові слова: хронічні запальні захворювання кишечника, виразковий коліт, вагітність.

Вступ

Хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК) у жінок репродуктивного віку представлені переважно хворобою Крона (ХК) та виразковим колітом (ВК) [1, 4, 7, 8]. Пацієнтки з ХЗЗК часто непокояться щодо впливу захворювання на організм жінки під час вагітності та його наслідки для дитини. Згідно з даними літератури, 50% жінок із ХЗЗК страждали від безпліддя, 25% із них вважали, що важливіше терпіти симптоми хвороби кишечника, ніж піддавати плід наслідкам лікування, третина жінок вважала, що будь-які ліки, призначені при ХЗЗК, будуть небезпечними для їхньої дитини, а 75% жінок турбувало успадкування хвороби нащадками [2, 3, 6]. Ці занепокоєння можуть пояснити, чому деякі жінки припиняють лікування перед зачаттям або під час вагітності та лактації, незважаючи на все більшу кількість досліджень на підтвердження користі продовження медикаментозної терапії при ХЗЗК під час вагітності [5, 9, 10].

Мета роботи полягає в наданні характеристики вагітним жінкам із хронічним запальним захворюванням кишечника.

Матеріали та методи

Відповідно до завдань нашого проспективного клінічного дослідження, на першому етапі ми проаналізували соціальний, соматичний, гінекологічний та аку-

шерський анамнези жінок із хронічним запальним захворюванням кишечника - виразковим колітом. Дослідження було проведено на клінічній базі кафедри акушерства і гінекології №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова.

Відповідно до поставленої мети дисертаційного дослідження нами була проаналізована інформація із персонального анамнезу 40 жінок, хворих на виразковий коліт (клінічна група (основна)), які відповідали критеріям зарахування до проспективного дослідження. У другу групу (контрольну) були зараховані 30 практично здорових вагітних жінок із фізіологічним перебігом гестації, які не мали у своєму анамнезі запальних захворювань кишечника, клініко-лабораторні показники яких слугували контролем для порівняння отриманих результатів обстеження вагітних із ХЗЗК основної групи.

Статистичну обробку результатів досліджень проводили за допомогою пакета програм Statistica 6.0. Отримані показники оброблені статистично із визначенням середньої арифметичної величини (М) та помилки середньоквадратичного відхилення ($\pm m$). Результати вважались статистично значущими при величинах $p < 0,05$. Відношення шансів (ВШ) - це статистичний показник, який є ретроспективним порівнянням впливу даного фактору ризику у двох групах хворих (клінічної і конт-

рольної). Для отримання істинного значення визначили довірчий інтервал (ДІ), в якому із заданою надійною ймовірністю $p=95\%$ знаходиться істинне значення відношення шансів генеральної сукупності.

Результати.Обговорення

До клінічного дослідження були зараховані пацієнтки віком від 18 до 42 років. Віковий склад жінок, які були залучені нами, був наступним (табл. 1).

Середній вік жінок клінічної групи становив $29,5 \pm 6,2$ років, контрольної групи - $25,3 \pm 5,2$ років.

За результатами проспективного клінічного дослідження було встановлено, що 54 (77,1%) респонденток проживали в межах обласного (м. Вінниця) та районних центрів, з яких 34 пацієнтки були із ХЗЗК та 20 - практично здорових вагітних жінок із фізіологічним перебігом гестації (ВШ 2,83, 95% ДІ [0,89 - 8,97], $p=0,08$). Шість (15,0%) жінок із клінічної групи і 10 (33,3%) вагітних з контрольної групи мали прописку у сільській місцевості (ВШ 0,35, 95% ДІ [0,11 - 1,11], $p=0,08$).

Офіційно зареєстрований шлюб мали усі жінки, які були задіяні нами у клінічне дослідження. При аналізі соціального анамнезу пацієнток проспективного дослідження було встановлено, що 18 жінок із ХЗЗК (45,0%) та 12 (40,0%) вагітних із контрольної групи не працювали. Шість (15,0%) обстежених жінок з клінічної групи та 5 (16,7%) пацієнток з контрольної групи були здобувачами вищої освіти. Десять (25,0%) пацієнток із виразковим колітом працювали на дому; 6 вагітних жінок з клінічної групи (15,0%) були офісними працівниками. 13 практично-здорових вагітних жінок (43,3%) з контрольної групи дослідження працювали на виробництві. 29 пацієнток з основної клінічної групи (72,5%) та 24 жінки з контрольної групи (80,0%) були задоволені матеріальним забезпеченням та мали власне житло (ВШ 0,66, 95% ДІ [0,21 - 2,04], $p=0,47$).

Нами встановлено, що 12 (30,0%) пацієнток основної клінічної групи із ХЗЗК палили, тоді, як з контрольної групи на тютюнопаління вказували лише 5 жінок (8,7%) (ВШ 2,14, 95% ДІ [0,66 - 6,93], $p=0,020$). Стаж паління понад 5 років відзначали 8 пацієнток із виразковим колітом (20,0%) та 2 практично здорових вагітних жінок (6,7%) (ВШ 3,50, 95% ДІ [0,685 - 17,87], $p=0,13$).

Згідно антропометричних даних, зріст пацієнток із хронічним запальним захворюванням кишечника, у середньому, становив $163,95 \pm 4,65$ см, тоді, як аналогічний показник у пацієнток контрольної групи був $165,3 \pm 4,8$ см. Вага тіла, на момент зарахування до клінічного дослідження, була $53,6 \pm 3,6$ кг у пацієнток з клінічної групи дослідження та $55,8 \pm 3,7$ кг з групи практично здорових вагітних жінок. Індекс маси тіла (ІМТ) жінок із виразковим колітом, які були задіяні нами у клінічному дослідженні, менший за 25 кг/м^2 відзначався у 35 (87,5%) пацієнток, при тому, що ІМТ менше за 25 кг/м^2 мав місце у 12 (40,0%) респонденток з контрольної групи (ВШ 10,50, 95% ДІ [3,20 - 34,45], $p=0,0001$).

Таблиця 1. Вікова структура вагітних (проспективне дослідження), $n=70$.

Вікові групи	Клінічна група, $n=40$ (абс/%)	Контрольна група, $n=30$ (абс/%)	p
До 20 років (включно)	5/12,5	6/20,0	0,40
21-25 років	7/17,5	6/20,0	0,79
26-35 років	24/60,0	16/53,3	0,56
Після 35 років	4/10,0	2/6,7	0,62

Таблиця 2. Клінічні симптоми та їх виразність у пацієнток основної клінічної групи проспективного дослідження, $n=40$.

Клінічні ознаки	Клінічна група, $n=40$ (абс/%)
Біль в животі	28/70,0
Дискомфорт в животі	12/30,0
Зниження ваги тіла	15/37,5
Втомлюваність	21/52,5
Загальна слабкість	34/85,0
Порушення сну	32/80,0
Діарея та послаблення стільця	18/45,0
Чергування почастішання та затримки стільця	6/15,0
Схильність до закріпів	2/5,0
Хибні позиви до дефекації	14/35,0
Імперативні позиви	12/30
Тенезми	3/7,5
Домішки крові у калі	18/45,0
Метеоризм	22/55,0
Нудота	7/17,5

Таблиця 3. Структура екстрагенітальної патології у вагітних жінок із виразковим колітом, ($n=40$).

Екстрагенітальна патологія	Клінічна група, $n=40$ (абс/%)	Контрольна група, $n=30$ (абс/%)	p
Дитячі інфекційні захворювання	14/35,0	3/10,0	0,02
ВСД по гіпотонічному типу	7/17,5	2/6,7	0,2
Варикозна хвороба	13/32,5	3/10	0,035
Хронічний гастрит	12/30,0	2/6,7	0,03
Гастроезофагальний рефлюкс	19/47,5	0	-
Хронічний холецистит	15/37,5	0	-
Хронічний панкреатит	8/20,0	0	-
Дискінезія жовчовивідних шляхів	6/15,0	1/3,3	0,14
Хронічний бронхіт	14/35,0	2/6,7	0,01
Хронічний пієлонефрит	4/10	0	-
Анемія	30/75,0	5/16,7	<0,0001
Алергічний анамнез	17/42,5	3/10,0	0,006

На облік по вагітності всі жінки як з основної клінічної ($n=40$), так і з контрольної групи ($n=30$) стали у першому триместрі вагітності. Хотілося б зазначити, що у всіх вагіт-

Таблиця 4. Аналіз менструальної функції у пацієнток із виразковим колітом, $M \pm m$, (n=70).

Характеристика менструального циклу	Клінічна група, n=40 (абс/%)	Контрольна група, n=30 (абс/%)	p
Вік менархе (років)	14,8±2,6	14,5±1,9	0,92
Час становлення регулярного менструального циклу (років)	1,8	1,2	
Тривалість менструального циклу (днів)	26,8±4,2	24,8±2,6	0,69
Кількість менструальної крововтрати (мл)	86,4±11,2	50,4±8,5	0,01

Таблиця 5. Структура гінекологічної патології у вагітних жінок із хронічним запальним захворюванням кишечника, (n=70).

Гінекологічні захворювання	Клінічна група, n=40 (абс/%)	Контрольна група, n=30 (абс/%)	p
Передменструальний синдром	16/40,0	3/10,0	0,009
Альгоменорея	19/47,5	3/10,0	0,002
Хронічні запальні захворювання внутрішніх статевих органів	14/35,0	2/6,7	0,01
Неоплазія шийки матки	8/20,0	2/6,7	0,13
Бактеріальний вагіноз	18/45,0	0	-
Синдром полікістозних яєчників	4/10,0	0	-
Кісти яєчника	3/7,5	1/3,3	0,47
Аномальні маткові кровотечі	8/20,0	0	-
Безпліддя (n%)	12/30,0	0	-

Таблиця 6. Акушерські та перинатальні результати попередніх гестацій у жінок із ХЗЗК, (n=70).

Результати попередніх вагітностей	Клінічна група, n=40 (абс/%)	Контрольна група, n=30 (абс/%)	p
Самовільний викидень	16/40,0	5/16,6	0,04
Викидень, що не відбувся	9/24,3	2/6,7	0,09
Передчасні пологи	6 (15,0)	0	-
Ускладнення вагітності: - кров'яні виділення - надмірна блювота - МГВП/ЗРП	18/45,0 10/25,0 11/27,5	6/20,0 2/6,7 0	0,0496 0,06 -
Ускладнення в пологах	3/7,5	0	-
Кесарів розтин	14/35,0	0	-
Ускладнення після пологів	8/20,0	0	-
Асфіксія новонароджених	2/5,0	0	-

Примітка. МГВП/ЗРП - малий для гестаційного віку плід/затримка росту плода.

них жінок які приймали участь у проспективному дослідженні, вагітність була бажана, проте у 18 вагітних із ХЗЗК (45,0%) вагітність не була запланована й вказані жінки не отримували прегравідарну підготовку, що було враховано нами при проведенні подальшого дослідження щодо клінічної ефективності профілактичної прекоцепційної терапії. У контрольній групі вагітність була запланована у 30 обстежених жінок (100,0%).

Відповідно до завдань дослідження ми також про-

дили аналіз клінічної симптоматики в основній клінічній групі пацієнток. За даними анамнезу - 22 пацієнтки (55,0%) із ХЗЗК пов'язували початок захворювання зі стресовими ситуаціями.

Однією з основних скарг, що пред'являли пацієнтки на момент огляду, було порушення дефекації (табл. 2). Нормальний стілець був тільки у 14 пацієнток (35,0%), діарея та послаблення стільця - у 18 пацієнток (45,0%), чергування почастищення та затримки стільця зазначалося у 6 жінок (15,0%), схильність до закріпів - у 2 (5,0%).

Середня частота стільця становила $3,1 \pm 0,9$ рази/день (мінімально - 1, максимально - 5).

У пацієнток з ХЗЗК були оцінені результати шкал активності Truelove-Witts і Мейо, спеціалізованих для цієї патології. Серед 40 пацієнток із виразковим колітом за шкалою Truelove-Witts на момент обстеження легка атака відзначалася у 40 пацієнток із основної клінічної групи дослідження (100,0%). Важкість атаки у пацієнток із виразковим колітом була оцінена за індексом Мейо, у відповідності до прийнятих критеріїв розподілу: 0-2 норма, 3-5 легка, 6-10 середньоважка, 11-12 - важка. Середній бал за шкалою Мейо становив $1,87 \pm 0,93$ (мінімально - 1, максимально - 4, медіана - 2,0). Важкість активності виразкового коліту (індекс Мейо): норма - відзначалася у 80,0% пацієнток із основної клінічної групи дослідження (32 особи), легка ступінь - у 8 (20,0%).

Аналіз анамнестичної позакишкової патології, показав, що у вагітних основної клінічної групи виразковий коліт був асоційований із достатньо частими дитячими інфекційними захворюваннями (ангіна) та запаленням дихальних шляхів (хронічний бронхіт), ВШ 4,85, 95% ДІ [1,25 - 18,85], $p=0,02$ та ВШ 7,54, 95% ДІ [1,56 - 36,41], $p=0,01$, відповідно, у порівнянні із аналогічними показниками у практично здорових вагітних жінок з контрольної групи (табл. 3).

При цьому ми зазначаємо, що виявлена екстрагенітальна патологія була діагностована під час збору анамнезу та аналізу додаткової інформації із амбулаторних карток пацієнтки та перебувала у стадії компенсації і не призводила до порушення загального стану вагітних та обтяження перебігу вагітності на момент зарахування жінок до груп проспективного клінічного дослідження.

При ініціальному аналізі гінекологічного анамнезу ми оцінювали початок менархе, тривалість менструального циклу та менструації, приблизну менструальну крововтрату (табл.4).

Після аналізу гінекологічного анамнезу нами була встановлена структура гінекологічної патології у вагітних жінок із ХЗЗК (табл. 5).

При проведенні аналізу перебігу попередніх вагітностей у 22 пацієнток із виразковим колітом було встановлено, що ХЗЗК суттєво не впливав на результат вагітності та пологів, проте існував вплив на якість перебігу гестаційного процесу (табл. 6).

Таким чином нами було встановлено, що для жінок із виразковим колітом були характерні наступні факто-

ри ризику, що можуть вплинути як на перебіг ХЗЗК, так і на ризик розвитку перинатальної патології: тютюнопаління ($p=0,02$); ІМТ менше за 25 кг/м^2 ($p=0,0001$); анамнестичні часті дитячі інфекційні захворювання ($p=0,02$), варикозна хвороба ($p=0,035$), хронічний гастрит ($p=0,03$), запалення дихальних шляхів ($p=0,01$), анемія ($p<0,0001$) та обтяжливий алергологічний анамнез ($p=0,006$). При аналізі структури гінекологічної патології було встановлено, що у жінок із ХЗЗВ характерно зростання випадків: предменструального синдрому ($p=0,009$); альгоменореї ($p=0,002$); хронічних запальних захворювань внутрішніх статевих органів ($p=0,01$). Під час попередньої вагітності привертало увагу збільшення випадків: самовільного викидню ($p=0,04$); кров'яних виділень під час вагітності ($p=0,0496$).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Для жінок із виразковим колітом характерна наявність в анамнезі такої акушерської патології, як само-

вільний викидень і кров'яні виділення.

2. Серед гінекологічних ускладнень у жінок із хронічними запальними захворюваннями кишечника найчастіше зустрічалися наступні: предменструальний синдром, альгоменорея, хронічні запальні захворювання внутрішніх статевих органів (сальпінгоофорит).

3. У вагітних жінок із виразковим колітом найчастіше зустрічалась наступна екстрагенітальна патологія в анамнезі: дитячі інфекційні захворювання, хронічний бронхіт, варикозна хвороба, хронічний гастрит, анемія, алергологічний анамнез.

Перспективи подальших розробок полягають у тому, що буде визначений взаємозв'язок між хронічними запальними захворюваннями кишечника та плацентарною дисфункцією у досліджуваних групах, а також можливість комплексної оцінки ступеня ризику виникнення плацентарної дисфункції у жінок з ХЗЗК, що в свою чергу дасть можливість зменшити ускладнення з боку матері і плода під час вагітності та в пологах.

Список посилань - References

- [1] Carroll, M. W., Kuenzig, M. E., Mack, D. R., Otley, A. R., Griffiths, A. M., Kaplan, G. G., ... & Benchimol, E. I. (2019). The Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada 2018: Children and Adolescents with IBD. *J Can Assoc Gastroenterol.*, 2(1), 49-67. doi: 10.1093/jcag/gwy056
- [2] Huang, V., Leung, Y., Nguyen, G. C., & Seow, C. H. (2016). Management of inflammatory bowel disease in pregnancy: a practical approach to new guidelines. *Can J Gastroenterol Hepatol.*, 2016, 9513742. doi: 10.1155/2016/9513742
- [3] Huang, V., Kroeker, K. I., Goodman, K., Dieleman, L., & Fedorak, R. (2013). Physician knowledge of reproductive issues in inflammatory bowel disease is highly variable. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(1), 173-174. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1873-9946\(13\)60430-4](https://doi.org/10.1016/S1873-9946(13)60430-4) ...
- [4] Kaplan, G. G., Bernstein, C. N., Coward, S., Bitton, A., Murthy, S. K., Nguyen, G. C., ... & Benchimol, E. I. (2019). The impact of inflammatory bowel disease in Canada 2018: Epidemiology. *J Can Assoc Gastroenterol.*, 2(1), 6-16. doi: 10.1093/jcag/gwy054
- [5] Ng, S. C., Shi, H. Y., Hamidi, N., Underwood, F. E., Tang, W., Benchimol, E. I., ... & Kaplan, G. G. (2017). Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet*, 390(10114), 2769-2778. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32448-0
- [6] Nguyen, G. C., Seow, C. H., Maxwell, C., Maxwell, C., Huang, V., Leung, Y., ... & Jannekevan der Woude, C. (2016). IBD in pregnancy consensus group; canadian association of gastroenterology. The Toronto Consensus Statements for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy. *Gastroenterology*, 150(3), 734-57. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2015.12.003>
- [7] Salgado, V. C. L., Luiz, R. R., Boechat, N. L. F., Leao, I. S., do Carmo Schorr, B., Parente, J. M. L., ... & Zaltman, C. (2020). Risk factors associated with inflammatory bowel disease: A multicenter case-control study in Brazil. *World J Gastroenterol* 26(25), 3611-24. doi: 10.3748/wjg.v26.i25.3611
- [8] Selvaratnam, S., Gullino, S., Shim, L., Lee, E., Lee, A., Paramsothy, S., & Leong, R. W. (2019). Epidemiology of inflammatory bowel disease in South America: A systematic review. *World J Gastroenterol*, 25(47), 6866-75. doi: 10.3748/wjg.v25.i47.6866
- [9] Torres, J., Boyapati, R.K., Kennedy, N.A., Louis, E., Colombel, J-F., & Satsangi, J. (2015). Systematic review of effects of withdrawal of immunomodulators or biologic agents from patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, 149(7), 1716-1730. doi: 10.1053/j.gastro.2015.08.055
- [10] Van der Woude, C.J., Arzzone, S., Bengtson, M. B., Fiorino, G., Fraser, G., Katsanos, K., ... & Magro, F. (2015). The second European evidenced-based consensus on reproduction and pregnancy in inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's & Colitis*, 9(2), 107-24. doi: 10.1093/ecco-jcc/jju006

SOCIO-ANAMNESTIC AND CLINICAL ANALYSIS OF PREGNANT WOMEN WITH ULCERATIVE COLITIS

Oleksiienko I. V.

Annotation. At the turn of the 21st century, chronic inflammatory bowel disease (CIBD) has become a global disease with accelerating morbidity in industrialized countries with a prevalence exceeding 0.3%. These data underscore the need for research into the prevention of inflammatory bowel disease and innovations in health care systems to manage this complex and costly disease. The information from a personal anamnesis of 40 women patients with ulcerative colitis (clinical group (main)). In the second group (control), 30 practically healthy pregnant women with a physiological course of gestation were included, which did not have in their history of inflammatory intestinal diseases. Statistical processing of research results was performed using the software package Statistica 6.0. The arithmetic mean (M) and the standard deviation error ($\pm m$) ($p<0.05$) were determined, as well as the odds ratio (OR), confidence interval (CI) at $p=95\%$. It was found that for women with ulcerative colitis is characterized by the presence of a history of obstetric pathology, such as: spontaneous miscarriage of OR 3.33, 95% CI [1.06-10.53], $p=0.04$ and blood secretions of OR 3.0, 95% CI [1.00-8.98], $p=0.0496$; among extragenital pathology in the anamnesis: children's infectious diseases of OR 4.85, 95% CI [1.25-18.85], $p=0.02$, chronic bronchitis of OR 7.54, 95% CI [1.56-36, 41], $p=0.01$, varicose veins OR 4.33, 95% CI [1.11-16.95], $p=0.035$,

chronic gastritis OR 6.0, 95% CI [1.23-29.31], p=0.03, anemia of OR 15.0, 95% CI [4.53-49.68], p<0.0001, allergy history of OR 6.65, 95% CI [1.73-25.60], p=0.006; among gynecological complications - premenstrual syndrome OR 6.0, 95% CI [1.55-23.15], p=0.009, algomenorrhea OR 8.14, 95% CI [2.12-31.24], p=0.002, salpingo-oophoritis, OR 7.54, 95% CI [1.56-36.41], p=0.01. Because CIBD during pregnancy is associated with an increased risk of adverse effects on the mother and fetus, information on socio-anamnesic and clinical analysis of pregnant women with ulcerative colitis will be useful to health care providers in making decisions about CIBD during pregnancy.

Keywords: *chronic inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, pregnancy.*
