

Заболевания органов пищеварительной системы у беременных

Е.Ю. Еремина

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск

В статье приведены особенности патологии пищеварительных органов у беременных и ряд клинических наблюдений автора. Отмечено, что многие считающиеся тяжелыми заболеваниями органов пищеварительной системы, которые прежде делали беременность нежелательной или невозможной, в настоящее время не только поддаются медикаментозной коррекции, но все больше перестают быть преградой для беременности и родов.

Ключевые слова: беременность, пищеварительная система, заболевания, лечение.

Заболевания органов пищеварительной системы в современном обществе являются чрезвычайно распространенными и склонными к хроническому течению. Они существенно «помолодели» за последние десятилетия, поэтому велика вероятность их развития у беременных. Важно отметить и увеличение возраста беременных, которое ассоциируется с ростом частоты различных патологических состояний, отмечаемых в этот период, а также с повышением потребности в использовании лекарственных средств. Влияние беременности на органы пищеварительной системы чрезвычайно многообразно и не всегда позитивно. Частыми спутниками беременности являются изжога и отрыжка, которые возникают в большинстве случаев вследствие замедленного опорожнения желудка и расслабления нижнего сфинктера пищевода. В период беременности существенно возрастает нагрузка на печень, ослабевает ее дезинтоксикационная функция, увеличивается вязкость желчи, что в сочетании с моторно-тоническими расстройствами желчного пузыря и желчевыводящих путей способствует развитию холелитиаза. На фоне действия гормонов гестации у беременных наблюдается снижение тонуса гладкой мускулатуры кишечника и его перистальтики, приводящее к запорам [1]. Гормоны гестации нарушают хрупкое микробное равновесие биоценозов беременной женщины, прежде всего, кишечника и влагалища, следствием чего являются тесно связанные между собой патологические процессы – кишечный дисбиоз и бактериальный вагиноз [2–4]. Предпосылкой для их манифестации являются запоры, а результатом – расстройство барьерной функции кишечника, в связи с чем возрастает риск проникновения токсинов и патогенов в организм беременной, формирования метаболических и иммунных нарушений, повышающих возможность развития инфекционных заболеваний, а также инфицирования плода [3]. Столь разнообразное изменение в организме женщины во время беременности могут способствовать развитию, дебютированию, рецидиву или прогрессированию заболеваний органов пищеварительной системы как в период беременности, так и в послеродовом периоде [4]. Следует отметить и еще один момент: желание женщины иметь ребенка бывает подчас столь велико, что даже заболевания, считающиеся тяжелыми, которые прежде делали беременность нежелательной или невозможной, например, аутоиммунный гепатит, язвенный колит, болезнь Крона и цирроз печени, в настоящее время все чаще перестают быть преградой для беременности и родов. В нашей практике имеется значительное число подобных наблюдений, с некоторыми из которых знакомим читателей.

Под наблюдением в течение 4 лет находится больная В., 29 лет, страдающая аутоиммунным гепатитом 1-го типа с невысокой активностью процесса. Первые симптомы заболевания (слабость, субфебрилитет, тяжесть в правом подреберье, умеренная гепатомегалия, субиктеричность склер, повышение

уровня трансаминаз, гипергаммаглобулинемия) появились в 25-летнем возрасте на фоне приема пероральных гормональных контрацептивов. Заболевание было расценено как лекарственный гепатит. Вирусная природа гепатита была исключена. Больная лечилась стационарно, затем амбулаторно без заметного результата. С 3-го месяца отмечено повышение антинуклеарных антител (ANA) в сыворотке крови, заподозрен аутоиммунный гепатит, в связи с чем назначено пробное лечение преднизолоном 20 мг/сут. После 10-дневной терапии состояние больной улучшилось, нормализовался уровень трансаминаз. После отмены преднизолона состояние пациентки осталось удовлетворительным, однако активность трансаминаз через некоторое время вновь возросла до двукратной нормы. С целью уточнения диагноза пациентке была проведена пункционная биопсия печени, подтвердившая диагноз аутоиммунного гепатита. Через 6 месяцев у пациентки была определена беременность, которую она решила сохранить. На сроке 12 недель развился острый аппендицит, прооперирована лапароскопически. С конца I триместра появились признаки обострения аутоиммунного гепатита (гепатомегалия + 2 см, астения, повышение трансаминаз до 2,5N). Назначена терапия преднизолоном (15 мг в сутки), которая продолжалась до окончания беременности (во II триместре 10 мг/сут., а начиная с III триместра – 5 мг/сут). На фоне лечения активность трансаминаз снизилась и сохранялась стабильно нормальной в течение всей беременности. Родоразрешение произошло на 3 недели раньше планируемого срока, естественным путем. Родился здоровый ребенок. Послеродовый период протекал без осложнений. В течение 2 недель продолжалась терапия преднизолоном в дозе 5 мг/сут, после чего препарат был отменен, и пациентка начала кормить ребенка грудью. В настоящее время пациентка систематически наблюдается, контролируются все «печеночные» показатели. Уровень трансаминаз в отсутствие лечения составляет не более 1,5 норм. При возрастании свыше 2 норм и появлении клиники проводятся короткие курсы глюкокортикостероидной терапии, позволяющие достигнуть ремиссии. Данное наблюдение демонстрирует возможность развития беременности и ее благополучного завершения у пациентки с низкой активностью аутоиммунного гепатита на его ранних стадиях.

Еще одна пациентка с синдромом аутоиммунного «перекреста» (аутоиммунный гепатит + первичный билиарный цирроз) с умеренной активностью воспалительного процесса и выраженной холестаза наблюдается с 2007 года. После клинко-биохимической стабилизации процесса постоянно принимает урсодезоксихолевую кислоту (УДХК) в дозе 500–750 мг/сут. В январе 2009 г. диагностирована беременность. В I триместре отмечалось трехкратное повышение активности трансаминаз, ГГТП и ЩФ, сопровождавшееся кожным зудом, слабостью. Проводилось динамическое наблюдение за боль-

ной, «печеночными пробами», а также исследование на маркеры вирусных гепатитов. Доза УДХК была увеличена до 1 г в сутки, назначалась симптоматическая терапия. Начиная со II триместра показатели активности трансаминаз и ЩФ уменьшились и до конца беременности не превышали двукратной нормы. Роды прошли в срок, ребенок здоров. Наблюдение за пациенткой продолжается.

Возможность возникновения и сохранения беременности у женщин с аутоиммунными заболеваниями печени свидетельствует о существовании естественных иммуносупрессивных механизмов, обеспечивающих в большинстве случаев благополучное завершение беременности [5]. Развитие и сохранение беременности возможно еще и благодаря адекватно проводимой терапии, возможной при правильно поставленном диагнозе и позволяющей женщине планировать беременность на период ремиссии. Все сказанное в определенной степени относится и к хроническим воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК). При этом следует отметить, что беременность может развиться у женщин, уже страдающих ВЗК, а также способствовать их дебюту. В качестве примера такого дебюта ВЗК в начале беременности приведем историю болезни больной К., 19 лет, которая заболела в июне 2008 г. после переутомления в связи с подготовкой к экзамену – появились температура до 37,7°C, жидкий стул до 5–6, а затем до 12 раз в сутки с отхождением небольшого количества кала с примесью слизи и крови, тенезмы, артралгии. Был диагностирован язвенный колит (ЯК) с тотальным поражением кишки, среднетяжелым течением, активность II ст., тяжелой анемией. Проводилась терапия преднизолоном, начиная с 40 мг/сут, месалазином 3,0 г/сут + свеча 500 мг на ночь, антибактериальная, симптоматическая терапия (ферменты, синбиотики, препараты железа), трижды производилось переливание эритроцитарной массы. На фоне проведенной терапии состояние больной улучшилось, преднизолон был постепенно отменен, и она была выписана с рекомендацией продолжить прием месалазина в дозе 3,0 г/сут + свеча 500 мг на ночь, преднизолона – до 10 мг/сут вплоть до родов при удовлетворительном состоянии пациентки. Родоразрешение произошло в срок, методом кесарева сечения (по акушерским показаниям). Ребенок здоров. В послеродовом периоде прием преднизолона в поддерживающей дозе (10 мг, затем 5 мг в сутки) продолжался еще в течение 2 недель, после чего был отменен. Все это время пациентка кормила ребенка грудью. Наблюдение за пациенткой продолжается.

Следующий пример демонстрирует возрастание активности язвенного колита (ЯК) в послеродовом периоде у пациентки, не получавшей адекватной терапии в течение всей беременности. С., 29 лет, страдает ЯК с 20-летнего возраста, когда впервые появился учащенный до 5–6 раз в сутки стул с примесью крови и слизи. Была госпитализирована в инфекционную больницу с подозрением на дизентерию, диагноз не подтвердился, диагностирована дистальная форма ЯК (проктосигмоидит), последующая терапия проводилась гастроэнтерологом – назначался сульфасалазин и гидрокортизон в виде

клизм с положительным эффектом. Обострения возникали 1–2 раза в год. В неактивный период получала поддерживающую терапию сульфасалазином 2 г/сут, в активный период дозу увеличивали до 4 г/сут, добавляли клизмы или свечи с глюкокортикостероидами. Первая беременность наступила через 4 года от начала заболевания на фоне ремиссии ЯК. От поддерживающей терапии пациентка отказалась из-за опасения неблагоприятного воздействия лекарственных средств на плод. При сроке 7–8 недель беременности возникли симптомы обострения заболевания (диарея до 8–9 раз в сутки с примесью крови, субфебрилитет). На протяжении всей беременности заболевание оставалось активным. На сроке 22 недели беременности пациентка перенесла грипп. В 25 недель при УЗИ выявлена антенатальная гибель плода, что было расценено как следствие перенесенной вирусной инфекции. Беременность была прервана. В дальнейшем течение заболевания носило рецидивирующий характер, несмотря на постоянную поддерживающую терапию препаратами 5-АСК. Вторая беременность возникла спустя 5 лет на фоне умеренной активности ЯК. Был назначен месалазин перорально в дозе 3 г/сут + ректально 500 мг. От глюкокортикостероидов пациентка категорически отказалась из-за опасения за развитие плода. На сроке 39–40 недель произведено родоразрешение методом кесарева сечения по акушерским показаниям. Родился мальчик весом 3640 г, рост – 53 см. С первых суток после операции у пациентки повысилась температура до фебрильных цифр, появилась диарея с примесью крови до 20 раз в сутки, выраженная слабость. Состояние пациентки было расценено как обострение ЯК с выраженной активностью воспалительного процесса. В терапию был включен преднизолон внутривенно (90 мг/сут), затем перорально (40 мг/сут). С учетом тяжести состояния больной и необходимости назначения высоких доз преднизолона от грудного вскармливания было решено отказаться. На фоне проводимой терапии состояние больной улучшилось. Преднизолон был отменен через 3 месяца, после чего больная была переведена на поддерживающую терапию препаратами 5-АСК. Данный клинический случай свидетельствует о том, что наступление беременности на фоне даже умеренной активности ЯК в отсутствие адекватной терапии может привести к повышению активности на всем протяжении беременности и в послеродовом периоде. Отсюда следует, что беременность необходимо планировать на период ремиссии заболевания, а при ее возникновении в период активности ЯК и настойчивом желании женщины сохранить беременность следует сразу же начинать адекватную терапию, в том числе глюкокортикостероидами. Если симптомы заболевания прогрессируют до такой степени, что становится необходима хирургическая операция, риск для ребенка становится чрезвычайно высоким – внутриутробная смертность достигает 18–40% [6]. Активная стадия болезни, не поддающаяся терапии, является показанием к прерыванию беременности. Риск обострения ВЗК во время беременности оценивается неоднозначно. По мнению У. Лейшнера [5], у 30–50% пациенток с ВЗК беременность приводит к ухудшению течения заболевания и риску быстрого рецидивирования после родов. Другие авторы считают, что влияние беременности на течение ВЗК не существенно, поскольку рецидивы заболевания во время беременности возникают так же часто, как и вне беременности [7]. Результаты двух зарубежных исследований [8, 9] показали, что беременность позитивно влияет на общее течение ВЗК, в частности, болезни Крона: с увеличением количества родов уменьшается потребность в хирургическом вмешательстве. Поскольку симптомы ВЗК являются результатом гиперактивного иммунного ответа, ослабление иммунной системы во время беременности, предотвращающее отторжение зародыша, часто вызывает наступле-

ние ремиссии заболевания. Чем больше генетические отличия женщины и плода, тем больше заторможена иммунная система для предотвращения отторжения зародыша, и, соответственно, лучше самочувствие женщины, поэтому в некоторых случаях беременность вызывает стихание симптомов ВЗК и некоторые пациентки считают, что чувствовали себя лучше всего именно тогда, когда были беременны. Несмотря на противоречивость данных о влиянии беременности на течение ВЗК, все исследователи сходятся во мнении, что такие женщины составляют группу высокого риска развития осложнений беременности, особенно если она протекает на фоне активного воспалительного процесса в кишечнике [10]. При этом рецидив ВЗК во время беременности наиболее вероятен в I триместре, а также в послеродовом периоде.

Увеличение количества проведенных операций по трансплантации печени, в том числе в России, дало шансы на лечение многих тяжелых болезней, исход которых ранее считался неблагоприятным. К настоящему времени накоплены данные, позволяющие анализировать отдаленный исход трансплантации печени. Появляется все больше сведений о том, что у молодых женщин, перенесших трансплантацию печени, развивается беременность, иногда даже – повторная. Под нашим наблюдением находится больная Г., 1986 года рождения, которой в 2004 г. в РНЦХ РАМН им. Петровского была проведена ортотопическая трансплантация правой доли печени от живого родственного донора (отца) по поводу цирроза печени с фульминантной печеночной недостаточностью на фоне болезни Вильсона – Коновалова. В послеоперационном периоде пациентка принимала циклоспорин (сандиммун неорал) в суточной дозе 250 мг. В 2008 г. у пациентки развилась желаемая беременность, которая протекала без каких-либо осложнений. Во время беременности доза циклоспорина не уменьшалась. Беременность закончилась своевременными родами здоровой девочки ростом 48 см и массой тела 2970 г на сроке беременности 39 недель. Роды проходили естественным путем. Послеродовый период также протекал без осложнений. На период кормления циклоспорин не отменялся. 3-летний период наблюдения не выявил каких-либо серьезных отклонений в состоянии здоровья пациентки и развитии ребенка. Продолжается иммуносупрессивная терапия. Пациентка планирует вторую беременность.

В литературе имеются сообщения об успешно закончившейся беременности у женщин с циррозом печени [11, 12]. Это подтверждается и нашими наблюдениями. В качестве примера успешно завершившейся беременности у пациентки с циррозом печени приводим историю больной М., 1973 года рождения. С июля 2005 г. у пациентки был диагностирован алкогольный цирроз печени. При первичном обращении ее беспокоили боль в правом подреберье, тошнота, увеличение живота, боли в ногах по типу полинейропатии и их отечность. Печень при пальпации + 4 см, плотная, бугристая, безболезненная. В сентябре 2005 г. появились «сосудистые звездочки», множественные петехии в области бедер, груди, кожный зуд. Печень при пальпации + 11–12 см. С октября 2005 г. – инвалид 3 группы. Все это время продолжала прием алкоголя, периодически лечилась стационарно и амбулаторно с временным эффектом. В феврале 2007 г. диагностирована беременность. Беременность желаемая. Ранее были 2 выкидыша. На момент обследования во время беременности диагноз: «цирроз печени алкогольного генеза, субкомпенсированный, умеренной активности; портальная гипертензия III ст.; варикозное расширение вен пищевода II–III ст.; рефлюкс-эзофагит II ст.; печеночная недостаточность II степени; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения (язва луковицы двенадцатиперстной кишки на передней стенке 4 мм, эрозивный гастродуоденит)». Отме-

чалась умеренная иктеричность кожи и склер, печень + 15 см, плотная, край неровный, острый, поверхность бугристая. При дополнительном лабораторном и инструментальном исследовании выявлено трехкратное повышение уровня трансаминаз, ГГТП, умеренное повышение сывороточной ЩФ, выраженная гипербилирубинемия, гипоальбуминемия, диспротеинемия, анемия. Было назначено лечение, которое пациентка принимала нерегулярно. Неоднократно с пациенткой проводились беседы, в том числе созывались консилиумы, о необходимости искусственного прерывания беременности в связи с опасностью для состояния здоровья, от чего она категорически отказывалась на протяжении всего периода. Несмотря на тяжесть соматической патологии, беременность у пациентки протекала относительно благополучно. В III триместре она была госпитализирована в связи с ростом сывороточного билирубина и усугублением анемии. Однако после проведенной терапии все показатели возвратились к исходным значениям. Роды произошли в срок 38 недель методом кесарева сечения. Родился здоровый ребенок – девочка ростом 50 см и массой тела 3230 г. Послеродовый период для пациентки осложнялся метроррагией. Признаков декомпенсации печеночного процесса не было зафиксировано. В течение последующих 2 лет отмечалось прогрессирующее ухудшение состояния, что требовало повторных госпитализаций, но стационарное лечение давало нестойкий эффект. В 2010 г. пациентка умерла от остро го отравления суррогатами алкоголя. Ребенок здоров, на попечении родственников.

Несмотря на возможность благополучного исхода беременности, женщинам с циррозом печени рекомендуется эффективная негормональная контрацепция, а в случае наступления беременности должно быть предложено и настоятельно рекомендовано ее прерывание на ранних сроках. Показаниями к прерыванию беременности являются декомпенсация патологического процесса в печени, выраженная портальная гипертензия, печеночная недостаточность. При наступившем желании женщины, отсутствии признаков декомпенсации печеночных функций и выраженной портальной гипертензии беременность может быть сохранена, однако последствия непредсказуемы. Декомпенсация цирроза печени в период беременности наблюдается в 50% случаев, самопроизвольные аборт – в 8%, преждевременные роды – в 2%, мертворождение – в 5% случаев, а перинатальная смертность достигает 20% [13]. Данные по материнской смертности при циррозе печени малочисленны и противоречивы. Согласно одним данным, общие показатели смертности не отличаются от популяции больных с циррозом печени. Другие исследователи приводят сведения о том, что материнская смертность при циррозе печени составляет 10,5%, 2/3 которой обусловлено кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода, а 1/3 – печеночной недостаточностью. Частота развития кровотечений из вен пищевода у беременных, страдающих циррозом печени, составляет 19–27%. Кровотечения возникают чаще во II или начале III триместра беременности, что связано с нарастанием объема циркулирующей крови, повышением давления в системе портальных вен, а также частым развитием рефлюкс-эзофагита [14, 15]. Послеродовые кровотечения отмечаются у 24% женщин с циррозом печени. Несмотря на кажущийся значительным риск кровотечения при рвоте беременных и во втором периоде родов (повышение внутрибрюшного давления) пищеводные кровотечения в I триместре беременности и в родах описываются крайне редко [14].

Изжога, являющаяся в значительном числе случаев проявлением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), у беременных нередко сочетается с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и билиарными дисфункциями. В нашей прак-

тике имеется несколько длительных наблюдений за молодыми женщинами, страдающими одновременно или в разные периоды данными заболеваниями. В качестве примера – история больной Ч., 1984 года рождения. При обращении в 2003 г. пациентка предъявляла жалобы на ежедневную изжогу 4–5 раз в день, вздутие и боли в животе неопределенного характера, запоры. По результатам исследования, включающего в себя ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости, суточное пищевода-желудочное рН-мониторирование, хелик-тест и др., был выставлен диагноз: «эндоскопически негативная ГЭРБ; грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; ДРБТ по типу гипомоторной дискинезии желчного пузыря и гипертонуса сфинктера Одди; СРК (вариант с запорами); нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу». Проводилось длительное этапное лечение ИПП, антацидами, прокинетики, препаратами, нормализующими функцию кишечника, желчевыводящих путей, синбиотиками. В начальном периоде наблюдения у пациентки преобладали симптомы ГЭРБ, которые удалось купировать на фоне проводимой терапии лишь спустя 5 месяцев. После прекращения антисекреторной терапии изжога не возобновлялась. В последующем ухудшения состояния ассоциировались с симптомами билиарной дисфункции или СРК. В 2008 г. у пациентки развилась беременность, осложнившаяся ранним токсикозом. Начиная со II триместра вновь появилась частая изжога, не купирующаяся антацидами, а позднее – запоры. Был назначен пантопразол 40 мг/сут в сочетании с гасталом, а также лактулоза 15 мл/сут. На фоне лечения интенсивность изжоги уменьшилась к 7-му дню, к 15-му дню изжога отмечалась уже крайне редко, в связи с чем пантопразол был отменен. Регулярный ежедневный стул был достигнут к 10-му дню лечения. Использовались курсы синбиотические препараты и зубикор. Роды прошли благополучно. Родился здоровый мальчик нормального роста и массы тела. После родов состояние пациентки удовлетворительное. Данный случай демонстрирует комбинированность расстройств функционирования органов пищеварительной системы, которые во время беременности рецидивируют и требуют адекватной медикаментозной коррекции, продолжительность которой определяется индивидуально. На наш взгляд, в подобных ситуациях предпочтительной тактикой лечения беременных является не выжидательная, безусловно ухудшающая качество жизни пациенток, усугубляющая психоэмоциональные расстройства и течение заболеваний, а более активная, быстро и адекватно устраняющая негативную симптоматику и связанный с ней стресс.

Для периода беременности характерно увеличение провоспалительного потенциала мезенхимальных тканей и обострение ранее существовавших хронических заболеваний органов пищеварительной системы (панкреатита, холецистита, болезней печени, аноректальной патологии). В этот период существенно возрастает нагрузка на печень, снижается ее дезинтоксикационная функция. Даже при физиологически протекающей беременности можно выявить некоторые отклонения биохимических показателей функций печени (умеренное повышение ЩФ, холестерина, α_1 - и α_2 -глобулинов, снижение альбумина). При повышении нагрузки на печень у беременной изменения ее функционального состояния развиваются значительно быстрее. Поэтому нередкими являются случаи лекарственного гепатита на фоне применения, казалось бы, не опасных для беременных и традиционно им назначаемых препаратов. В нашей практике имеется несколько таких случаев, в том числе с пятикратным повышением уровня трансаминаз у беременной в III триместре на фоне использования витаминно-минеральных комплексов, препарата железа и йода. У этой пациентки беременность удалось сохранить, однако так бывает не всегда. По-

вышение активности трансаминаз при исключении вирусного гепатита требует серьезной дифференциальной диагностики и, в первую очередь, исключения острой жировой печени беременных – крайне тяжелой патологии беременности, требующей срочного родоразрешения.

Во время беременности на фоне гормональных перестроек наблюдается увеличение вязкости желчи, что в сочетании с моторно-тоническими расстройствами желчного пузыря способствует развитию холелитиаза и дебюту желчнокаменной болезни (ЖКБ), в том числе клиникой острого холецистита, требующей проведения экстренных хирургических вмешательств. Риск развития ЖКБ увеличивается при повторных беременностях у женщин, страдающих хроническим холециститом и имеющих несколько факторов риска. Обострения чаще всего происходят во II триместре. В качестве иллюстрации приведем пример больной Г., 29 лет, у которой начальные симптомы билиарной патологии (боли в правом подреберье, субфебрилитет, горечь и сухость во рту по утрам в сочетании с запорами и изжогой) были впервые зарегистрированы во время первой беременности в 1999 г. Был диагностирован хронический холецистит в стадии обострения. После родов, проведенного лечения и на фоне соблюдения диетических рекомендаций состояние больной длительно оставалось удовлетворительным, хотя после погрешностей питания отмечались периодические боли в правом подреберье, купируемые приемом спазмолитиков. В 2003 г. больная перенесла тяжелую стрессовую ситуацию, во время которой похудела на 15 кг. В 2004 г. во время 2-й беременности клиника холецистита рецидивировала. При УЗИ были обнаружены множественные камни в желчном пузыре от 0,5 до 0,9 см в диаметре. От прерывания беременности по медицинским показаниям категорически отказалась. Было проведено консервативное лечение. В последующем боли в правом подреберье периодически рецидивировали, появилась клиника панкреатита. Больная неоднократно осматривалась консилиумом специалистов с участием хирурга. Рассматривалась возможность лапароскопической холецистэктомии во время беременности. Тем не менее, беременность удалось пролонгировать, проводя консервативную терапию. Холецистэктомия была проведена в плановом порядке после родоразрешения. При последующем наблюдении за пациенткой (вплоть до 2010 г.) периодически отмечались эпизоды болевого синдрома в правом подреберье, сопровождающиеся диспепсией и нарушением стула, которые рассматривались как проявления дисфункции сфинктера Одди и хронического панкреатита. Во время последнего УЗИ были обнаружены признаки холедохолитиаза.

Хорошо известно, что беременность требует чрезвычайной осторожности при назначении лекарственных препаратов. Тем не менее, более половины беременных их используют – как по назначению врача, так и без назначения. В ряде случаев их прием происходит до того, как женщина узнает о своей беременности, в других случаях – во время беременности, но без консультации с врачом. Оба эти варианта являются крайне неблагоприятными, особенно если использовались препараты, противопоказанные для беременных, обладающие потенциально эмбриотоксичным или тератогенным эффектом, делающие течение беременности и развитие плода в определенной степени непредсказуемым. Основной проблемой медикаментозной терапии беременной является правильная оценка соотношения степени риска и потенциальной пользы от назначения лекарственного препарата для организма женщины и плода, в т.ч. на отдаленный период. В связи с этим необходимо особо подчеркнуть два момента. Во-первых, медикаментозная терапия беременной должна назначаться и контролироваться исключительно врачом-специалистом, который основывается

на знании особенностей патологии у беременных и клинико-фармакологических характеристик назначаемых препаратов. Во-вторых, следует пересмотреть отношение к лечению женщин детородного возраста в целом. Действительно, часто ли при назначении обследования и лечения врач спрашивает у такой женщины о наличии беременности и ее ближайших планах в отношении беременности? А ведь в лечение многих заболеваний проводится длительными многомесячными курсами. В отношении многих препаратов нет данных о возможности применения во время беременности, тем более в начале ее развития. По другим, даже широко применяемым препаратам, данные противоречивы. Таким образом, при назначении и планировании медикаментозной терапии женщинам детородного возраста следует уточнять наличие беременности и ее планирование на этот период. При необходимости назначения лекарств беременным ожидаемые преимущества должны превалять над возможным риском от проводимого лечения для здоровья беременной и развития плода. Не вызывает сомнения то, что медикаментозную терапию беременных по возможности лучше откладывать на послеродовый период или даже на период после прекращения кормления ребенка грудью. Однако это не всегда возможно. Более того, подобная тактика может привести к неблагоприятному исходу беременности и серьезному ухудшению состояния здоровья женщины. При назначении медикаментозной терапии должны учитываться срок беременности (ряд препаратов может применяться только в определенные сроки беременности), возможность изменения дозы, необходимость приема препарата или продолжения его приема после родов, в период лактации. Прежде чем начинать какое-либо лечение, его следует обсудить с пациенткой и ее акушером. Пациентка должна быть подробно информирована о своем заболевании, его особенностях во время беременности, возможных рисках для ее течения и развития плода, в том числе при отсутствии адекватной терапии, а также о необходимости и характере назначаемой медикаментозной терапии и возможных побочных эффектах.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Mahadevan U., Kane S.* Рекомендации Института Американской гастроэнтерологической ассоциации по медикаментозному лечению заболеваний желудочно-кишечного тракта у беременных // Клини. гастроэнтерол. и гепатол. – 2008. – Т. 6. – С. 426–431.
2. *Prather C.M.* Pregnancy-related constipation // *Current. Gastroenterol. reports.* – 2004. – Vol. 66. – P. 402-404.
3. *Халиф И.Л. и др.* Влияние запора у беременных на состояние кишечной и генитальной микрофлоры и проницаемость кишечника // Рос. мед. вести. – 2004. – Т. 1. – С. 43–47.
4. *Еремينا Е.Ю., Машарова А.А.* Заболевания органов пищеварительной системы у беременных. – Саранск, 2009. – 201 с.
5. *Лейшнер У.* Аутоиммунные заболевания печени и перекрестный синдром / Пер. с нем. А. Шенгулин. – М., 2005. – 176 с.
6. *Korelitz B.I.* Inflammatory bowel disease and pregnancy // *Gastroenterol. Clin. North. Am.* – 2008. – Vol. 27. – P. 213–224.
7. *Rogers R.G., Katz V.L.* Cours of Crohn's disease during pregnancy and its effect on pregnancy outcome // *Am. J. Perinatal.* – 1999. – Vol. 12. – P. 262–264.
8. *Castiglione F., Pignata S., Morace F. et al.* Effect of pregnancy on the clinical course of a cohort of women with inflammatory bowel disease // *Ital. J. Gastroenterol.* – 2006. – Vol. 28. – P. 199–204.
9. *Buyon J.P.* The effects of pregnancy on autoimmune diseases // *J. Leukoc. Biol.* – 2001. – Vol. 63. – P. 281–287.
10. *Успенская Ю.Б., Григорьева Г.А.* О проблеме беременности при болезни Крона и язвенном колите // *Лечащий врач.* – 2009. – Т. 11. – С. 84–88.
11. *Клинические рекомендации. Гастроэнтерология /* Под ред. В.Т. Ивашкина. – М., 2006. – С. 208.
12. *Teichman von W., Hauzeur T., During R.* Lebererkrankungen und Schwangerschaft // *Zbl. Gynecol.* – 2005. – Bd 107, Nr. 19. – S. 1106–1113.
13. *Игнатова Т.М., Апросина З.Г., Шехтман М.М. и др.* Вирусные хронические заболевания печени и беременность // *Акуш. и гинекология.* – 1993. – Т. 2. – С. 20–24.
14. *Britton R.C.* Pregnancy and esophageal varices // *Am. J. Surg.* – 2002. – Vol. 143. – P. 421–425.
15. *Cheng Y-S.* Pregnancy in liver cirrhosis and/or portal hypertension // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1997. – Vol. 128. – P. 812–822.