Gynekology1(2010).qxd 19|03|10 11:26 Page 46

для диатермии в настоящее время сняты с производства, эту процедуру можно заменить другим физическим методом лечения, например индуктотермией на область почек.

Серьезное внимание следует уделять предупреждению и лечению запоров. Показана диета, богатая клетчаткой: черный хлеб, щи, борщ, свекольник, окрошка, зеленые щи, говядина, свежая рыба, максимальное включение в пищевой рацион овощей, гречневая каша из поджаренной крупы, яйца, сыр, сметана, творог, простокваша, компоты, ягоды, фрукты, мед, чернослив. Широко применяются растительные слабительные средства.

Если гидронефроз сопровождается инфекцией мочевыводящих путей, следует назначить такое же лечение, как при пиелонефрите.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения возникает необходимость в хирургическом вмешательстве. Показанием для операции являются частые рецидивы пиелонефрита беременных с упорным лихорадочным состоянием, повторные приступы почечной колики, не поддающиеся лечению. Подготовка к операции требует тщательного рентгенологического исследования, поэтому по возможности желательно отсрочить операцию на послеродовой период или произвести родоразрешение беременной преждевременно.

Если функция паренхимы почки сохранена, а причина, вызвавшая гидронефроз, может быть устранена хирургическим путем, показана одна из пластических операций в области лоханочно-мочеточникового соустья. У некоторых больных производят нефрэктомию, когда гидронефроз односторонний, но резко выражена атрофия паренхимы и функция почки серьезно нарушена. Если вторая почка поражена гидронефрозом или другим заболеванием, нефрэктомия противопоказана.

Лечение беременных, больных калькулезным инфицированным гидронефрозом, представляет большие трудности. При этом заболевании здоровье больной, течение беременности, а также благополучные исходы родов и послеродового периода находятся под угрозой. Повышение внутрибрюшного давления, а следовательно, внутрилоханочного и почечного давления во время беременности, особенно в период родов, может содействовать генерализации инфекции, поражению здоровой почки, а иногда и всего организма; это может привести к возникновению послеродового сепсиса. Поэтому некоторые авторы считают наиболее целесообразным ликвидировать инфекционный очаг в организме своевременно, т.е. восстановить нарушенный пассаж мочи нефростомией или произвести нефрэктомию. При поздних сроках беременности и желании женщины сохранить ее вопрос решается в пользу того или иного вида оперативного вмешательства. Однако в послеоперационном периоде не исключается возможность преждевременных родов. Поэтому таким больным должны быть проведены все мероприятия, обеспечивающие сохранение беременности.

Литература
1. Захарова Е.В. Нефрологические аспекты беременности (диагностика, тактика, прогноз). Гинекология. 2008; 10 (6): 4–12.
2. Кремлинг Х., Лутцайер В., Хайнтц Р. Гинекологическая урология и нефрология. М.: Медицина, 1985.
3. Кочи М.Н., Гилберт Г.Л., Браун Дж. Клиническая патология беременности и новорожденного. М.: Медицина, 1986.
4. Лопаткин НА., Шабад АЛ. Урологические заболевания почек у женщин. М.: Медицина, 1985.
5. Демидов В.Н., Пытель АЯ., Амосов АМ. Ультразвуковая диагностика в уронефрологии. М.: Медицина, 1989.

Запоры у беременных: тактика ведения и лечения

М.Ю.Соколова
Перинатальный медицинский центр (гл. врач – проф. М.А.Курцер), Москва

Запор – это состояние, проявляющееся урежением актов дефекации до двух раз в неделю или менее и(или) выделением твердых каловых масс, сопровождающееся ощущением напряжения при дефекации. Запор характеризуется также уменьшением суточной массы кала, хотя этот показатель весьма различается в зависимости от социально-экономических и региональных условий. В разных популяциях населения существенно различается и нормальный ритм дефекации. Согласно данным эпидемиологических исследований, в развитых странах хроническими запорами страдают до 40% населения.

Важнейшее значение для правильного понимания характера запора у конкретной пациентки имеет выяснение его причины. Условно, причины запора можно разделить на 3 группы, причем существенную роль в природе запоров имеют нарушения нормальной перистальтики кишки.

Запоры могут быть разделены на 3 группы: первичные, вторичные и идиопатические. Причинами первичных запоров являются аномалии и пороки развития толстой кишки. Вторичные запоры являются следствием различных болезней и побочного действия лекарств. К идиопатическому относят запор, являющийся следствием нарушений моторной функции толстой кишки, причина которых неизвестна (инертная кишка, идиопатический мегаколон и др.).

Патофизиологические типы хронического запора

Алиментарный тип

1. Повышенная внекишечная потеря воды
2. Уменьшенное потребление пищи
3. Уменьшенное потребление воды
4. Уменьшение в рационе пищевых волокон

Механический тип (нарушение кишечной проходимости)

1. Тонкокишечная непроходимость:
   – при сдавлении кишки снаружи (спайки, опухоли других органов);
   – внутристеночная (дивертикул);
   – внутрипросветная (рак, другие опухоли);
2. Толстокишечная непроходимость:
   – при сдавлении кишки снаружи;
   – внутристеночная (дивертикулит, гематома);
   – внутрипросветная (рак, другие опухоли);
3. Анальная непроходимость:
   – при сдавлении снаружи (фиброз, парапроктит);
   – внутрипросветная (опухоль);
   – при аноректальных пороках (атрезия, стеноз).

Гипо- и дискинетический тип (снижение скорости транзита по кишечнику)

- Сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта (геморроидальная болезнь, анальные трещины, дивертикулярная болезнь)
- Системные заболевания (сахарный диабет, гиперкальциемия, гипотиреоз, почечная недостаточность, депрессия)
- Побочные действия лекарств (опиаты, нейролептики, соли алюминия, противовоспалительные нестероидные препараты, гипотензивные препараты)

- Неврологические причины (болезнь Гиршпрунга, автономная нейропатия, болезнь Паркинсона, повреждение или компрессия спинного мозга)
- Другие причины (беременность, кишечный дисбактериоз, идиопатические нарушения транзита)

Клинико-диагностические особенности

Основными клиническими проявлениями хронического функционального запора являются следующие симптомы (либо их сочетание), проявляющиеся в течение по крайней мере 12 нед непрерывно или дискретно (Римские критерии):

– затруднение при более 1/4 дефекаций
– вздутие живота или твердый кал при более 1/4 дефекаций;
– чувство незавершенности эвакуации при более 1/4 дефекаций;
– мануальная помощь при осуществлении более 1/4 дефекаций;
– менее 3 дефекаций в неделю.

Диагноз устанавливается в результате:

– сбора анамнеза (исключение недостаточного количества пищевых волокон в рационе, исключение влияния приема лекарственных средств, выявление «симптомов тревоги»);
– клинического обследования (пальпация брюшной полости, ректальное исследование);
– лабораторно-инструментальные исследования (развернутый клинический анализ крови, анализ кала для выявления «симптомов тревоги»: анемия, увеличение СОЭ, положительная реакция Вебера; биохимические анализы крови и определение уровня гормонов в крови;
– при наличии «симптомов тревоги» инструментальные исследования (ректороманоскопия, колоно- или ирригоскопия).

Вторичные запоры

Запоры, возникающие у женщин в период беременности, могут быть отнесены к вторичным. Причиной задержек стула в I триместре беременности является повышенная продукция прогестерона, а в поздние сроки – сдавление толстой кишки увеличенной маткой. На сегодняшний день запор – одна из самых распространенных гастроэнтерологических проблем у беременных. Его частота, по данным разных авторов, составляет от 17 до 50%. Чаще всего запоры возникают в период с 17 до 36-й недели гестации. Запор — самая частая патология кишечника во время беременности и в послеродовом периоде. С ней сталкиваются практически все гинекологи и 50% беременных женщин. Дискинезия толстой кишки выявляется у 115 из 200 беременных женщин. Столь значительное распространение этой патологии у беременных обусловлено физиологическими сдвигами в системе пищеварения и изменением ее регуляции на протяжении гестационного периода.

Во время беременности, особенно со второй ее половины, кишечник подвергается, во-первых, сдавлению увеличенной маткой, нарушая тем самым его моторно-эвакуаторную функцию. Во-вторых, вследствие повышения порога возбудимости его рецепторов к биологически активным веществам у беременных происходит ослабление автоматической ритмической деятельности кишечника. Простагландины, влияя на тонус гладкой мускулатуры, активизируют деятельность кишечника. Однако при беременности он становится толерантным к обычным физиологическим раздражителям. Это биологически оправданно, так как при наличии общей с маткой иннервации всякое чрезмерное повышение перистальтики кишечника могло бы возбудить сократительную деятельность матки, вызвав угрозу прерывания беременности. В-третьих, прогестерон, действующий расслабляюще на гладкомышечную ткань, вызывает также снижение тонуса гладкой мускулатуры кишечника. Таким образом, гипотоническое состояние кишечника во время беременности – не что иное как защитная реакция, но ее следствием являются запоры, которые можно рассматривать как патологию – нарушение эвакуаторной функции кишечника, его дискинезию.

Gynekology1(2010).qxd 19|03|10 11:26 Page 48

Однако трудно выделить какую-либо одну причину, которая приводит к запору во время беременности. Как правило, здесь действует совокупность различных факторов.

Не секрет, что длительный толстокишечный стаз является нежелательным и может приводить к ряду расстройств. В частности, это активация условно-патогенной микрофлоры, транслокация микробов и их токсинов через кишечную стенку, что как минимум является фактором риска, а в ряде случаев и непосредственной причиной осложнений беременности, родов и послеродового периода. Поэтому запоры – это та патология, которую нельзя оставлять без внимания. Ее необходимо лечить.

Запор при беременности является реальной угрозой здоровью матери и будущего ребенка. Он вызывает нарушения в биоценозе толстой кишки, которые в свою очередь вызывают нарушение биоценоза цервикального канала влагалища, что может явиться причиной восходящего инфицирования плода и развития различных осложнений гестационного периода. Течение беременности на фоне толстокишечного стаза часто осложняется угрозой прерывания, несвоевременным излитием околоплодных вод, эндометритом.

Запор также вызывает повышение проницаемости кишечной стенки и нарушает ее барьерную функцию, которая не компенсируется даже в послеродовом периоде. При запоре беременных отклонения иммунологических параметров в 2–3 раза тяжелее гестационных. При отсутствии адекватной терапии слабительным препаратом гестационный запор в конечном итоге является одним из факторов риска гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде.

Основные принципы профилактики и лечения

При лечении хронического функционального запора принципиально важными считаются: диетические рекомендации (увеличение приема пищевых волокон и потребление жидкости до 1,5–2 л в сутки), мероприятия по изменению двигательного режима (избегать малоподвижного образа жизни, длительного сидения), назначение слабительных средств.

Группы слабительных средств:

1. Средства, усиливающие секрецию или непосредственно влияющие на эпителиальные, нервные или гладкомышечные клетки (раздражающие средства):
   – Антрахиноны (сенна);
   – Производные дефенилметана (фенолфталеин, бисакодил, пикосульфат натрия);
   – Рацинолевая кислота (касторовое масло).
2. Осмотические вещества:
   – Солевые (сульфат магния);
   – Слабоабсорбируемые ди- и полисахариды (лактулоза);
   – Спирты (полиэтиленгликоль).
3. Средства, увеличивающие объем кишечного содержимого (семя подорожника, отруби).
4. Средства, размягчающие каловые массы (минеральные масла).

Приемлемость и безопасность

Лечение хронического запора при беременности сопряжено с трудностями, обусловленными ограниченностью арсенала слабительных средств, разрешенных для применения в этот период.

Раздражающие слабительные (препараты сены, бисакодил, касторовое масло) могут вызвать рефлекторные боли, диарею, нарушение электролитного обмена, развитие привыкания и оказывают мутагенное действие.

Размягчающие слабительные средства (вазелиновое масло и др.) депонируются в стенке кишечника, что может приводить к нарушению всасывания жирорастворимых витаминов.

Средства, увеличивающие объем кишечного содержимого (пищевые волокна – клетчатка и пектин), требуют приема большого количества жидкости, что нарушает водный баланс и может провоцировать отеки, кроме того, необходимый эффект развивается через 10–20 дней.

Таким образом, очевидно, что спектр слабительных препаратов, которые можно применять при беременности, значительно сужается, поскольку они должны быть безопасны для плода, для женщины и для нормального течения беременности. Существует группа будущих мам, которые вступают в беременность, уже имея запор. Женщины, страдающие запорами вне беременности и злоупотребляющие в связи с этой проблемой определенными лекарственными препаратами, формируют для себя стиль жизни с проблемой запора. Во время беременности необходимо скорректировать этот стиль, сменив или добавив препараты, которые не окажут на течение беременности своего влияния. Выбор подходящего слабительного препарата ни в коем случае нельзя давать на откуп самим пациенткам – самолечение слабительными препаратами во время беременности особенно нежелательно.

Для лечения запоров у беременных не требуется специальной диеты, рекомендуется лишь пища, содержащая большое количество клетчатки – целлюлозы. В кишечнике она не переваривается, а только набухает и увеличивает общую массу химуса, поэтому беременным рекомендуется включать в рацион свежие и кулинарно обработанные овощи и фрукты. Женщинам, страдающим запорами, не следует употреблять крепкий чай, черный кофе, какао, шоколад, белый хлеб, особенно высокосортный, мучные и слизистые супы, манную кашу, чернику, бруснику.

Основным принципом при выборе слабительного средства у беременных являются высокие стандарты безопасности, обеспечивающие нормальное развитие плода. Возможность применения традиционных слабительных средств при беременности сильно ограничена. Требуется с большой осторожностью подходить к выбору слабительного средства во время беременности. Следует также подчеркнуть, что клинические испытания, посвященные изучению безопасности и переносимости слабительного препарата при беременности, могут проводиться с участием лишь очень ограниченного числа пациентов этой категории. Именно поэтому приходится часто сталкиваться с фразой: «...опыт применения при беременности отсутствует».

Дюфалак

В настоящее время препаратом выбора слабительного средства у беременных, который разрешен к применению, является препарат Дюфалак.

Дюфалак мягко устраняет запор, восстанавливая самостоятельную работу кишечника и способствуя росту собственных бифидо- и лактобактерий. Клиническая эффективность и безопасность препарата Дюфалак обусловлена его влиянием на метаболизм кишечной микрофлоры. При его производстве используется молочная сыворотка, которая получается в процессе приготовления сыра. Затем из лактозы производится лактулоза, которая представляет собой дисахарид фруктозы и галактозы, которые и являются основным действующим началом препарата Дюфалак. Это вещество не всасывается и не расщепляется, так как в организме человека нет ферментов, которые могли бы расщеплять лактулозу.

В процессе своего фармакологического действия препарат Дюфалак метаболизируется микрофлорой толстого кишечника до короткоцепочечных жирных кислот, что приводит к повышению осмотического давления, снижению pH и увеличению биомассы сахаролитических бактерий. Как следствие, усиливается перистальтика и происходит нормализация стула. Дюфалак обладает уникальным сочетанием осмотического и пребиотического эффектов. Дюфалак не расщепляется и не всасывается на протяжении всего желудочно-кишечного тракта, попадая в толстый кишечник в неизмененном виде. Там Дюфалак под действием бифидо- и лактобактерий расщепляется до короткоцепочечных жирных кислот.

В результате подкисляется содержимое кишечника и повышается осмотическое давление в толстой кишке, что предотвращает обратное всасывание воды и увеличивает кишечное содержимое. Увеличение биомассы сахаро-

Gynekology1(2010).qxd 19|03|10 11:26 Page 49

литических бактерий также приводит к увеличению кишечного содержимого, а увеличение кишечного содержимого приводит к усилению перистальтики. Тем самым осуществляется мягкая регуляция функции кишечника и развивается слабительное действие.

Механизм действия Дюфалака близок к механизму действия на кишечник пищевых волокон, содержащихся в фруктах, овощах и злаках.

Кроме того, увеличение биомассы сахаролитических бактерий сопровождается активной утилизацией аммиака и азота аминокислот, снижается производство аммиака, образование аммиака протеолитическими бактериями, время его присутствия в кишечнике и всасывание. Это имеет большое практическое значение с точки зрения дезинтоксикации и положительного действия на функцию печени, которая при беременности несет двойную нагрузку.

Таким образом, препарат Дюфалак обладает комплексным, положительным воздействием на организм беременной женщины и является эффективным и безопасным средством лечения запоров у беременных.

Литература
1. Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. (ред). Краткое руководство по гастроэнтерологии. М: М-Вести, 2001.
2. Парфенов А.И. Понос и запор. Клин. мед. 1997; 3: 53–60.
3. Парфенов А.И. Профилактика и лечение запоров у беременных. Гинекология. 2002; 4 (3): 14–7.
4. Подзолкова Н.М., Назарова С.В. Новые возможности лечения толстокишечного стаза у беременных. Гинекология. 2004; 6 (6): 22–7.
5. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии. М.: Триада Х, 2002.
6. Dukas L, Willett W, Giovannucci E. Association between physical activity, fiber intake, and other lifestyle variables and consipation in a study of women. Am J Gastroenterol 2003; 98: 1790–6.
7. Lembo A, Camilleri M. Chronic constipation. N Engl J Med 2003; 349: 1360–8.
8. Paille F et al. An open six-month study of the safety of Transipeg for treating constipation in community medicine. J Clin Res 1999; 2: 65–76.
9. Talley N. Definitions, epidemiology, and impact of chronic constipation. Rev Gastroenterol Disord 2004; 4 (suppl. 2): S3–10.
10. Tramonte S, Brand M, Mulrow C et al. The treatment of chronic constipation in adults. A systematic review. J Gen Intern Med 1997; 12 (1): 15–24.

Поражения поджелудочной железы во время беременности

(в помощь практикующему врачу)

И.В.Маев, Ю.А.Кучерявый, Е.И.Овлашенко, С.В.Петухова
Кафедра пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии (зав. – проф. И.В.Маев)
ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава

Введение

Экстрагенитальная патология может влиять на течение беременности и родов, перинатальную заболеваемость и смертность. В свою очередь беременность и роды нередко отягощают течение основного заболевания, или способствуют развитию заболеваний, непосредственно обусловленных беременностью. Своевременные диагностика и лечение экстрагенитальной патологии позволяют предупредить осложнения течения беременности, осуществить успешное родоразрешение и предупредить осложнения в послеродовом периоде, что значительно снижает как материнскую, так и, безусловно, перинатальную смертность.

Среди заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) во время беременности по частоте встречаемости доминируют панкреатиты, в первую очередь острый панкреатит (ОП). В современной литературе описаны лишь единичные случаи рака ПЖ у беременных женщин. Панкреатит во время беременности является относительно редкой патологией, однако это заболевание характеризуется высокими показателями материнской и перинатальной летальности. Более чем в половине случаев причинами материнской смертности при развитии ОП являются несвоевременная диагностика и недооценка тяжести состояния при постановке диагноза, что свидетельствует о недостаточной информированности специалистов по данному вопросу. Среди многообразия этиопатогенетических аспектов ОП беременных основная роль в его развитии отводится заболеваниям желчевыводящих путей, обусловленных физиологическими процессами при беременности (повышение внутрибрюшного давления, смещение и компрессия внутренних органов, их ситуационная адаптация с вторичными функциональными нарушениями). Существует также генетическая теория возникновения ОП при беременности, основанная на развитии дислипопротеинемии при недостаточности липопротеинлипазы (ЛПЛ), при которой тяжесть течения коррелирует с морфотипом мутации в гене ЛПЛ. Хронический панкреатит (ХП) обусловлен теми же причинами и может развиваться или рецидивировать во время беременности и сразу после родов. Диагностика панкреатитов у беременных, безусловно, затруднена ввиду ограничения применения ряда рентгенологических и зондовых методов исследования. Клиническая картина панкреатита беременных не отличается от таковой у небеременных, и ее особенностью является большее число безболевых форм заболевания.

Первое сообщение об ОП у беременной относится к 1818 г., когда Shmitt и Wein описали 30-летнюю пациентку, умершую от ОП на 4 мес 8 беременности. На возможную взаимосвязь панкреатита и беременности впервые в 1836 г. указал Modiere (цит. по [1]).

Эпидемиология

ОП во время беременности возникает достаточно редко [2, 4, 8, 22, 27]. Его частота варьирует в зависимости от региона, этнических особенностей и составляет 1 (0,02–0,1%) случай на 1000–5000 беременностей [1, 4, 27] или 1 (0,008%) случай на 10–12 000 родов [1, 2]. Подобный разброс частот обусловлен тем, что ОП чаще развивается в III триместре или у первородящих. Имеются указания на то, что ОП развивается и у повторно рожавших женщин, нередко регистрируется на протяжении всей беременности в течение любого триместра (72% случаев), хотя более 52% случаев ОП приходится на III триместр. Следует отметить, что нередко ОП возникает уже в послеродовом периоде [2].

Об актуальности проблемы свидетельствует высокая материнская и перинатальная летальность при ОП в период беременности [22]. Так, для беременных летальность от ОП составляет 20–39% [1, 25], что значительно выше (3,1–6,6%), чем у небеременных женщин детородного возраста. Следует отметить, что уровень материнской смертности возрастает с увеличением срока беременности [1, 2]. По данным ретроспективного анализа материнской смертности M.Qin и соавт., за период с 1989 по 1998 г. среди «острой» патологии органов брюшной полости во время беременности ОП занял первое место по частоте возникновения, что составило 54,6% от всех случаев. В 72,7% случаев причинами материн-