

БОЛЕЗНЬ КРОНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Лисицына А. Ю., Дробуш Н. С.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Плоцкий А. Р.

Актуальность. Актуальность ведения женщин с воспалительными заболеваниями кишечника, таких как язвенный колит и болезнь Крона (далее – БК), связана с тем, что в подавляющем числе случаев эти состояния встречаются в репродуктивном возрасте. Существует мнение, что у пациенток с БК в 80% случаев в период беременности течение заболевания ухудшается. Акушерские осложнения чаще возникают при высокой степени активности воспалительного процесса. Наиболее часто такими осложнениями являются невынашивание беременности и внутриутробная задержка развития плода. Информация о ведении пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника при беременности противоречива. Имеет место недостаточная информированность врачей о возможности специфического медикаментозного лечения БК при беременности. Окончательно не решен вопрос о методах родоразрешения при различной степени активности БК и при различных формах заболевания.

Цель. Изучить данные литературы о влиянии БК на течение беременности, частоту развития осложнений, методах родоразрешения.

Методы исследования. Нами проведен анализ литературных источников, касающихся описания течения беременности при БК.

Результаты и их обсуждение. БК – хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта, которое характеризуется трансмуральным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений. Этиология заболевания не установлена, предполагается, что в развитии его играет роль наследственная предрасположенность, состояние иммунной системы, особенности микробиоты кишечника и факторы окружающей среды [1]. Описано множество полиморфизмов генов, которые могут быть потенциально вовлечены в развитие БК. Результатом генетической предрасположенности и влияния различных пусковых факторов (курение, нервный стресс, характер питания) на фоне особенностей иммунной системы является возникновение воспаления кишечной стенки с гиперэкспрессией провоспалительных цитокинов – главным образом фактора некроза опухоли- α (TNF – Tumor Necrosis Factor).

Наиболее распространенными проявлениями БК являются: хроническая диарея, боли в брюшной полости, лихорадка, снижение массы тела, анемия. Однако на ранних стадиях развития заболевания симптоматика может быть не выражена. К осложнениям БК относят возникновение свищей, межкишечных абсцессов, стриктур желудочно-кишечного тракта, анальные трещины,

кровотечения. В каждом третьем случае БК диагностируется лишь при развитии осложнений [2]. Наиболее часто поражается илеоцекальная область.

БК характеризуется воспалением кишечных крипт, формированием абсцессов, которые прогрессируют до афтоидных изъязвлений. В дальнейшем указанные изменения могут принимать вид глубоких щелевидных продольных и поперечных язв, перемежающихся с участками отека слизистой, что придает ей при эндоскопическом исследовании характерный вид «булыжной мостовой». Гуморальные и клеточные реакции при БК приводят к трансмуральному воспалению кишечной стенки с образованием характерных для болезни Крона саркоидных гранул, состоящих из эпителиоидных гистиоцитов без очагов некроза и гигантских клеток. Трансмуральное распространение воспалительных изменений сопровождается лимфостазом, утолщением стенки кишечника и брыжейки. Распространенное воспаление может приводить к утолщению мышечной пластинки слизистой кишки, развитию стриктур, что может являться причиной кишечной непроходимости [2].

Диагноз БК основывается на клинических, эндоскопических, рентгенологических и гистологических данных.

При беременности клинические проявления БК не имеют специфических особенностей. Если беременность наступает на фоне активной фазы БК, то чаще развиваются осложнения: в два раза повышается частота невынашивания беременности (самопроизвольные аборты, преждевременные роды), новорожденные имеют более низкую массу тела при рождении, установлена более высокая частота мертворождения. В настоящее время не имеется доказательств увеличения риска возникновения пороков развития плода при наличии БК у матери.

Частота развития осложнений у пациентов с БК при беременности не отличается от таковой у пациентов вне беременности. Наиболее систематизированный обзор по данной проблеме – 15 клинических случаев – представлен в работе Germain A. et al. [4]. Основные осложнения – кишечная непроходимость, перфорация кишки, формирование абсцесса, кровотечение. Виды хирургических вмешательств, использованных у этих пациентов, – резекции кишки, колэктомия, наложение илеостомы, дренирование абсцессов. Наибольшие технические трудности возникали при необходимости хирургического лечения в третьем триместре беременности, что связано с размерами беременной матки. По данным указанных авторов, материнская смертность составила 6,7%, перинатальная смертность – 9,1%.

Большинство лекарственных средств, используемых для лечения БК вне беременности, разрешено к использованию и при гестационном процессе. Противопоказан лишь метотрексат. Использование ингибиторов TNF (инфликсимаб, адалимумаб) наиболее эффективно в клинической практике наряду с азатиоприном и препаратами 5-аминосалициловой кислоты [5]. Считается, что низкая активность процесса при БК, достигнутая с помощью лекарственной терапии, является фактором, снижающим риск осложнений при

беременности, соответственно, указанная терапия должна продолжаться и при беременности.

Выбор способа родоразрешения пациентов с БК зависит от активности процесса и наличия осложнений. Родоразрешение путем кесарева сечения применяется в два раза чаще у пациентов с БК, чем в общей популяции. Наиболее целесообразен данный метод родоразрешения при наличии осложнений анальной локализации. В послеродовом периоде лактация не противопоказана.

Выводы. Таким образом, БК является сложными многофакторным заболеванием, находящимся на стыке нескольких медицинских специальностей: гастроэнтерологии, гинекологии, хирургии и др. Для оптимизации ведения беременности у пациентов с БК необходимо планирование беременности на фоне ремиссии, достигнутой с использованием лекарственной терапии. Способ родоразрешения пациентов с БК зависит от характера имеющихся осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова, Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона / Е.А.Белоусова. – М.:Триада, 2002. –127 с.
2. Podolsky, D. K. Inflammatory bowel disease/ D. K Podolsky // N Engl J Med. –2002. – Vol. 347(6). –P. 417–429.
- 3.Тертычный, А.С. Современные подходы к морфологической диагностике воспалительный заболеваний кишечника на материале эндоскопических биопсий / А.С. Тертычный, А.И. Андреев, К. Гебоэс // Архив патологии. – 2011. – Т. 73, № 1. – С. 40–47.
4. Surgery for Crohn’s disease during pregnancy: A national survey/ A. Germain [et al.] // United European Gastroenterology Journal. – 2020. – Vol. 8(6). – P. 736–740.
5. Anti-Tumour Necrosis Factor- α Therapies and Inflammatory Bowel Disease Pregnancy Outcomes: A Meta-analysis/ Z. Shihab[et al.] // J Crohns Colitis. – 2016. – Vol.10(8). – P.979–988.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ

Лисовская А. В., Буйко А. С.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. препод. Губарь Л. М.

Актуальность. Заболевания придаточных пазух – синуситы – занимают около 30% всех заболеваний уха и верхних дыхательных путей. Рентгенография придаточных пазух носа – это информативный и доступный метод исследования, визуализирующий их размеры, состояние