

БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

**Внештатный специалист МЗ ДНР по гастроэнтерологии,
заведующий гастроэнтерологическим диспансерным
отделением ДОКТМО**

Никулин И.Ю

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

- ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ
- ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ И ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА
- ХРОНИЧЕСКИЙ ДУОДЕНИТ И ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДПК
- ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ
- ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ
- ХОЛЕСТАТИЧЕСКИЙ ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ
- ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ
- ХРОНИЧЕСКИЙ КОЛИТ, ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР И СРК
- ГЕМОРРОЙ
- БОЛЕЗНЬ КРОНА, НЯК
- ХОЛЕСТАТИЧЕСКИЙ ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ И ОСТРАЯ ЖИРОВАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ

ГЭРБ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

В настоящее время *гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь* является одним из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Данное заболевание проявляется различными симптомами, и не существует универсального определения этого состояния. ГЭРБ можно было бы определить, как синдром или клиническое состояние, выражающееся в повреждении слизистой оболочки пищевода желудочным соком. Однако такое определение достаточно только в случае ГЭРБ, сопровождающейся развитием рефлюкс–эзофагита. Измерение уровня кислотности может помочь зафиксировать патологический рефлюкс кислоты, но чувствительность слизистой оболочки пищевода к ее воздействию у людей различна. Поэтому для определения болезни важно наличие у пациентов совокупности определенных симптомов. Чаще всего больные ГЭРБ жалуются на изжогу, отрыжку кислым и дисфагию.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

- Термином ГЭРБ обозначают хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное спонтанным, регулярно повторяющимся ретроградным поступлением в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, приводящим к повреждению дистального отдела пищевода и/или появлению характерных симптомов (изжога, ретростернальные боли, дисфагия).
- Гастроэзофагеальный рефлюкс при беременности представляет серьезную проблему. В течение всей беременности изжогу и дисфагию испытывают 30–50% женщин, а в некоторых группах населения ее частота приближается к 80%. Причем 50% женщин испытывают изжогу в течение I триместра беременности, 25% – II триместра и 10% – в III триместре. Различий в частоте изжоги среди первородящих и повторнородящих женщин не выявлено.

²*Dean BB, Crawley JA, Schmitt CM, Wong J, Ofman JJ. The burden of illness of gastro-oesophageal reflux disease: impact on work productivity. Aliment Pharmacol Ther 2003 May 15;17:1309*

ГЭРБ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

- Изжога – это ощущение дискомфорта или жжения за грудиной, распространяющегося кверху от эпигастральной области, иногда отдающего в область шеи. Среди взрослого населения Европы и США изжога – основной симптом ГЭРБ – встречается у 20–40%. Изжога появляется периодически, чаще всего через час после еды, при физической нагрузке, при наклоне тела или в горизонтальном положении. Иногда чтобы купировать изжогу, достаточно выпить воды. В ряде случаев помогает прием антацидов.
- Приступы изжоги могут повторяться достаточно часто и нарушать нормальный образ жизни. Изжога, появляющаяся более трех раз в неделю, существенно ухудшает качество жизни. Существует определенная зависимость между частотой возникновения изжоги, продолжительностью пищеводного клиренса и наличием или отсутствием повреждения слизистой оболочки пищевода. Однако у некоторых пациентов, страдающих выраженным эзофагитом, могут отсутствовать жалобы на изжогу.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЭРБ

- Истинная распространенность ГЭРБ мало изучена. Это связано с большой вариабельностью клинических проявлений: от эпизодически возникающих изжога, при которых больные редко обращаются к врачу, до ярких признаков осложненного рефлюкс–эзофагита, требующего стационарного лечения.
- Среди взрослого населения Европы и США изжога, кардинальный симптом ГЭРБ, встречается у 20–40% популяции, однако только 2% лечатся по поводу рефлюкс–эзофагита. Последний выявляется у 6–12% лиц, которым проводится эндоскопическое исследование.

⁴Lewis JH, Weingold AB. The committee on FDA–related matters for the American College of Gastroenterology. The use of gastrointestinal drugs during pregnancy and lactation. Am J Gastroenterol 1985; 80 (11)

ПРИЧИНЫ ГЭРБ

Выделяют следующие причины, приводящие к развитию ГЭРБ:

- недостаточность запирающего механизма кардии желудка;
- рефлюкс желудочного и дуоденального содержимого в пищевод;
- снижение пищевого клиренса;
- уменьшение резистентности слизистой оболочки пищевода.

У большинства беременных женщин ГЭРБ возникает впервые в гестационный период. Изжога столь часто беспокоит беременных, что как сами пациентки, так и многие врачи акушеры–гинекологи считают ее нормальным проявлением беременности, не требующим особого внимания. Часто изжога начинается во время беременности и заканчивается вскоре после родоразрешения. Однако необходимо помнить, что нередко изжога является следствием обострения имевшейся ранее ГЭРБ.

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ЖКТ

Влияние беременности на ЖКТ сводится к уменьшению перистальтики кишечника вследствие снижения чувствительности хеморецепторов кишечника к серотонину, гистамину, уменьшению тонуса гладкой мускулатуры кишечника на фоне действия гормонов гестации. Кроме того, имеет место увеличение внутрибрюшного давления и дискоординация активности толстой и прямой кишки на фоне давления растущей матки, увеличение провоспалительного потенциала мезенхимальных тканей и обострение ранее существовавших воспалительных заболеваний ЖКТ (гастрит, панкреатит, холецистит, аноректальная патология, дисбиоз кишечника и др.), дисфункция кишечника и прямой кишки вследствие замедления кровотока в воротной и нижней полой венах и полнокровия геморроидальных вен.

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ЖКТ

Желудочно-кишечный тракт участвует в регуляции водно-электролитного обмена и детоксикации, концентрации магния, железа, натрия и кальция. При сокращении водного рациона, отсутствии в рационе осмотически активных веществ и растительной клетчатки параметры стула и дефекации изменяются. Гормоны гестации в большинстве случаев нарушают микробное равновесие биоценозов всех слизистых оболочек беременной женщины. В глотке и кишечнике развивается тенденция к избыточному бактериальному росту, развитию кислой и бродильной диспепсии.

У беременной изменяется барьерно-иммунологическая функция ЖКТ. Уменьшается секреция соляной кислоты и увеличивается выделение муцина в желудке. Нарушается равновесие биоценозов полости рта, тонкой и толстой кишки. Увеличивается проницаемость эпителия тонкой и толстой кишки, в связи с чем возрастает риск перемещения токсинов и патогенов в жидкие среды организма. Происходит дестабилизация иммунологического статуса желудка и кишечника.

⁶Richter JE, Kahrilas PJ, Johanson J, et al. Efficacy and safety of esomeprazole compared with omeprazole in GERD patients with erosive esophagitis: a randomized controlled trial. Am J Gastroenterol 2001

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ЖКТ

Развиваются метаболические нарушения, нарушается иммунологическая компетентность организма, что увеличивает частоту инфекционных заболеваний беременной.

Среди других причин расстройств пищеварения у беременной наиболее значимыми являются сопутствующие соматические заболевания и проводимая фармакотерапия различных заболеваний, таких как бронхиальная астма, урогенитальная патология, заболевания щитовидной железы, варикозная болезнь, патология беременности, требующая постельного режима и спазмолитической терапии, а также, возможно, неполноценное и несбалансированное питание, курение и др.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Целью лечебных мероприятий при ГЭРБ должно быть максимальное усиление факторов защиты от ре-флюкса и ослабление агрессивного кислотно-пепти-ческого фактора. Эти мероприятия должны начинаться с соблюдения рекомендаций по изменению стиля жизни и соблюдения диеты. Прежде всего женщине следует избегать тех положений, которые способствуют возникновению изжоги. При отсутствии противопоказаний – сон с приподнятым головным концом кровати (под углом 15°). Нежелательно длительное пребывание в наклонном положении, вынужденное положение в постели с опущенным изголовьем, выполнение гимнастических упражнений, связанных с напряжением брюшного пресса, ношение тугих поясов, корсетов. Необходимо избегать запоров, если таковые развиваются, так как любое натуживание приводит к повышению внутрибрюшного давления, забросу кислого желудочного содержимого в пищевод и появлению изжоги. После приема пищи не следует ложиться, лучше посидеть или даже постоять, это способствует более быстрой эвакуации желудочного содержимого.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

- Необходим более частый прием пищи (5–7 раз в день), малыми порциями, избегать переедания.
- В пищу желательно включать продукты, обладающие щелочной реакцией («пищевые антациды»): молоко, сливки, сметану, творог, паровые омлеты, отварное мясо, рыбу, птицу, сливочное и растительное масло, белый хлеб.
- Блюда и гарниры из овощей следует употреблять в отварном или протертом виде. Яблоки лучше запекать.
- Не рекомендуются жирные жареные блюда из мяса, птицы, рыбы, копчения, острые соусы и приправы, кислые фруктовые соки и компоты, овощи, содержащие грубую клетчатку (белокочанная капуста, редис, редька, репчатый лук, чеснок), грибы, черный хлеб, шоколад, газированные и шипучие напитки, горячий чай, черный кофе.

При незначительной изжоге этих мероприятий вполне может оказаться достаточно. В случаях выраженной изжоги, появлении других симптомов ГЭРБ необходимо обсудить с пациенткой все положительные и возможные отрицательные стороны медикаментозной терапии.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

При лечении ГЭРБ широко используются три основные группы препаратов:

- ингибиторы протонной помпы
- блокаторы H₂-рецепторов гистамина
- антациды

Первые две группы лекарственных средств воздействуют на различные отделы париетальной клетки, подавляя выработку соляной кислоты.

Антациды действуют на уже выделившуюся в просвет желудка кислоту, нейтрализуя ее, адсорбируют пепсин и желчные кислоты, а также многие из них обладают цитозащитным действием. Клинически действие антацидных препаратов проявляется купированием изжоги, исчезновением диспепсических явлений.

Препараты, используемые для терапии ГЭРБ, не тестировались с применением рандомизированных контролируемых исследований у беременных (по этическим соображениям). Большинство рекомендаций по их применению основывается на описаниях случаев терапии и когортных исследованиях, проводившихся фармацевтическими компаниями, или рекомендациях Food and Drug Administration (FDA) (США).

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

FDA разделила по безопасности все лекарства, применяемые в период беременности, на пять категорий: А, В, С, D и X, основываясь на их системной доступности и всасываемости, а также сообщениях о врожденных уродствах у человека и животных. При этом блокаторы H₂-рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин) и ингибиторы протонного насоса (омепразол, рабепразол, эзомепразол) были отнесены к категории В («лекарства, которые принимались ограниченным числом беременных и женщин детородного возраста без каких-либо доказательств их влияния на частоту врожденных аномалий или повреждающего действия на плод. При этом в исследованиях на животных не выявлено повышения частоты повреждений плода или такие результаты получены, но доказательств зависимости полученных результатов с применением препарата не выявлено»). Поэтому единственной безопасной у беременных группой препаратов являются антациды.

⁷Stanghellini V. Management of gastroesophageal reflux disease. *Drugs Today (Barc)* 2003; 39 (suppl. A)

АНТАЦИДЫ ПРИ ГЭРБ

Антацидные лекарственные средства принято подразделять на:

- всасывающиеся (системные, растворимые) и
- невсасывающиеся (несистемные, нерастворимые).

К *всасывающимся антацидам* относится натрия гидрокарбонат. Он часто применяется в повседневной жизни для избавления от изжоги, но не подходит для длительного систематического приема. Во–первых, несмотря на способность питьевой соды быстро купировать изжогу, действие ее кратковременно, а поскольку при взаимодействии с желудочным соком образуется углекислота, обладающая выраженным сокогонным действием, происходит повторное выделение новых порций соляной кислоты и изжога вскоре возобновляется с новой силой. Во–вторых, натрий, содержащийся в соде, всасываясь в кишечнике, может привести к появлению отеков, что крайне нежелательно у беременных женщин.

АНТАЦИДЫ ПРИ ГЭРБ

Некоторые производители не рекомендуют применять у беременных препараты, содержащие фосфат алюминия, о чем сообщается в инструкциях. Кроме того, замечено, что сульфат магния может привести к задержке родов и слабости родовой деятельности, развитию судорог. Разнообразие антацидов создает определенные трудности при выборе оптимального антацидного препарата в клинической практике. Поэтому на современном этапе разработаны следующие требования к антацидным препаратам (так называемый «идеальный» антацид):

- быстрое и продолжительное действие;
- оптимальное соотношение ионов Al и Mg;
- отсутствие феномена «отмены»;
- отсутствие газообразования;
- минимальная энтеральная абсорбция ионов алюминия и магния;
- малое количество и низкая частота побочных эффектов;
- хорошие органолептические свойства.

АЛЬГИНАТЫ ПРИ ГЭРБ

- При взаимодействии препарата с хлористоводородной кислотой желудочного сока образуется плотный гелевый барьер–плот, который предохраняет слизистую пищевода от дальнейшего воздействия соляной кислоты и пепсина, что проявляется в значительном ослаблении диспепсических и болевых ощущений. Одновременно обеспечивает протекцию рефлюкса желудочного содержимого в пищевод. Именно в формировании механического барьера–плота, который предупреждает заброс содержимого желудка в пищевод, заключается основной механизм действия препарата. Создавая защитный барьер на поверхности желудочного содержимого, Гевискон Форте способен значительно и длительно (более 4,5 ч.) уменьшать количество как патологических гастроэзофагеальных рефлюксов, так и дуоденогастроэзофагеальных, создавая тем самым условия физиологического «покоя» для слизистой оболочки пищевода.
- В полной мере указанным требованиям соответствует альгинатсодержащий препарат Гевискон (и его более концентрированная форма – Гевискон Форте), который с одной стороны, не влияет на механизмы выработки соляной кислоты в желудке (не изменяет его нормальную физиологию), а с другой – обладает существенными временными рамками для поддержания внутрипищеводного $\text{pH} > 4$. Основные фармакологические и клинические эффекты Гевискона Форте связаны с наличием альгиновой кислоты, которая представлена в препарате в виде альгината натрия (1000 мг/10 мл).

АЛЬГИНАТЫ ПРИ ГЭРБ

Отсутствует системное действие Гевискона Форте, механизм которого имеет физическую природу (в отличие даже от невсасывающихся антацидов, способных влиять как на повышение уровней алюминия в плазме и в моче при приеме алюминийсодержащих препаратов, так и на консистенцию стула). Гевискон Форте назначают в дозе 10 мл 3 раза в сутки (через 40 минут после приема пищи) и на ночь в течение 2–3 недель, затем по необходимости при возникновении симптомов ГЭРБ.

ХОЛЕСТАТИЧЕСКИЙ ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ

Холестатический гепатоз беременных (ХГБ) патология, проявляющаяся у женщин при вынашивании, функциональное проявление которой обменные нарушения холестерина и жёлчных кислот в гепатоцитах, а вследствие этого нарушение процессов желчеобразования и оттока жёлчи по внутридольковым жёлчным протокам. Также ХГБ называют доброкачественной желтухой беременных.

ФАКТОРЫ РИСКА

- Наличия в семье ХГБ у близких родственников
- ХГБ при предыдущих беременностях
- Хронических заболеваний ЖКТ

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- Генетически обусловленная повышенная чувствительность гепатоцитов и билиарных канальцев к половым гормонам (особенно эстрогенам)
- Врождённые дефекты синтеза ферментов, ответственных за транспорт компонентов жёлчи из гепатоцитов в жёлчные протоки
- Врождённый дефект синтеза жёлчных кислот вследствие дефицита ферментов, приводящий к образованию атипичных жёлчных кислот, не секретируемых транспортными системами канальцевых мембран

ПАТОГЕНЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ

- ХГБ повышает риск преждевременных родов
- При ХГБ отмечают увеличение случаев послеродового кровотечения
- Риск смертельного исхода для плода, необходимости неотложного родоразрешения

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХГБ

- ХГБ чаще дебютирует в третьем триместре (в 28–35 недель), в среднем на 30–32 неделе беременности. Ведущий и часто единственный симптом при ХГБ кожный зуд. Интенсивность его может быть разной: от лёгкой до выраженной. Генерализованный кожный зуд описывают как мучительный, нестерпимый имея тенденцию к усилению в ночное время, приводит к бессоннице, повышенной утомляемости, эмоциональным расстройствам. Типичная локализация кожного зуда при ХГБ (передняя брюшная стенка, предплечья, кисти рук, голени). Желтуху относят к непостоянным симптомам (10-20% случаев).
- Для ХГБ не характерны гепатоспленомегалия, диспепсия и болевой синдром. Зуд и желтуха обычно исчезают после родов в течение 7–14 дней, но часто возобновляются при последующих беременностях. В редких случаях ХГБ принимает затяжное течение.

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА БЕРЕМЕННЫХ

<i>Клинические симптомы</i>	<i>Частота, %</i>
Кожный зуд	100 %
в том числе генерализованный	56,6 %
Желтушная окраска кожи и слизистых оболочек	7,7 %
Нарушение сна	69,8 %
Эмоциональные расстройства	69,0 %
Экскориации кожных покровов	63,9 %

ШКАЛА ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА БЕРЕМЕННЫХ

Критерии диагностики ХГБ	Баллы
Кожный зуд: незначительный локальный (передняя брюшная стенка, предплечья, голени), интенсивный локальный без нарушения сна, генерализованный с нарушением сна, эмоциональными расстройствами	1/2/3
Состояние кожных покровов: норма, единичные эксфолиации, множественные эксфолиации	0/1/2
Желтуха: отсутствует, субиктеричность, выраженная иктеричность	0/1/2
Повышение активности общей ЩФ, ед/л: 400–500; 500–600; >600	1/2/3
Повышение содержания общего билирубина, мкмоль/л: 20–30; 30–40; >40	1/2/3
Повышение активности aminотрансфераз (АЛТ, АСТ), ед/л: 40–60; 60–80; >80	1/2/3
Повышение содержания холестерина, ммоль/л: 6–7; 7–8; >8	1/2/3
Начало заболевания: 30–33 недели; 34–36 недель; >36 недель	3/2/1
Длительность заболевания: 2–3 нед; 3–4 нед; >4 нед	1/2/3
ЗРП: нет; есть	0/1

АНАМНЕЗ

- У беременных с ХГБ в 2,5 раза чаще, чем у здоровых беременных, отмечено невынашивание беременности.
- У каждой третьей беременной с ХГБ в анамнезе были преждевременные роды или самопроизвольное прерывание беременности в III триместре.
- У беременных с ХГБ, по сравнению со здоровыми беременными, в 2 раза чаще отмечают аллергические реакции в анамнезе, в основном, на антибактериальные препараты (макролиды, антибиотики эритромицинового ряда).
- Среди экстрагенитальной патологии у беременных с ХГБ наиболее часто обнаруживают заболевания ЖКТ и эндокринной системы.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- При осмотре кожных покровов нередко обнаруживают расчёсы и ссадины, вызванные зудом.
- Желтушное окрашивание склер, видимых слизистых, кожи отмечают при повышении содержания билирубина более 30 ммоль/л.
- Для ХГБ не характерно увеличение размеров печени, болезненность или изменение консистенции данного органа.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

При ХГБ применяют УЗИ печени и желчевыводящих путей.

Размеры печени при данной патологии не увеличены, эхогенность печёночной ткани однородная. Отмечают увеличение объёма жёлчного пузыря. Спленомегалия не характерна для данной патологии.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ

- 1) Скрининг ХГБ (с учетом факторов риска) у беременных в сроках 25-26 и в 33-36 недель в женской консультации и акушерском стационаре.
- 2) Госпитализацию в отделение патологии беременности роддома при обнаружении клинико-лабораторных признаков ХГБ.
- 3) Динамическое наблюдение, которое осуществляется совместно акушером-гинекологом и гастроэнтерологом.

Для профилактики осложнений, как преждевременные роды и антенатальная смерть плода, рекомендовано с 30-32 недель проводить КТГ плода; каждые 3-4 недели с помощью УЗИ оценивать гестационный возраст плода и состояние плаценты.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ

4) *Цель лечения:* достижение и поддержание клинической компенсации, пролонгирование беременности до жизнеспособного плода:

а) рекомендации по питанию: диета 5 по Певзнеру с физиологически нормальным содержанием белков и углеводов при ограничении жиров и холестерина, частое дробное питание; приготовление пищи в вареном виде или на пару;

и/или б) применяют эфферентную терапию: плазмаферез, гемосорбцию, при генерализованном кожном зуде и/или нарастании концентрации первичных жёлчных кислот, билирубина, активности общей ЩФ.

в) медикаментозная терапия ХГБ соответственно степени тяжести патологического процесса с подсчетом баллов по разработанной нами шкале;

5) решение вопроса о досрочном родоразрешении при ХГБ тяжелой степени в случае отсутствия положительной динамики от проводимой терапии по решению консилиума врачей.

б) профилактика дистресса плода и кровотечения в родах.

7) реабилитация женщин после родов в течение года проводится участковым терапевтом или врачом общей практики. Планирование последующей беременности возможно через 1-2 года при нормальной функции печени (прием гормональных и гепатотоксических препаратов противопоказан).

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Легкая степень ХГБ:

- Энтеросорбенты (лактофильтрум, полифепан и т.д.).
- Антациды и альгинаты (гевискон, гастрал).
- Желчегонные, антиоксиданты, мембр-стабилизаторы, Хофитол и гепабене назначают внутрь по 1 таблетке 2–3 раза в день перед едой в течение 14–21 дней., витамин Е по 1 капсуле 2 раза в день, аскорбиновая кислота 5% 5,0 мл внутривенно в 20 мл 40% глюкозы ежедневно в течение 10– 14 дней; адеметионин внутрь по 400 мг 2 раза в день между приёмами пищи в течение 2–3 нед.).

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Средняя степень тяжести ХГБ (к лечению добавить):

- Дезинтоксикационная терапия (5% р-р глюкозы 400 мл в/в капельно, аскорбиновая кислота 5% - 5,0 в/в 5-7 ежедневно; гемодез по 200,0 400 мл через 1-2 дня в/в капельно 3; димеркаптопропансульфонат натрия (унитиол) по 5,0 мл в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида однократно ежедневно в течение 1–2 нед.). Адеметионин назначают в виде двухэтапной схемы: сначала внутривенно (струйно медленно или капельно в 200 мл изотонического раствора натрия хлорида) в дозе 400 мг в день однократно на протяжении 7–10 дней. Затем беременных с ХГБ переводят на пероральный приём препарата по 400 мг дважды в день в течение 1–2 нед.
- До 24 недель беременности Хофитол-по 5-10 мл в/в капельно на 400, мл 0,9% натрия хлорида 10-12;
- Гептрал (S-адеметионин) с 24 недель беременности по 400 мг (5 мл) в 400 мл 0,9 % раствора натрия хлорида в/в капельно 7-10 ежедневно, далее с переводом на прием таблеток по 400 мг 2 раза в сутки до 2-4 недель между приемами пищи в 8 и 20 часов).
- При необходимости симптоматическое лечение противозудные препараты (супрастин 2% р-р 1 мл в/м на ночь, фенобарбитал по 0,05 на ночь до 7 дней).

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Тяжелая степень ХГБ:

- Продолжить симптоматическую терапию (энтеросорбенты, альгинаты, антигистаминные препараты, связывающие желчные кислоты, гепатопротекторы).
- Дезинтоксикационная терапия в адекватном объеме. Гептрал 800 мг в 400 мл 0,9 % раствора натрия хлорида в/в капельно ежедневно. Профилактика коагулопатического кровотечения.
- Плазмаферез (по строгим показаниям с целью пролонгирования беременности до жизнеспособного плода).
- При неэффективности терапии решение вопроса о прерывание беременности.

ОСТРАЯ ЖИРОВАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ

Острая жировая дистрофия печени (острый жировой гепатоз беременных, синдром Шихана) – осложнение беременности, проявляющееся печеночной недостаточностью, геморрагическим синдромом (нарушение свертывания крови) и поражением почек.

ФАКТОРЫ РИСКА

- Генетический митохондриальный дефект β -окисления жирных кислот длинной цепи 3-hydroxyacyl-CoA дегидрогеназы (LCHAD).
- Первая беременность.
- Многоплодная беременность (у пациенток с ОЖДП до 25%).
- Преэклампсия (у пациенток с ОЖДП до 50%).
- Беременность плодом мужского пола (в 3 раза чаще).
- Сахарный диабет.

ЭТИОЛОГИЯ

1. Токсические факторы:

- Алкоголь.
- Лекарства (кортикостероиды, нифедипин, тетрациклин, эстрогены, витамин А).
- Токсические вещества (хлорированные углеводороды, фосфор, кокаин, амантин).

2. Пищевые факторы:

- Ожирение.
- Нарушения питания (избыточное питание, дефицит белка, дистрофия на фоне алиментарного дефицита белка, диета с неадекватной пропорцией холина аминокислот и метионина).
- Заболевания поджелудочной железы.

- Полное парентеральное питание (TPN).

- Еюноилеальный анастомоз.

3. Эндокринные факторы и нарушения обмена веществ:

- Сахарный диабет.
- Первичная и вторичная гиперлипидемия.
- Острая жировая дистрофия беременных

4. Другие редкие причины:

- Хроническая воспалительная болезнь кишечника.
- Экссудативная энтеропатия.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Клинические проявления ОЖДП на раннем «дожелтушном» этапе неспецифичны :
 - слабость,
 - астения,
 - кожный зуд,
 - боль в эпигастрии или правом подреберье,
 - периодические тошнота и рвота.
- Симптомы преэклампсии (артериальная гипертензия и протеинурия) встречаются в 50% случаев. Все эти особенности значительно затрудняют своевременную диагностику, и пациентки с подобными клиническими проявлениями требуют дополнительного исследования функции печени.

При наличии полной клинической картины острой печеночной недостаточности, при наборе симптомов более 6 имеется высокая вероятность ОЖДП по критериям «Swansea»

Критерии «Swansea» имеют чувствительность 100% (95% ДИ:) и специфичность 57% (95% ДИ: 20-88), с положительной или отрицательной прогностической ценностью соответственно 85 и 100%

- 1. Тошнота и рвота.
- 2. Боль в животе.
- 3. Полидипсия и полиурия.
- 4. Энцефалопатия.
- 5. Увеличение уровня трансаминаз (АСТ, АЛТ часто в 3-10 раз выше нормы).
- 6. Увеличение содержания билирубина.
- 7. Гипогликемия (340 мкмоль/л).
- 8. Увеличение уровня мочевой кислоты (> 340 мкмоль/л)
- 9. Почечная дисфункция (креатинин >150 мкмоль/л) в 72%, а ОПН требующая проведения почечной заместительной терапии составляет 32%.
- 10. Увеличение уровня аммиака (> 47 мкмоль/л).
- 11. Лейкоцитоз (умеренный 11×10^9 /л; нередко $\times 10^9$ /л).
- 12. Коагулопатия (протромбиновое время более 20% от нормы, АПТВ более 30% от нормы).
- 13. Асцит или гиперэхогенная структура печени при УЗИ исследовании.
- 14. Микровезикулярный стеатоз при биопсии печени и гистологическом исследовании (биопсия печени возможна на ранних стадиях, при развитии тяжелой формы, особенно с коагулопатией, её следует избегать).

ДИАГНОСТИКА

Клинико-лабораторное обследование у пациенток с подозрением на ОЖДП должно включать:

- УЗИ печени и желчевыводящих путей;
- МРТ или КТ печени;
- Биопсия печени (при наличии показаний и отсутствии коагулопатии и угрозы кровотечения).

Дополнительное лабораторное исследование:

- билирубин и его фракции;
- параметры системы гемостаза (МНО, АПТВ, фибриноген, тромбоциты, при наличии возможностей тромбоэластограмма);
- общий белок и его фракции;
- альбумин;
- сахар крови;
- амилаза;
- аммиак в плазме

ЛЕЧЕНИЕ

- Лекарственная терапия ОЖДП во время беременности (витамины, кортикостероиды, гепатопротекторы и т.д.) неэффективна.
- Интенсивная терапия носит симптоматический характер и направлена на коррекцию развивающихся осложнений острой печеночной недостаточности.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- Интервал от появления первых признаков ОЖДП до родоразрешения не должен превышать одну неделю, поэтому ранняя диагностика имеет решающее значение.
- Лечение беременных и родильниц с ОЖДП должно проводиться в условиях отделения интенсивной терапии многопрофильных стационаров.
- Если нет условий для быстрого родоразрешения, необходимо провести кесарево сечение. Единственный эффективный метод лечения ОЖДП родоразрешение.
- Перинатальные исходы зависят также от срока беременности: чем меньше гестационный срок, тем они хуже.
- Показаниями для родоразрешения являются любые минимальные признаки.
- Отмечено, что перинатальные результаты лучше при оперативном родоразрешении путем операции кесарева сечения по сравнению с вагинальными родами.

ОСЛОЖНЕНИЯ

- Печеночная энцефалопатия
- Нарушения гемостаза (дефицит плазменных факторов свертывания крови, тромбоцитопения, ДВС-синдром)
- Гепаторенальный синдром, ОПН (50-80%)
- Гепато-пульмональный синдром, ОРДС
- Недостаточность сердечно-сосудистой системы артериальная гипотония –
Метаболические, водно-электролитные нарушения
- Иммунодефицитное состояние и септические осложнения (бактериальные инфекции – 80%, грибковые – 32%)
- Интестинальная недостаточность (парез кишечника, желудочно-кишечное кровотечение, панкреатит)

ЗАПОРЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

С этой проблемой сталкиваются практически 50% беременных женщин. Так, по данным Lachgar с соавт. (1989), дискинезия толстой кишки была выявлена у 115 из 200 беременных женщин. Столь значительное распространение этой патологии у беременных обусловлено физиологическими сдвигами в системе пищеварения и изменениями ее регуляции в гестационном периоде.

Начинаются запоры на ранних сроках. Проблемы с опорожнением кишечника в первом триместре вызваны повышением уровня прогестерона, который берет на себя управление всем организмом. Одним из его побочных эффектов является замедление перистальтики кишечника, что сопровождается вздутием живота и запорами. Проблема запоров усугубляется во 2-м и 3-м триместре, когда растущая матка сдавливает кишечник.

ЗАПОРЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Запором принято считать опорожнение кишечника реже 3 раз в неделю.

Характерными симптомами являются:

- затрудненнаредкий, твердый и скудный стул
- чувство неполного опорожнения кишечника
- дискомфорт в животе
- объективным критерием запора считается уменьшение веса стула до 35 г/сут. и меньше

ПРИЧИНЫ ЗАПОРОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

- **Недостаток воды.** При нехватке воды в организме нарушается выработка пищеварительных соков, которые обеспечивают переваривание пищевых масс и их продвижение к нижним отделам кишечника. Кроме того, если в содержимом кишечника мало жидкости, то возникают сложности с опорожнением.
- **Дефицит калия.** Калий обеспечивает нормальные сокращения стенок кишечника. Дефицит калия приводит к тому, что кишечная стенка становится малоподвижной и не в состоянии протолкнуть пищевые массы.
- **Неправильное питание.** Изменение пищевых привычек у беременной, тяга к определенным, особенно легкоусвояемым продуктам, и недостаточное потребление овощей и фруктов нарушают работу кишечника.

ПРИЧИНЫ ЗАПОРОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

- **Нервное напряжение.** Стрессы влияют на работу вегетативной нервной системы, управляющей деятельностью внутренних органов. Нервное напряжение способно значительно ослабить моторику кишечника и стать причиной запоров.
- **Давление матки на прямую кишку.** Запор на поздних сроках связан с тем, что матка сдавливает кишечник, препятствуя продвижению его содержимого. А запор в 3-м триместре может быть связан с давлением головки плода на прямую кишку.
- **Применение лекарственных препаратов.** Прием препаратов, содержащих железо, приводит к уплотнению содержимого кишечника. Запор могут вызвать гипертензивные средства и препараты, повышающие уровень прогестерона (Утрожестан, Дюфастон).

ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЗАПОРА У БЕРЕМЕННЫХ

- **Боли и неприятные ощущения в животе.** Ноющие и схваткообразные боли в животе связаны с разложением пищевого комка и выделением газов. Боль в животе вызывает у женщин сильную тревогу. А обращение к врачу с жалобами на боль в животе может стать причиной установки ошибочного диагноза «угроза прерывания беременности» и ненужного лечения.
- **Трещины заднего прохода.** Натуживание и прохождение плотных каловых масс может привести к появлению трещин на слизистой оболочке прямой кишки. Анальная трещина проявляется резкой жгучей болью во время дефекации и примесью свежей крови в кале. Ее появление может усугубить проблему запоров и стать причиной воспаления окружающих тканей.

ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЗАПОРА У БЕРЕМЕННЫХ

- **Геморрой** – патологическое расширение геморроидальных вен. У беременных под действием прогестерона стенки сосудов становятся более растяжимыми. В сочетании со снижением перистальтики, развитием запоров и нарушением кровообращения в малом тазу, это приводит к формированию расширений в венах прямой кишки в районе заднего прохода. При натуживании происходит переполнение этих полостей кровью, в результате чего образуются геморроидальные узлы.
- **Нарушение обмена веществ.** Задержка отхождения кала вызывает интоксикацию организма. Шлаки и другие вредные вещества не выводятся, а остаются в кишечнике и всасываются обратно в кровь, вызывая отравление. Чувство постоянной усталости, слабость и тошнота могут быть проявлением нарушения обменных процессов, вызванных запором.

Хотя запоры негативно влияют на протекание беременности, все же серьезной опасности не представляют. Они не вызывают угрозу прерывания беременности и не могут стать причиной нарушения развития плода.

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

- Запоры могут быть длительными, не прекращающимися в течение нескольких дней, а могут проявляться в неполном освобождении кишечника, когда кал выделяется малыми порциями. Иногда они сменяются поносами, нередко сопровождаются болью в животе (чаще в левой половине).
- Нередко боль бывает схваткообразной. Болевые ощущения могут появляться вдруг, без причины, или после волнения, физической нагрузки. Отрицательные эмоции, как правило, вызывают приступ острой или обострение постоянной боли в животе. Иногда она отдает в поясницу, задний проход, ногу, половые органы.
- Наряду с болью в животе могут быть – жжение в прямой кишке и зуд в области заднепроходного отверстия.
- Часты жалобы также на тошноту, горечь во рту, вздутие, урчание в животе, затрудненное отхождение газов. У беременных боль в животе, расстройство стула, общее плохое самочувствие при запорах сильнее в первой половине дня. Этим же свойством отличаются и другие признаки невроза: головная боль, сердцебиение и т.д.

ПОСЛЕДСТВИЯ ЗАПОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ

- Запор при беременности является реальной угрозой здоровью матери и будущего ребенка.
- 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.
- Нарушения биоценоза толстой кишки вызывают нарушения биоценоза влагалища и рецидивированию кандидозного вульвовагинита.
- Нарушение биоценоза цервикального канала 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.
- При отсутствии адекватной терапии гестационный запор, в конечном итоге, является одним из факторов риска гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде.

ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА

Рассматривается как клинико-лабораторный синдром, возникающий при ряде заболеваний и клинических ситуаций, характеризующийся изменением качественного и/или количественного состава нормальной микрофлоры, метаболическими и иммунными нарушениями, сопровождающимися у части больных клиническими проявлениями поражения кишечника

СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ

■ Анаэробы (до 99%):

- бифидобактерии (10⁸—10¹⁰ КОЕ/г), бактероиды (10⁹—10¹⁰ КОЕ/г),
- лактобактерии (10⁶—10⁷ КОЕ/г),
- вейлонеллы, пептострептококки, клостридии;

■ Аэробы (менее 1%):

- кишечная палочка,
- лактозонегативные энтеробактерии (протей, энтеробактер, цитробактер, серрации и др.),
 - энтерококки,
 - стафилококки,
- дрожжеподобные грибы

(количество каждого вида 10³—10⁸ КОЕ/г).

ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ

- **Защитная** – пристеночная микрофлора, повышая колонизационную резистентность кишечной стенки, предупреждает колонизацию кишечника патогенной и условно – патогенной микрофлорой.
- **Ферментопродуцирующая** – осуществляет гидролиз клетчатки, белков, жиров, крахмала, деконъюгацию желчных кислот и др.
- **Синтетическая** – синтез витаминов группы В, С, аминокислот, холестерина, мочевой кислоты, органических кислот.
- **Иммунизирующая** – поддерживает синтез иммуноглобулинов, опосредует созревание и функционирование иммунокомпетентных органов.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ

- Заболевания органов пищеварения, сопровождающиеся очагами воспаления и моторно-секреторными расстройствами.
- Перенесенные острые кишечные инфекции и инвазии.
- Длительный прием лекарственных препаратов, влияющих на секрецию пищеварительных желез, моторику и регенерацию эпителия пищеварительного тракта, а также антибиотиков.
- Неполюценные диеты, приводящие к развитию гнилостной и бродильной диспепсии и другим расстройствам процессов пищеварения и всасывания.
- Декомпенсированные заболевания всех органов и систем.

ОСНОВНЫЕ ПУТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА МИКРОФЛОРУ

- **Пробиотики** — это живые микроорганизмы: молочнокислые бактерии, чаще бифидо — или лактобактерии, иногда дрожжи, которые, относятся к нормальным обитателям кишечника здорового человека и улучшающие микробный баланс кишечника.
- **Пребиотики** – неперевариваемые ингредиенты пищи, которые способствуют улучшению здоровья за счет избирательной стимуляции роста и/или метаболической активности одной или нескольких групп бактерий, обитающих в толстой кишке.

Чтобы компонент пищи был классифицирован как пребиотик, он не должен подвергаться гидролизу пищеварительными ферментами человека, а поступать в толстую кишку для селективной стимуляции роста и/или метаболической активации полезных, заселяющих толстый кишечник бактерий, приводя к нормализации их соотношения.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КИШЕЧНУЮ МИКРОФЛОРУ

- Микрофлора в нисходящей ободочной кишке более стабильна, чем в восходящей ободочной кишке, в которую поступает много различных субстратов.
- На состояние микрофлоры кишечника оказывают влияние рН кишечника, окислительно-восстановительный потенциал, желчные кислоты и, возможно, панкреатические ферменты, слизь, клетки иммунной системы и цитокины.
- Использование антибиотиков для модификации кишечной микрофлоры при неинфекционных заболеваниях показано только в редких случаях.
- Пробиотики проходят через ЖКТ транзитом, не колонизируя его. Они оказывают эффект только в просвете кишечника, например, секретирывая ферменты и другие биологически активные вещества.
- Пребиотики селективно стимулируют рост полезной кишечной микрофлоры (бифидо- и лактобактерий). Их эффект является дозозависимым.

Геморрой у беременных

По статистике только **8 %** небеременных женщин страдают геморроем, в то время как, среди беременных и родильниц с этим неприятным заболеванием сталкиваются **41-42%** женщин.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ГЕМОРРОЯ У БЕРЕМЕННЫХ

■ Хронические запоры

При хроническом запоре повышается растяжение и напряжение стенок прямой кишки во время акта дефекации, что в свою очередь приводит к образованию геморроидальных узлов. У беременных женщин частота запоров значительно выше, главным образом из-за снижения тонуса кишечника во время беременности.

■ Гиподинамия

Гиподинамия (малоподвижный образ жизни) способствует застою крови в венозном сплетении прямой кишки, которое со временем приводит к тромбозу вен и образованию геморроидальных узлов. Беременные женщины, в силу своего состояния, вынуждены вести более или менее малоподвижный образ жизни и потому риск развития у них геморроя значительно выше, чем у других людей.

Это весьма характерно для беременных женщин. Во время беременности, развивающаяся матка сдавливает нижнюю полую вену, что приводит к застою крови в венах ног и прямой кишки. Во время родов внутрибрюшное давление у женщины повышается очень сильно – это может быть причиной возникновения геморроя после родов.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАПОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ

- Начинать лечение следует с диетических рекомендаций и рекомендаций по изменению двигательного режима.
- Необходимо пить достаточное количество жидкости, т.к. ее недостаток приводит к формированию плотных сухих каловых масс, затрудняющих дефекацию.
- В случае применения слабительных средств при беременности должны, соблюдаться самые высокие стандарты безопасности, обеспечивающие нормальное развитие плода.
- Есть необходимо 4-5 раз в день небольшими порциями, что полезно для пищеварительного тракта в целом. Нельзя допускать больших перерывов между приемами пищи, а также переедания.
- Рекомендуются также чернослив и курага, которые содержат большое количество органических кислот и облегчают за счет этого опорожнение кишечника. Сухофрукты (3-5 штук) на ночь заливают кипятком, а утром натошак съедают.
- Необходимо ежедневно включать в рацион продукты, содержащие клетчатку. В первую очередь это сырые фрукты и овощи, а также соки из них с мякотью. При непереносимости можно использовать фрукты и овощи, прошедшие тепловую обработку.
- Наряду с применением диеты необходимо выполнять специальные гимнастические упражнения, соответствующие сроку беременности, если это не противопоказано по состоянию здоровья. Полезны также плавание, прогулки на свежем воздухе.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

- В случае применения слабительных средств при беременности должны соблюдаться самые высокие стандарты безопасности, обеспечивающие нормальное развитие плода.
- При выборе слабительного средства необходимо учитывать наличие побочных эффектов препаратов, например, известен тератогенный эффект препаратов сенны (сенаде и др.).
- Действие некоторых слабительных средств основано на стимулировании сокращения гладкой мускулатуры (бисакодил), которое во время беременности совсем не показано, так как усиливает угрозу прерывания беременности.
- Есть препараты, которые требуют приема большого количества жидкости, что тоже нежелательно, так как возрастает нагрузка на почки.

КАК НЕ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ ЗАПОРЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

■ Запрещается использовать во время беременности

слабительные средства, вызывающие химическое раздражение слизистой кишечника.

К ним относятся: БИСАКОДИЛ, РЕГУЛАКС, СЕННА, СЕНАДЕ и др.

Использование этих препаратов, как правило сопровождается схваткообразными болями в животе, стул становится частым, жидким. При длительном применении развивается диарея, что может привести к обезвоживанию и потере необходимых для организма солей. Препараты могут провоцировать рефлексорные схватки. Они вызывают «привыкание», снижение тонуса кишечника, что только усугубляет ситуацию.

КАКИЕ СЛАБИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДОПУСТИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

У беременных женщин разрешены к использованию лишь 3 группы слабительных препаратов:

- Средства, увеличивающие объем кишечного содержимого: пищевые волокна (препараты морской капусты), гидрофильные коллоиды. При недостаточном поступлении жидкости эти препараты неэффективны. При беременности применение возможно под контролем функции почек. Эффект развивается медленно.
- Препараты полиэтиленгликоля (форлакс) не всасываются в желудочно-кишечном тракте, отсутствие всасывания гарантирует полное отсутствие токсических эффектов. Эти препараты обладают способностью удерживать воду, которая разжижает каловые массы и облегчает их эвакуацию, оказывая косвенное воздействие на перистальтику кишечника. В настоящее время доказано, что полиэтиленгликоли не проникают через плацентарный барьер и не оказывают отрицательного воздействия на плод.

КАКИЕ СЛАБИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДОПУСТИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

■ Препараты лактулозы – НОРМАЗЕ, ДЮФАЛАК

Лактулоза не всасывается в желудочно-кишечном тракте. Из-за отсутствия у человека соответствующих ферментов лактулоза не расщепляется в верхних отделах желудочно-кишечного тракта и поступает в толстую кишку в неизменном виде, где расщепляется под действием флоры толстой кишки (бифидо- и лактобактерии) с образованием низкомолекулярных органических кислот. Реакция среды в толстой кишке меняется со слабощелочной (оптимальной для гнилостных бактерий) до слабокислой.

Установлено, что в толстом кишечнике под воздействием Нормазе меняется осмотическое давление, что ведет к перераспределению воды из организма в просвет кишечника. Это приводит к увеличению объема каловых масс, размягчению стула и стимулирует перистальтику кишечника. В результате, Нормазе оказывает слабительный эффект и нормализует работу кишечника.

Лактулоза не уменьшает абсорбцию витаминов и не вызывает привыкания. Ни в одном исследовании, за все время применения Лактулозы, не было получено никаких прямых или косвенных доказательств наличия у нее мутагенных, генотоксических или тератогенных эффектов.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАПОРОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- Профилактикой необходимо заниматься, начиная с первых недель беременности, чтобы не допустить развития хронических запоров, которые сложнее поддаются коррекции. **Основа профилактики запоров – это физическая активность и сбалансированное питание.**
- **Сбалансированное питание.** Беременная женщина должна получать достаточное количество клетчатки из фруктов и овощей. Пищевые волокна сохраняют воду и оказывают раздражающее действие на стенки кишки, что улучшает перистальтику. Также необходимо потреблять натуральные кисломолочные продукты. Содержащиеся в них кисломолочные бактерии поддерживают баланс микрофлоры кишечника, что хорошо сказывается на его работе.
- **Соблюдение режима дня.** Важно питаться в одно и то же время, при этом необходимо, чтобы перерывы между приемами пищи составляли не меньше чем 3-4 часа. Поступление пищи в пустой желудок вызывает активные сокращения стенок кишечника, что способствует продвижению содержимого к нижним отделам.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАПОРОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- **Гимнастика.** Если у женщины есть угроза прерывания беременности, то в качестве гимнастики для профилактики запоров подойдет смена положения тела в лежачем положении. Для этого необходимо повернуться с одного бока на другой и полежать 10 минут. Упражнение повторяют 4-5 раз, заканчивая в положении на левом боку. Если у женщины нет медицинских противопоказаний, то в качестве физической активности подойдет комплекс упражнений для беременных или перинатальная йога.
- **Прогулки.** Пешие прогулки предотвращают венозный застой в малом тазу и нижних конечностях, насыщают кровь кислородом. Поэтому они являются не только профилактикой запоров, но и варикозного расширения вен и гипоксии плода.