

Медико-биологические науки

УДК 618.2

БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД У ПАЦИЕНТОК С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

**Т. Гарнизов, Медицинский университет Софии (София, Болгария).
Д. Хаджиделева, Медицинский университет Софии (София, Болгария).**

Аннотация. Сделан обзор болезни Крона и ее влияния на течение беременности и родов. Описан случай заболевания болезнью Крона, когда заболеванием затронуты тонкий кишечник и толстая кишка. Первая беременность, наступившая в период активной стадии заболевания, прервана абортom по медицинским показаниям. После наступления ремиссии с проведением текущей терапии вторая беременность проходит благоприятно до восьмого лунного месяца, когда появился новый воспалительный толчок и преждевременное рождение. Пациентка с врожденным двойным вывихом тазобедренных суставов, а на фоне кишечного заболевания возникает и рак шейки матки. Беременность закончилась рождением жизнеспособного плода в результате рождения хирургическим путем.

Ключевые слова: болезнь Крона, беременность, роды, послеродовой период.

Болезнь Крона (БК) представляет собой хроническое трансмуральное воспаление части желудочно-кишечного тракта, которое может сопровождаться экстраинтестинальными проявлениями. Наиболее часто затронут тонкий кишечник. Изменения вследствие заболевания включают в себя образование в затронутых тканях пищеварительного тракта афтозных поражений, язв, свищей к петлям кишечника или соседним органам брюшной полости, абсцессов, фиброзных изменений, способствующих возникновению кишечных стриктур и непроходимости кишечника.

Патофизиология предполагает участие медиаторов воспаления - IFN-гамма и IL-4, которые активируют цепь воспалительного процесса - секрецию цитокинов, активацию нейтрофилов, которые проникают в эпителий. Накопление макрофагов и эпителиоидных клеток приводит к образованию специфических для заболевания гранулем.

Болезнь имеет прогрессирующий характер и проходит с периодами активности и периодами ремиссии. Этиология БК неясна. Предполагаются

аутоиммунные, бактериальные, вирусные, алиментарные и генетические причинные факторы. У курильщиков риск развития заболевания на 50% выше, чем у некурящих, что определяет курение как существенный фактор риска.

Клинические проявления БК включают боль в животе, которая часто локализуется в правом нижнем квадранте живота или в надлобковой области, анорексию, лихорадку, диарею, кровь в кале при затронутой толстой кишке.

Для диагностики БК прибегают к контрастному рентгеновскому исследованию, эндоскопии, ирригоскопии, УЗИ, КТ, микробиологическим исследованиям фекалий. Болезнью Крона болеют люди обоих полов. Причем, часто это молодые люди детородного возраста, что определяет интерес акушеров к этому заболеванию. При БК плодовитость обычно не затронута. Есть информация, однако, что у мужчин, которых лечат с помощью сульфасалазина, происходят нарушения сперматогенеза, которые исчезают через два месяца после прекращения терапии (1).

В литературе существует большое число публикаций о влиянии БК на течение беременности, последствий заболевания у плода, а также и о способах рождения у беременных с указанным заболеванием.

У женщин с активной формой заболевания или с вовлечением в патологический процесс подвздошной кишки, или после хирургической резекции кишечника, новорожденные имеют более низкий, чем нормальный вес тела при рождении (2, 3). У беременных с БК установлена в два раза более высокая частота преждевременного рождения по сравнению со здоровыми беременными (4). При активной форме заболевания установлена более высокая частота мертвого плода, даже в некоторых исследованиях частота мертвого плода достигает 35%. Нет доказательств повышенного риска врожденных дефектов у детей, рожденных от матерей с БК (5).

Очень важным вопросом является влияние беременности на протекание БК. На протекание заболевания во время беременности влияет тот факт, была ли болезнь в активной фазе во время концепции беременности. У 70% женщин, у которых беременность наступила во время активной фазы заболевания, наблюдается ухудшение процесса заболевания или задержка указанной активности во время беременности. Риск активации процесса заболевания у женщин, у которых концепция была реализована вне активности БК, одинаков с риском у небеременных женщин. Отметим, что во время беременности у женщин с БК, начавшейся еще до зачатия, медикаментозную терапию следует продолжать в течение всей беременности, соблюдать соответствующий режим жизни без курения и с ограниченным потреблением кофе, если женщина привыкла к его использованию (6, 7).

Способ рождения у беременных с БК определяется медицинской бригадой, которая наблюдает и лечит пациентку. Существуют исследования, которые предполагают, что при ректально-анальной локализации патологического процесса, рождение через кесарево сечение и вагинальным путем дают одинаково хорошие результаты (8). В других публикациях, при активной перианальной болезни рекомендуется рождение путем кесарева сечения.

В послеродовой период у матерей с БК медицинская бригада должна быть уверена в том, что текущее медицинское лечение для конкретной пациентки ей подходит и дает положительный результат. В послеродовой период рекомендуется матери кормить грудью своего ребенка, так как используемые препараты выходят с материнским молоком в низких концентрациях (9).

В настоящее время для лекарственной терапии при БК используются следующие препараты: 5-aminosalicylic acid, thiopurines, anti-tumor necrosis factor, anti-integrins. Для заместительной терапии предлагаются: фолиевая кислота, витамин D и витамин B12. Соблюдается диета.

Наблюдение, лечение и принятие медицинских решений для беременных и матерей с БК должны выполняться многопрофильной группой, в которую входят гастроэнтеролог, акушер, анестезиолог и хирург брюшной полости (10).

Ниже представлен КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ - пациентка 24 лет с БК, диагноз поставлен в гастроэнтерологической университетской клинике с определенной локализацией патологического процесса в подвздошной и толстой кишке.

История болезни предоставляет информацию о пяти годах давности заболевания. Болезнь начинается с болями в животе, жидким стулом, потерей аппетита и уменьшением веса. Лечилась Salofalk. Sopral, Linex, corticosteroids. На фоне этой терапии появляется

стул с кровью. К лечению добавляют иммунодепрессант (Imuran). После 3-х лет лечения наступает ремиссия.

Прошедшие заболевания.

Было установлено, что больная и ее сестра родились с двусторонним вывихом тазобедренных суставов. Приложено консервативное лечение.

Семейная история.

Женщина сообщила, что ее отец 20 лет страдает гипертонией и проходит лечение антигипертензивными препаратами.

Акушерская история болезни.

Три года назад больная прооперирована - совершенно Conisatio colli uteri из-за Carcinoma in situ. Процесс был в начальной фазе и хирургия дала хорошие результаты. Проводились контрольные гинекологические обследования каждые 6 месяцев, которые не обнаружили аномалий. Два с половиной года назад у пациентки была первая беременность, которая прервана по медицинским показаниям, так как имело место ухудшение основного заболевания - болезни Крона. Во время настоящей второй беременности на 16-й неделе беременности из-за недостатков шейки матки сделан серкляж Modo Mc Donald.

Из-за болей в животе и появления маточных сокращений, за 30 дней до окончания срока беременности женщина была госпитализирована в специализированную акушеро-гинекологическую больницу. Через два дня после госпитализации сокращения прекратились, но боли в животе усилились, появилась кровь в испражнениях.

Соматический статус. Общее состояние - удовлетворительное. Рост 160 см, вес 57 кг, вес до беременности - 48 кг, афебрильна, легкие и состояние сердечного ритма нормальные. Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст., частота сердечных сокращений - 78 уд. в минуту. Электрокардиограмма - в норме.

Акушерский осмотр - внешние гениталии первородящей женщины.

Шейка матки укорочена на 80%, расширение 1 см, головка плода - лежит у входа в таз. Мембрана - сохранилась. Наружная pelviometriya: D.sp.24 см, D.cr. 27 см., D.tr. 29 см., C.ext. 18 см. Частота сердечных сокращений плода 144 уд./мин., ритмичные. NST плода показывают однократные децелерации и эпизоды сердечных сокращений выше 160 уд./мин.

Шовная нить удалена.

УЗИ плода: предлежание головки, BPD 9,61 см - 39+2 недель беременности, HC 33,14 см - 37+5, AC 3190 см - 37+5, Fl. 6,93 см - 35+4, placenta posterior III степени, La - в норме.

Лабораторные тесты по прибытии: группы крови ABO, Rh [+], RBC 3,67 T/L, HGB 112 g/L, HCT 0,35, COЭ 95 fl., MЧ 31 pg., MCHC 323 g/L, RDW 10,9%, PLT 213 g/L, MPV 8,4 fl., PCT 0,18 ml/L, PDW 12,5%, WBC 13,1 g/L, NEU 10,72, NEU % 81,5%, LYM 1,68 g/L, LYM% 12,8, MON 0,57 g/L, ПН% 4.3, eos. 0,12 g/L, EOS.% 0,9, BAS 0,07 g/L,

BAS% 0,5, Глюкоза 3,88 ммоль/л, мочевины 1,7 ммоль/л, креатинин 54 мкмоль/л, белок 60,2 г/л, Альбумин 36,7 g.L., GOT 21,7 u/L., GPT 15.9 u/L., INR 0,94, Фибриноген 4,63 g/L. Качественный анализ мочи – в норме.

После консультаций с интернистом, анестезиологом и руководителем клиники решено провести рождение хирургическим путем со спинальной анестезией при врожденных дефектах обоих тазобедренных суставов и заболевании желудочно-кишечного тракта. Потеря крови во время кесарева сечения - 450 мл.

Новорожденное мужского пола весом 3350 г, ростом 49 см с показателями по шкале Apgar: 1-ая минута - 7, 5-ая минута - 9.

Лечение после родов включает: цефазолин 3x2 гр. в.в. 5 дней,

Салофальк 500 мг 3x1 в перорально, Линекс 3x1 перорально, Methylprednisolol 4 мг по схеме. Уменьшение жалоб на брюшную полость. Послеродовый период проходит гладко. Выписана на седьмой день после операции.

Лабораторные исследования перед выпиской из стационара: RBC 3.8 T/l., HGB 117 g/L., HCT 0.36, MCV 94fl., MCN 31 pg., MCHC 328g/L., RDW 11.9%, PLT 270 g/L., MPV 8.6 fl., RCT 1.6 ml/L., PDW 12.3%, WBC 7.1 G/l., NEU 5.35, NEU% 74,8, LYM 1.37 g/L, LYM% 19.1, MON 0.28 g/L, MON% 3.9 EOS 0.12, EOS% 1.7, BAS 0.04, BRefereAS% 0.5

Обсуждение.

В представленном случае с БК первая беременность протекала во время активности заболевания и закончилась аборт по медицинским причинам. После активного комплексного лечения желудочно-кишечного заболевания и последующей ремиссии осуществлена концепция и вторая беременность, которая прошла благоприятно при продолжении медикаментозной терапии до восьмого лунного месяца, когда болезнь снова проявила активность. После госпитализации у пациентки констатирован лейкоцитоз и несколько низкий уровень гематокрита. Прошло преждевременное рождение. Плод с нормальным развитием.

Болезнь Крона сочеталась с врожденным дефектом обеих бедер и произошедшим на фоне БК опухолевым процессом шейки матки. Трудно найти связь между болезнью Крона, с одной стороны, опухолевым заболеванием с другой страны и врожденным костно-суставным дефектом. Этот случай подтверждает, что концепция в стадии ремиссии заболевания и при соответствующей терапии может пройти с хорошим ходом беременности. Было показано также осложнение болезни Крона - преждевременное рождение.

Литература:

1. Feagins L.A., Kane S.V., Srxual and reproductive issues for men with inflammatory bowel disease. Am.J.Gastroenterol.2009;104:768-773[PMID 19223893DOI:10.1038/ajg.2008.90]
2. Moser M.A., Okun N.B., Majes D.C, Crohn disease, pregnancy and birth. weight. Am. J. Gastroenterol. 2000; 95; 1021-1026 [PMID; 10763954]
3. INurgart B., Hundbordg H.H., Jacobson B.A. et al. Disease activity in pregnant women with Crohn's disease and birth outcomes a regional Danish cohort stidy. Am. J. Gastroenterolog. 2007;102:1047-1954 [PMID:17573787]
4. Correia L.M., Bonilha D.Q., Ranos J.D. et al. Treatment of inflammatory bowel disease and pregnancy: a review of the literature. Arq. Gastroenterol. 2010; 47: 197-201[PMID 20721468]
5. Dominitz J.A., Young J.C., Boyko E.J. Outcomes of infants born in moters with inflammatory bowel diseases : a population –based cohort study. Am.j. Gastroenterol.2002;97:641-648 [PMID:11925208]
6. Morales M., Bemey T., Jenny P. Crohn's disease as a risk factor for the outcome of pregnancy. Hepatogastroenterology 2000; Nov.- Dc. 47(36) 1595-1598

7. Julsgaard M., Nordgaard M., Hvas C.L. et al. Influence of medical treatment, smoking and disease activity on pregnancy outcome in Crohn's disease Scand.J. Gastroenterol/2014;mar.49 (3)302-308, doi 10.3109/00365521. 2013.879200

8. Cheng A.G., Oxford E.C., Sauk J. et al. Impact of mode of delivery on outcomes in patients with perianal Crohn's disease. Inflamm. Bowel Dis.2014;Aug.20 (8)1391-1398

9. Julsgaard M., Norgaard M., Hvas C.L. et al. Self – reported adherence to medical treatment, breastfeeding, behaviour and disease activity during the postpartum period in women with Crohn's disease. Scand.J.Gastroenterol.2014; Aug.49 (8):058—966 doi:10:3109/00365521.2014 92090913

10. Cury D.B., Moss A. Treatment of Crohn disease in pregnancy women: Drug and multidisciplinary approaches .World J. of Gastroenterol.2014;July 21:20 (27):8790-8795.IssN 1007-9327



Garnizov T., Hadzhideleva D. Beremennost', rody i poslerodovoj period u pacientok s boleznu krona. klinicheskij sluchaj // Nauka. Mysl'. - 2016. - №6-2.

© Т. Гарнизов, 2016.

© Д. Хаджиделева, 2016.

© «Наука. Мысль», 2016.

— ● —

Abstract. A review of Crohn's disease and its effect on pregnancy and childbirth is made. A case of the disease Crohn's disease when the disease affected the small intestine and colon is described. The first pregnancy occurring during the active stage of the disease is aborted by abortion for medical reasons. After the onset of remission with current therapy conducting second pregnancy goes favorably to the eighth lunar month when there is a new impetus to inflammation and premature birth. A patient with congenital double dislocation of the hip joints, and at the background intestinal disease occurs, and cervical cancer. Pregnancy finished by the birth of a viable fetus as a result of surgical birth.

Keywords: Crohn's disease, pregnancy, childbirth, postpartum period.

— ● —

Сведения об авторах

Д-р Теодор **Гарнизов**, доктор медицинских наук, руководитель сектора в роддоме при университетской акушеро-гинекологической больнице «Дом матери», преподаватель кафедры акушерства и гинекологии Медицинского университета Софии (София, Болгария).

Деляна **Хаджиделева**, доктор медицинских наук, преподаватель Факультета общественного здравоохранения Медицинского университета Софии, (София, Болгария).

— ● —

Подписано в печать 20.05.2016.

© Наука. Мысль, 2016.