



Г.Д. Фадеенко, Т.Л. Можина

ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой АМН Украины», Харьков

Особенности обследования и лечения беременных с заболеваниями органов пищеварения (по материалам международных руководств и нормативно-директивных документов Министерства здравоохранения Украины)

Ключевые слова

Беременность, экстрагенитальная патология, заболевания пищеварительного канала, лечение, стандарты терапии.

Беременность — уникальное состояние, сопровождающееся многочисленными физиологическими изменениями, которые оказывают определенное влияние на состояние гастроинтестинальной системы, предрасполагая к развитию той или иной патологии пищеварительного канала (ПК). Наличие какого-либо заболевания ПК у женщины до наступления беременности может отразиться на развитии эмбриона/плода, течении беременности, стать причиной формирования врожденных пороков у новорожденного. Кроме того, в настоящее время многие женщины предпочитают рожать ребенка после 30 лет, когда возрастает частота развития сопутствующей патологии, в том числе и гастроэнтерологической.

Какой должна быть тактика врача-гастроэнтеролога, ведущего консультативный прием беременной? Можно ли беременным проводить эндоскопическое исследование верхнего и нижнего отдела ПК? Как выбрать и назначить наиболее эффективный медикаментозный препарат? Применение каких лекарственных средств наиболее безопасно для матери и плода?

Подробные ответы на эти вопросы мы нашли в руководствах гастроэнтерологических организаций: Американского общества гастроинтестинальной эндоскопии (American Society for Gastrointestinal Endoscopy, ASGE), Амери-

канской гастроэнтерологической ассоциации (American Gastroenterological Association, AGA) и в нормативно-директивных документах Министерства здравоохранения Украины.

Эндоскопическое исследование пищеварительного тракта

В руководстве ASGE по проведению эндоскопии у беременных и кормящих женщин [1] подчеркивается, что безопасность проведения видеоэндоскопического исследования ПК у беременных изучена недостаточно. Исследования, которые позволили экспертам ASGE сделать определенные выводы относительно проведения эндоскопии у беременных женщин, были небольшими и ретроспективными.

Проведение эндоскопии во время беременности может сопровождаться следующими потенциальными рисками: гиповентиляцией и гипотензией плода в результате чрезмерной седации матери во время исследования или вследствие сдавления нижней полой вены маткой при беременности, что может привести к уменьшению плацентарного кровотока, гипоксии плода. Другими потенциальными рисками эндоскопического исследования являются тератогенность (при использовании медикаментов для седации) и провокация преждевременных родов. Поэтому

каждая беременная женщина должна быть проинформирована о возможных осложнениях при проведении эндоскопии, а в документ, предусматривающий письменное согласие на проведение эндоскопического исследования, должны быть включены положения о потенциальном риске для плода и матери.

В руководстве ASGE приведены следующие показания для проведения эндоскопического обследования ЖК во время беременности [1]:

1. Значительное или продолжающееся кровотечение из ЖК.
2. Тяжелая или рефрактерная к медикаментозному лечению тошнота, рвота, абдоминальная боль.
3. Дисфагия или одинофагия.
4. Подозрение на наличие новообразования кишечника.
5. Тяжелая диарея с прогрессирующим течением.
6. Билиарный панкреатит, холедохолитиаз, холангит.
7. Повреждение билиарного или панкреатического протоков.

При проведении эндоскопического исследования у беременных руководство ASGE рекомендует придерживаться таких принципов:

1. Исследование следует выполнять только при наличии строгих показаний, особенно при беременности высокого риска.
2. По возможности отложить проведение эндоскопии на второй триместр беременности.
3. Использовать наименьшую эффективную дозу седативного препарата.
4. Использовать седативные препараты группы А или В.
5. Минимизировать время проведения процедуры.
6. Позиция беременной во время исследования — на левом боку (для избежания сдавления нижней полой вены).
7. Мониторинг сердечной деятельности плода должно быть проведено до введения седативных препаратов и после окончания эндоскопического исследования.
8. Предусмотреть возможность оказания urgentной акушерской помощи при развитии акушерских осложнений.
9. Проведение эндоскопического исследования противопоказано при наличии акушерских осложнений, таких как отслоение плаценты, угроза преждевременных родов, разрыв околоплодных оболочек, эклампсии.

При необходимости глубокой седации беременной во время эндоскопии анестезиологическое пособие должен выполнять высококвали-

фицированный анестезиолог с постоянным мониторингом за показателями артериального давления и частоты пульса, насыщенности крови кислородом, частоты дыхания, регистрацией ЭКГ и подачей увлажненного кислорода через носовую канюлю.

Безопасность применения каких-либо медикаментозных средств во время беременности, в том числе и седативных препаратов, строго регламентируется Американским управлением по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов (Food and Drug Administration, FDA). FDA классифицирует все медикаменты на пять категорий в зависимости от уровня безопасности и возможности применения во время беременности (табл. 1) [2].

Для проведения седации беременной во время эндоскопического исследования могут быть использованы различные медикаменты, но FDA рекомендует использовать препараты, относящиеся к категории В (лекарственных средств, соответствующих группе А, нет), в крайнем случае — медикаменты из категории С [2].

Классификация FDA лекарственных средств, предназначенных для седации беременных во время эндоскопии

Категория А	Нет
Категория В	Меперидин Налоксон Пропофол
Категория С	Фентанил Флумазенил
Категория D	Бензодиазепины

Для того, чтобы избежать возможных несоответствий между рекомендациями ASGE, действующих на территории США, и нормативными документами, регулирующими показания и противопоказания к назначению лекарственных средств в нашей стране, мы сопоставили имеющиеся сведения. Для получения наиболее точных, максимально достоверных данных мы использовали сайт Министерства здравоохранения Украины (<http://mozdocs.kiev.ua>), на котором можно получить подробную инструкцию к применению любого лекарственного средства, зарегистрированного в Украине. Для последующего анализа мы старались выбирать инструкции к оригинальным препаратам или медикаментам, выпускаемым отечественными производителями.

В соответствии с действующими инструкциями к препаратам, в нашей стране применение фентанила, флумазенила во время беременности запрещено [3], пропофола — не рекомендовано [4], меперидина — невозможно в связи с отсут-

Таблица 1. Классификация FDA лекарственных средств по безопасности применения во время беременности

Категория	Описание
A	Адекватные хорошо контролируемые исследования у беременных женщин не показали повышения риска развития патологии плода в любом триместре беременности
B (best – лучшие)	Экспериментальные исследования на животных доказали отсутствие негативного влияния на плод, но подобные данные не были получены в хорошо контролируемых исследованиях у беременных ИЛИ Экспериментальные исследования на животных продемонстрировали наличие побочного действия препарата на плод, но адекватные и хорошо контролируемые исследования у беременных женщин не подтвердили возможность негативного воздействия на плод в любом триместре беременности
C (caution – осторожно)	Экспериментальные исследования на животных продемонстрировали наличие побочного действия препарата на плод, адекватные и хорошо контролируемые исследования у беременных женщин не проводились ИЛИ Экспериментальные исследования на животных и адекватные и хорошо контролируемые исследования у беременных женщин не проводились
D (dangerous – опасны)	Адекватные хорошо контролируемые или наблюдательные исследования у беременных продемонстрировали наличие риска для плода, польза от проводимой терапии превышает возможный риск. Например, использование препарата возможно при развитии жизнеугрожающей ситуации или для лечения тяжелого заболевания, в то время как для коррекции нетяжелой патологии препарат не используют
X	Адекватные хорошо контролируемые или наблюдательные исследования у животных или беременных продемонстрировали очевидные доказательства развития патологии плода. Использование этого препарата запрещено у женщин, планирующих беременность, или уже беременных

ствием этого наркотического анальгетика на фармацевтическом рынке Украины.

Медикаментозная терапия патологии органов пищеварения

В течение последних десятилетий медикаментозное лечение заболеваний ЖК претерпело значительные изменения. Те хронические заболевания, которые раньше делали беременность нежелательной или невозможной, сегодня успешно поддаются лечению и не являются препятствием к рождению ребенка.

Внимательная оценка жалоб беременной, осторожное назначение фармакологических препаратов, использование максимально безопасных лекарственных средств позволит врачу подобрать наиболее эффективный метод лечения сопутствующей гастроэнтерологической патологии.

В руководстве AGA рассматриваются принципы медикаментозного лечения наиболее распространенной гастроэнтерологической патологии у беременных [5].

Тошнота и рвота

Как отмечается в руководстве AGA, тошнота и рвота наиболее часто развиваются в первом триместре беременности и регистрируются у 50–90 % женщин [5]. С целью коррекции тошноты и рвоты беременных AGA рекомендует применение витамина B₆ и доксиламина, а также антиэметических препаратов (табл. 2).

Единственным препаратом категории A является витамин B₆ (пиридоксина гидрохлорид); его применение в дозе 10–25 мг три раза в сутки способствует нивелированию тошноты и рвоты у беременных.

Доксиламин (категория B) – антигистаминный препарат, который рекомендован FDA для купирования тошноты и рвоты беременных. За рубежом (в Канаде) наиболее часто используют оригинальный препарат – доксиламина сукцинат (Diclectin), в Украине зарегистрированы два препарата с аналогичным действующим веществом: «Донормил» и «Сондокс». Единственным показанием к применению доксила-

Таблица 2. Классификация FDA лекарственных средств, предназначенных для купирования тошноты, рвоты беременных и лечения неукротимой рвоты беременных

Лекарственное средство	Категория	Рекомендуемая схема назначения
Витамин B ₆	A	10–25 мг 3 раза в сутки
Доксиламин	B	12,5 мг 2 раза в сутки
Прохлорперазин	C	5–10 мг 3 раза в сутки
Прометазин	C	12,5–25,0 мг 4 раза в сутки
Метоклопрамид	B	10–20 мг 4 раза в сутки
Ондансетрон	B	4–8 мг 3 раза в сутки

мина в Украине является бессонница, ограниченный в назначении беременным препарат не имеет [6].

В качестве симптоматической терапии также могут быть использованы антиэметические препараты. Из этой группы препаратов FDA рекомендует применять при тошноте и рвоте беременных метоклопрамид (категория В), а также вещества с недоказанной безопасностью применения (прометазин, прохлорперазин), использование которых получило широкое распространение в клинической практике, несмотря на то, что эти лекарственные средства относятся к категории С [5]. Несмотря на то, что опыт применения ондансетрона при тошноте и рвоте беременных невелик, результаты двух исследований свидетельствуют об отсутствии увеличения риска развития пороков развития у плода при приеме беременными женщинами ондансетрона, что позволяет отнести этот препарат к категории В.

Действующие нормативно-директивные документы в Украине по применению вышеуказанных лекарственных средств несколько отличаются от рекомендаций АГА: применение метоклопрамида запрещено в первом триместре беременности [7], прометазина — на протяжении всей беременности [8], ондансетрона — возможно при любом сроке беременности, при условии, что ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода [9].

Неукротимая рвота

Симптоматическая коррекция неукротимой рвоты беременных такая же, как медикаментозное лечение тошноты и рвоты беременных, однако для лечения этого состояния препараты, как правило, назначают в более высоких дозировках и предусматривают проведение парентерального питания [5]. Как отмечено в руководстве АГА, в терапии неукротимой рвоты беременных также могут быть использованы кортикостероиды (категория В), однако механизм их антиэметического действия в настоящее время окончательно не изучен. В большинстве случаев терапия с применением кортикостероидов достаточно безопасна для плода, однако один метаанализ продемонстрировал незначительное увеличение вероятности формирования врожденных пороков развития и повышение в 3,4 раза риска развития расщелины верхней губы у детей, матерям которых назначали кортикостероиды в первом триместре беременности [5]. В редких случаях в лечении неукротимой рвоты беременных коротким курсом (5 дней) может быть использован эритромицин (категория В) с целью стимуляции мотилиновых рецепторов [5].

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пептическая язва

Как отмечают эксперты АГА, симптоматические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) отмечают 40–80 % беременных женщин, клиническая картина ГЭРБ практически одинакова как у беременных, так и у небеременных женщин [5]. Как правило, клиника ГЭРБ развивается, начиная с первого или второго триместра беременности, и может персистировать на протяжении всего срока внутриутробного развития плода. Пептическая язва при беременности встречается более редко, протекает, как правило, без характерной патологической симптоматики, в очень редких случаях сопровождается развитием осложнений.

В настоящее время нет данных контролируемых рандомизированных исследований по лечению ГЭРБ, пептической язвы у беременных, поэтому большинство рекомендаций по лечению этих нозологий основаны на данных ретроспективных когортных исследований, сообщениях «случай — контроль».

Инициальное лечение ГЭРБ у беременных заключается в подборе диетических рекомендаций, исключении пищевых продуктов, которые могут вызвать рефлюкс: жирная пища, соки из цитрусовых, кофеин, шоколад, ментол, напитки, содержащие алкоголь, никотин. Ночные проявления ГЭРБ могут быть устранены при модификации поведенческих привычек: подъем головного конца кровати на 15 см в ночное время, ограничение количества принимаемой пищи и жидкости за 4 ч до отхода ко сну. В случае если данных рекомендаций не достаточно для купирования проявлений ГЭРБ, необходимо назначение медикаментозных препаратов.

Одной из наиболее часто используемых групп препаратов для лечения ГЭРБ и пептической язвы у беременных являются антациды. В руководстве АГА рекомендуется отдавать предпочтение антацидным препаратам, содержащим магний, кальций или алюминий в обычной терапевтической дозировке, избегая назначения кальция бикарбоната для предупреждения развития метаболического алкалоза у матери и плода [5]. Для лечения язвенной болезни у беременных женщин также может быть использован сукральфат, который не имеет тератогенного действия (табл. 3) [5].

Пациенткам, у которых назначение антацидов не способствовало устранению клиники ГЭРБ, язвенной болезни, показано назначение H₂-блокаторов. Препараты из группы H₂-блокаторов эффективны для контроля симптомов заболевания, могут быть рекомендованы для

Таблица 3. Классификация FDA лекарственных средств, предназначенных для лечения ГЭРБ, язвенной болезни у беременных

Лекарственное средство	Категория	Рекомендуемая схема назначения
Магния, алюминия гидроксид	B	10–30 мл по требованию
Сукральфат	B	1 г за 1 ч до еды и перед отходом ко сну
H ₂ -блокаторы	B	В стандартной дозировке для выбранного препарата
Ингибиторы протонной помпы	B (C — для омепразола)	В стандартной дозировке для выбранного препарата

проведения длительной кислотосупрессивной терапии у беременных [5]. Обсервационное исследование, проведенное в США, не подтвердило наличия связи между приемом H₂-блокаторов во время первого триместра беременности и врожденными уродствами у новорожденных [5]. Циметидин, ранитидин, фамотидин относятся к лекарственным средствам группы B, данных о безопасности низатидина во время гестации недостаточно, поэтому назначения этого препарата беременным желательно избегать [5].

Максимально эффективными препаратами в лечении ГЭРБ и язвенной болезни являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). В 1998 году были опубликованы результаты применения омепразола у беременных лабораторных животных, которые продемонстрировали высокий уровень летальности крысиных эмбрионов. В то же время обширная база данных Шведского медицинского регистра новорожденных (Swedish Medical Birth Registry) не зарегистрировала наличие причинно-следственной связи между приемом ИПП и увеличением частоты врожденных пороков у новорожденных. Сообщения «случай-контроль» свидетельствуют о безопасности применения лансопразола, рабепразола, пантопразола, эзомепразола во время беременности [5]. Однако количество таких исследований мало, поэтому в рекомендациях AGA по медикаментозному лечению заболеваний ЖК у беременных [5] подчеркивается, что достоверных данных о применении ИПП у беременных женщин нет, а при их назначении возможны побочные токсичные эффекты.

Эксперты AGA отмечают, что проведения антихеликобактерной терапии во время беременности желательно избегать в связи с низким риском развития осложнений, обусловленных инфекцией *Helicobacter pylori*, в течение короткого периода времени (периода гестации), а также с наличием потенциальной тератогенности у антибактериальных препаратов, используемых для эрадикации *Helicobacter pylori* [5].

Препараты, содержащие висмута субсалицилат, не рекомендуют принимать во время беременнос-

ти в связи с имеющимися данными о том, что длительный прием салицилатов приводит к развитию врожденных пороков, раннему закрытию *ductus arteriosus*, задержке внутриутробного развития [5].

Среди комбинированных антацидных препаратов, зарегистрированных в Украине, только один препарат имеет официальное показание для симптоматического лечения желудочно-пищеводного рефлюкса и изжоги у беременных — медикамент, содержащий натрия альгинат, натрия гидрокарбонат, кальция карбонат [10]. Однако, как указывалось выше, эксперты AGA советуют избегать назначений беременным антацидов, содержащих кальция бикарбонат, из-за возможного развития метаболического алкалоза у матери и плода. Инструкция к другому комбинированному антацидному препарату, содержащему гидроксиды алюминия и магния, менее категорична, и рекомендует принимать это лекарственное средство, при условии, что польза для матери превышает возможный риск для плода, несмотря на доказанное отсутствие у препарата тератогенных и фетотоксических эффектов [11].

В настоящее время на фармацевтическом рынке Украины представлены два H₂-блокатора: ранитидин и фамотидин. В соответствии с инструкциями к этим препаратам, применение как ранитидина, так и фамотидина на протяжении всего срока беременности в нашей стране не рекомендуется [12, 13].

Назначать омепразол, пантопразол беременным на территории Украины следует при условии, что возможная польза для матери превышает потенциальный риск для плода [14, 15]; лансопразол, рабепразол не рекомендовано применять во время беременности [16, 17]. В инструкции к оригинальному препарату с действующим веществом эзомепразол отмечено, что при проведении опытов на животных не было зафиксировано негативное влияние на развитие эмбриона/плода при использовании эзомепразола у беременных самок. Как свидетельствует инструкция, эзомепразол может быть назначен беременным женщинам для купирования симптомов кислотозависимых заболеваний [18]. Назначе-

ние сукральфата беременным возможно, если польза для матери превышает потенциальный риск для плода [19].

Констипация

Развитие запора во время беременности, как правило, считают симптоматическим и объясняют сдавлением толстого кишечника увеличивающейся маткой, венозным застоем в сосудах малого таза, при этом не учитывая тот факт, что беременная может страдать от истинных запоров (снижения пропульсионной активности кишечника, замедления продвижения химуса).

Несмотря на то, что жалоба на затрудненное опорожнение кишечника считается частой на фоне беременности, точных данных о распространенности этой патологии нет. На фоне беременности явления запора могут быть диагностированы *de novo* или отмечается усиление привычной, хронической констипации. Большинство беременных женщин связывают появление необходимости натуживания при акте дефекации либо изменения консистенции каловых масс с приемом витаминов, содержащих железо. Однако прием витаминов должен быть продолжен, несмотря на развитие явлений констипации.

Модификация привычного рациона питания с увеличением доли пищевых волокон и обеспечением адекватного поступления в организм жидкости является терапией первой линии у беременных. Эффективным и безопасным средством коррекции запора является использование средств, увеличивающих объем кишечного содержимого (псилиум, метилцеллюлоза, пектин) в дозе 25–40 г/сут. У некоторых пациенток, принимающих значительное количество пищевых волокон, может появиться тошнота, в таком случае рекомендуется уменьшить дозу препаратов, увеличивающих объем кишечного содержимого (табл. 4) [5].

В руководстве АГА отмечается, что осмотические слабительные (полиэтиленгликоль, лактулоза, сорбитол, глицерин) могут назначаться во время беременности. Длительное применение

солевых осмотических препаратов (магния цитрат, натрия фосфат) может привести к задержке натрия в организме, что нежелательно при беременности [5].

Применение обволакивающих слабительных, таких как минеральные масла, должно быть ограничено кратким периодом из-за возможного развития мальабсорбции витаминов и нутриентов [5].

Эксперты АГА предусматривают применение стимулирующих слабительных средств при неэффективности осмотических слабительных или препаратов, увеличивающих объем каловых масс. Назначение такого стимулятора перистальтики кишечника как бисакодил, является безопасным при беременности и не сопровождается развитием тератогенных эффектов, хотя пероральный прием этого препарата может сопровождаться развитием кишечной колики [5]. Касторовое масло может провоцировать сокращения матки, в связи с чем его назначение беременным противопоказано [5].

Единственным препаратом на фармацевтическом рынке Украине, у которого в показаниях к применению указано «лечение запора у беременных», является препарат, содержащий оболочку семян подорожника индийского [20]. Препаратом, разрешенным для лечения запора у беременных, является макрогол [21]. Еще одно лекарственное средство, «возможность применения которого может быть рассмотрена у беременных женщин», — лактулоза [22]. Прием препарата, содержащего натрия пикосульфат, возможен при условии проведения постоянного динамического наблюдения за состоянием беременной, так как исследования, проведенные на животных, не выявили наличия прямых или косвенных негативных воздействий на организм беременных самок, развитие эмбриона и плода, родовую деятельность и протекание послеродового периода [23]. Не рекомендуется назначать препараты, содержащие сенну и глицерол [25]. Инструкция к препарату, содержащему бисакодил, в отличие от рекомендаций FDA, не рекомендует использовать это лекарственное средство у беременных [24].

Таблица 4. Классификация FDA лекарственных средств, предназначенных для лечения констипации у беременных

Лекарственное средство	Категория	Рекомендуемая схема назначения
Полиэтиленгликоль	C	17 г ежедневно, запивая 240 мл воды
Лактулоза	B	15–30 мл до 4 раз в сутки
Сенна	C	2 таблетки в сутки, максимум — 4 таблетки 2 раза в сутки
Бисакодил	B	По потребности от 5 до 15 мг

Практикующим врачам необходимо обратить внимание на появление на фармацевтическом рынке Украины многокомпонентных препаратов растительного происхождения, в состав которых входят сена, плоды и масло фенхеля (категория С); в показаниях к применению указано: хронические запоры у беременных женщин [26].

Острая диарея

Патогенез и дифференциальный диагноз острой диареи у беременных женщин аналогичны таковым у небеременных. В большинстве случаев острая диарея обусловлена патологическим воздействием вирусов, бактерий и их токсинов или паразитов. Неинфекционные причины диареи — пищевая непереносимость, прием осмотических агентов. Поиск специфической причины развития инфекционной диареи показан при длительном течении заболевания (более 7 дней), наличии примеси крови в фекальных массах, тяжелом течении болезни [5]. Эксперты АГА рекомендуют при легкой степени диареи проводить поддерживающую терапию в виде коррекции дегидратации и электролитной недостаточности, модификации диетических привычек, а в случае персистенции симптомов заболевания — использовать антидиарейные препараты [5].

Антидиарейным препаратом выбора на фоне беременности является лоперамид (категория В) [5]. Этот агонист опиатных рецепторов увеличивает абсорбцию воды, снижает интестинальный транзит вследствие локального расслабления кишечной мускулатуры и устранения локальных мышечных сокращений, повышения тонуса анального сфинктера. В ходе наблюдения за 105 женщинами, которые принимали лоперамид в первом триместре беременности, не было отмечено повышения частоты формирования врожденных пороков развития у плода по сравнению с контрольной группой женщин, несмотря на снижение средней массы тела детей (200 г) у

женщин контрольной группы [5]. Отмечается, что использование комбинированного препарата (дифеноксилат + атропин сульфат, категория С) на протяжении второго или третьего триместра беременности сопровождалось появлением тератогенных эффектов у животных, поэтому применения этого лекарственного средства желательно избегать во время беременности (табл. 5) [5].

Синдром раздраженного кишечника

В руководстве АГА отмечено, что при ведении пациенток, страдающих синдромом раздраженного кишечника (СРК), необходимо учитывать, что масштабных исследований по лечению СРК у беременных женщин не проводили, и точно неизвестно, необходимо ли в таких случаях назначать ту же самую терапию или каким-либо образом модифицировать ее в период беременности.

Терапия констипации у беременных с СРК должна соответствовать положениям, изложенным в подразделе «Констипация». Для лечения СРК у беременных с преобладанием запора разрешен тегасерод (категория В), начиная со срока 12 недель гестации. Несмотря на то, что введение тегасерода беременным самкам животных не сопровождалось развитием серьезных побочных эффектов, этот препарат отнесен к категории В, так как опыт применения указанного лекарственного средства у беременных и кормящих женщин невелик [5].

Возможность назначения антидиарейных препаратов (лоперамид, дифеноноксилат) рассмотрена в предыдущем подразделе. Холестирамин (категория С), секвестрант желчных кислот, может быть использован в качестве антидиарейного препарата, но потенциальная возможность развития мальабсорбции жирорастворимых витаминов делает невозможным прием этого препарата в течение длительного периода времени [5].

Спазмолитические препараты часто назначают пациенткам с СРК до наступления беременности.

Таблица 5. Классификация FDA лекарственных средств, предназначенных для лечения синдрома раздраженного кишечника и диареи у беременных

Лекарственное средство	Категория	Рекомендуемая схема назначения
Тегасерод	В	6 мг 2 раза в сутки
Лоперамид	В	2–4 мг/сут или после каждого неоформленного стула
Дифеноксилат + атропина сульфат	С	1–2 таблетки 4 раза в сутки
Дицикловерин	В	10–20 мг 4 раза в сутки
Гюосциамин	С	0,125–0,250 мг каждые 6 ч при необходимости
Трициклические антидепрессанты	С/D	В зависимости от используемого препарата

Эффективность этих препаратов во время беременности не была адекватно оценена. Дицикловерин (дицикломин) (категория В), возможно, не оказывает негативного влияния на состояние матери и плода. Как свидетельствуют результаты Мичиганского наблюдательного исследования, прием дицикловерина беременными женщинами не сопровождался возрастанием частоты врожденных дефектов у детей, за исключением полидактилии [5]. В руководстве АГА говорится: «недостаток данных доказательной медицины в отношении назначения спазмолитических препаратов беременным женщинам, страдающим СРК, свидетельствует о том, что использование этих лекарственных средств может быть оправдано в случае терапии симптомов СРК, рефрактерных к назначению других медикаментов».

Трициклические антидепрессанты (ТЦА) часто применяют в лечении СРК у небеременных пациенток. Однако amitриптилин и нортриптилин относятся к категории D из-за сообщений о формировании врожденной патологии конечностей у животных и людей. Более поздние наблюдательные исследования у детей, рожденных от матерей, принимавших ТЦА до и во время беременности, не подтвердили увеличения частоты врожденных мальформаций [5]. Задержка мочеиспускания у новорожденных ассоциирована с приемом нортриптилина их матерями во время беременности [5]. Дезипрамин (категория С) не влияет на частоту формирования аномалий или каких-либо врожденных дефектов у плода, но применение этого препарата во время беременности приводит к развитию синдрома отмены у новорожденного [5]. В связи с вышесказанным, безопасность приема ТЦА во время беременности остается дискуссионной, поэтому назначение препаратов этой группы следует рассматривать только у пациентов с тяжелым и рефракторным течением заболевания.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) (категория С) могут быть использованы в лечении женщин, страдающих СРК и депрессией [5]. Главной проблемой использования СИОЗС у беременных женщин является высокая вероятность развития спонтанных аборт на фоне применения флуоксетина или пароксетина в ранние сроки беременности. Эксперты АГА приводят данные наблюдений за 267 женщинами, принимавшими СИОЗС (флуоксетин, пароксетин или сертралин): в ходе исследования не было подтверждено увеличение развития самопроизвольных абортов, врожденных мальформаций или преждевременных родов [5]. Несмотря на эти данные, FDA и производители СИОЗС договорились о внесении измене-

ний в инструкции к препаратам этого класса, предупреждающие врачей и пациентов о возможных осложнениях у плода на фоне приема этих препаратов во время беременности [5]. Эксперты АГА резюмируют: «целесообразность назначения СИОЗС, как и ТЦА, может быть рассмотрена для терапии беременных с тяжелым и рефрактерным течением СРК» [5].

Что может рекомендовать беременной женщине врач-гастроэнтеролог для нивелирования явлений острой диареи неинфекционного генеза и СРК? В соответствии с нормативной базой Министерства здравоохранения Украины во время беременности разрешено назначение лоперамида, так как этот препарат лишен тератогенного и эмбриотоксического действия [27]. Инструкция для лекарственного средства с действующим веществом тегасерод предусматривает возможность его применения для терапии хронического запора у беременных при условии, что ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода [28]. Несмотря на то, что официальными показаниями к назначению дицикловерина в нашей стране являются кишечная колика, СРК, спастический запор, этот препарат не рекомендовано применять у беременных женщин [29]. Также противопоказаны к применению у беременных гиосциамин (компонент алкалоида красавки) и ТЦА. Комбинированный препарат, содержащий дифеноксилат и атропина сульфат (торговые названия Lomotil или Lonox), в Украине не зарегистрирован.

Воспалительные заболевания кишечника

Большое количество исследований, проведенных у женщин, страдающих болезнью Крона (БК) или язвенным колитом (ЯК), убедительно продемонстрировали, что течение и исход беременности зависят от выраженности воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) [5]. Наличие у беременной женщины активной формы ВЗК повышает риск развития различных осложнений, включая преждевременные роды и задержку внутриутробного развития плода. И наоборот, если ВЗК находится в состоянии ремиссии, течение беременности у женщины, скорее всего, будет протекать без осложнений. Поэтому пациенткам с ВЗК необходимо советовать отложить планирование беременности до перевода ВЗК в стадию ремиссии, однако, оптимальная длительность периода ремиссии до оплодотворения остается неизвестной [5]. В руководстве АГА отмечается, что беременность не провоцирует рецидив БК или ЯК, в то время как наличие ВЗК в фазе обострения на момент зачатия в большинстве случаев приводит к сохранению ак-

тивности патологического процесса в течение всей беременности, в некоторых случаях — ведет к прогрессированию тяжести заболевания [5]. Рецидив ЯК наиболее часто наблюдают в первом триместре беременности, БК — в первом, втором триместре, а также в послеродовой период.

При ведении пациентов с ВЗК во время беременности следует руководствоваться следующим принципом: активное и агрессивное течение заболевания представляет собой более значительный риск для протекания беременности, чем проведение медикаментозной терапии [5]. Большинство лекарственных средств для лечения ВЗК в обычной популяции являются безопасными для беременных женщин (табл. 6) [5].

Аминосалицилаты, включая сульфасалазин (категория В) и месалазин (категория В), являются базовыми препаратами для лечения ЯК и БК. Сульфасалазин используют для лечения ВЗК уже на протяжении 50 лет. Многочисленные исследования продемонстрировали безопасность его приема в течение всего периода беременности. Пациентам, принимающим сульфасалазин, следует дополнительно назначать препараты фолиевой кислоты для уменьшения риска развития у плода дефектов нервной трубки [5]. Проспективные исследования продемонстрировали, что месалазин и другие производные 5-АСК могут быть выбраны в качестве безопасного средства для лечения ВЗК на фоне беременности (это относится как к пероральным, так и к топическим формам выпуска) [5]. Единственным производным 5-АСК, отнесенным к категории С, является олсалазин [5].

У пациентов с течением ВЗК средней степени тяжести могут быть использованы топические и оральные кортикостероиды (категория В) с целью индукции ремиссии. Но эти препараты не используют для поддержания ремиссии. Кортикостероиды в большинстве случаев безопасны для приема во время беременности [5]. В больших наблюдательных исследованиях не было зафиксировано повышения частоты врожденных уродств, спонтанных аборт, преждевременных родов, мертворождаемости у женщин, которые получали кортикостероиды по поводу ВЗК [5]. Кратковременное назначение быстродействующих препаратов, таких как преднизолон, метилпреднизолон, является наиболее предпочтительным, так как только 10 % от дозы, принятой матерью, попадает через плаценту к плоду [5].

Такой кортикостероид как будесонид, подвергающийся экстенсивному метаболизму в ткани печени, может быть использован для лечения пациентов с БК, с преимущественным поражением правых отделов кишечника. Прием будесонида сопровождается минимальным количеством побочных эффектов по сравнению с пероральными глюкокортикостероидами, однако небольшое количество контролируемых исследований, проведенных у беременных женщин, вынудило экспертов отнести этот препарат к категории С [5].

В качестве эффективных препаратов для поддержания ремиссии у пациентов со стероиднорезистентной формой ВЗК могут быть использованы иммуномодуляторы, такие как 6-меркаптопурин (категория D) и азатиоприн (категория D) [5]. Ретроспективные исследования выявили от-

Таблица 6. Классификация FDA лекарственных средств, предназначенных для лечения ВЗК у беременных

Лекарственное средство	Категория	Рекомендуемая схема назначения
5-аминосалициловая кислота	В	В зависимости от используемой торговой марки. Сульфасалазин, месалазин могут быть использованы как в топической, так и в пероральной формах
Кортикостероиды	В	В зависимости от используемой торговой марки. Эффективны для индукции, но не для поддержания ремиссии
Будесонид	С	9 мг/сут
Инфликсимаб	В	5–10 мг/кг массы тела внутривенно. Ограниченные данные относительно безопасности
6-меркаптопурин/азатиоприн	D	Стартовая доза 50 мг. Назначение препарата оправдано только при активном течении заболевания, неэффективности других пероральных или топических препаратов. Возможен тератогенный эффект
Циклоспорин	С	Доза препарата зависит от массы тела пациента. Назначение препарата оправдано при активном течении заболевания, неэффективности других пероральных или топических препаратов
Метотрексат	X	Запрещен к применению во время беременности

носительную безопасность этих препаратов, однако их использование может быть оправдано при рефрактерности к другим пероральным или топическим лекарственным средствам [5]. Значительные противоречия существуют в отношении тератогенного действия 6-меркаптопурина, принимаемого родителями в период зачатия. Результаты ретроспективных исследований свидетельствуют о том, что распространенность осложнений, обусловленных приемом 6-меркаптопурина (спонтанные аборт, врожденные аномалии, такие как акrania, полидактилия), повышается, если родители принимали этот препарат менее чем за 3 мес до зачатия [5]. Метотрексат (категория X), назначаемый для лечения рефракторных форм БК, противопоказан при беременности из-за его способности провоцировать аборт и развитие различных тератогенных эффектов (краниоцефальные дефекты, врожденная патология нервной системы, миелосупрессия) [5].

Инфликсимаб рекомендован для лечения рефрактерной и фистулизирующей форм БК. На основании данных более чем 100 сообщений, в которых была показана безопасность приема инфликсимаба при беременности, этот препарат был классифицирован FDA как лекарственное средство категории В [5].

Рассмотрим инструкции к лекарственным средствам, упомянутым в нормативно-директивной базе данных Министерства здравоохранения Украины. В нашей стране разрешено назначение препаратов 5-АСК (месалазин, сульфасалазин) беременным женщинам при условии постоянного медицинского наблюдения за самочувствием будущей матери и подбора наименьшей эффективной дозировки лекарственного средства [31, 32]. Применение кортикостероидов возможно при наличии строгих показаний к назначению этого класса препаратов [33]. Наличие абсолютных показаний к назначению является разрешающим фактором для использования будесонида во время беременности [34]. Существующие положения о применении инфликсимаба и циклоспорина противоположны рекомендациям FDA. Назначать инфликсимаб беременным не рекомендуется в связи с небольшим количеством исследований, изучавших влияние инфликсимаба на организм матери и плода [35], в то время как циклоспорин может быть назначен беременной при наличии оправданного риска для матери [37]. Беременные, принимающие циклоспорин, должны состоять на учете у акушера-гинеколога в связи с возможностью развития преждевременных родов [37]. Действующая нормативная база Министерства здравоохранения Украины запрещает назначе-

ние азатиоприна и метотрексата беременным в связи с выраженным тератогенным действием данных лекарственных средств [36, 38].

Заболевания печени

Применение ламивудина во время беременности с целью лечения вирусного гепатита В не приводит к возрастанию риска формирования врожденных аномалий [2]. Данные об использовании адефовира и энтекавира у беременных женщин ограничены, поэтому применение этих препаратов во время беременности не желательно [2]. Назначение интерферона, рибавирина беременным для терапии HCV-инфекции противопоказано [2].

Ведение пациенток с болезнью Вильсона-Коновалова на фоне беременности строго не оговаривается. Мнения о назначении комплексообразующих препаратов (пенициллина) во время беременности противоположны. Многие исследователи высказывают мнение о нежелательности использования пенициллина у беременных. В настоящее время действует рекомендация о снижении дозы пенициллина в третьем триместре до 250 мг/сут [2].

Для купирования явлений холестаза у беременных, развившегося на фоне первичного билиарного цирроза или первичного склерозирующего холангита, может быть использована урсодезоксихолевая кислота, применение которой не сопровождается развитием значимых побочных эффектов [2]. Терапия с применением урсодезоксихолевой кислоты беременных пациенток, страдающих от первичного заболевания печени, должна продолжаться при наличии убедительных доказательств ее эффективности [2].

Медикаментозное лечение проявлений portalной гипертензии у беременных затруднено из-за невозможности широкого применения лекарственных средств из группы бета-блокаторов. Так, использование пропранолола не желательно во втором и третьем триместре беременности, так как применение этого класса препаратов сопровождается задержкой внутриутробного развития плода [2]. Другой бета-блокатор — надолол — противопоказан к применению при беременности [2].

Нормативно-директивная база данных Министерства здравоохранения Украины более строга в отношении лечения заболеваний печени у беременных. Так, применение ламивудина при беременности возможно только при условии, что польза для матери превышает возможный риск для плода [39]. Назначение интерферона в первом триместре запрещено, на последующих сроках гестации — возможно по строгим показаниям, при тщательном взвешивании потенциаль-

ной пользы и возможного риска [40]. Использование рибавирина у беременных категорически запрещено, терапию с применением этого препарата следует назначать только при условии негативного теста на беременность [41]. Такие лекарственные средства, как пенициламин и урсодезоксихолевая кислота, запрещены к применению во время беременности [42–43]. Назначение пропранолола беременным возможно, но за 48–72 ч до начала родовой деятельности прием препарата необходимо отменить [44].

Безопасность и здоровье матери, плода и новорожденного должны находиться в фокусе терапевтических воздействий, поэтому назначение какого-либо медикамента беременной женщине должно соответствовать следующим требованиям:

- перед проведением фармакотерапии тщательно взвесить потенциальную пользу от применения лекарственного средства для матери и его возможный вред для плода;

- по возможности избегать назначения лекарственных средств в первом триместре беременности;
- использовать минимальную эффективную дозу медикаментозного препарата;
- тщательно контролировать состояние матери и плода в период медикаментозной терапии;
- предоставить беременной женщине полную информацию о возможном течении беременности без назначения фармакологических препаратов, о пользе медикаментозной терапии, потенциальных побочных действиях лекарственных средств.

Таким образом, руководствуясь положениями международных руководств и отечественной нормативно-директивной базой, врач-гастроэнтеролог может оказать беременной женщине эффективную и безопасную лечебно-диагностическую помощь, предупредив прогрессирование заболеваний органов пищеварения и предотвратив формирование внутриутробной патологии плода.

Список литературы

1. ASGE Guideline: guidelines for endoscopy in pregnant and lactating women // *Gastrointestinal Endoscopy*.— 2005.— Vol. 61, N 3.— P. 357–362.
2. Meadows M. Pregnancy and the Drug Dilemma U.S. Food and Drug Administration // *FDA Consumer magazine*.— 2001.— [Электронный документ].— Режим доступа: http://www.fda.gov/fdac/features/2001/301_preg.html.
3. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Фентаніл.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=18481>.
4. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Диприван.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=11411>.
5. American Gastroenterological Association Institute Medical Position Statement on the Use of Gastrointestinal Medications in Pregnancy // *Gastroenterology*.— 2006.— N 131.— P. 278–282.
6. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Донорміл.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=6054>.
7. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Метоклопрамід-Здоров'я.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=5274>.
8. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Прометазин-ЛьвівДіалік.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=3396>.
9. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Ондасетрон-Сандоз.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=22216>.
10. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Гавікон.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=23855>.
11. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Малокс.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=23864>.
12. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Ранітідин.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=5>.
13. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Фамотидин.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=3870>.
14. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Омепразол.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=17983>.
15. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Контролок.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=12224>.
16. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Ланзап.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=12296>.
17. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Паріет.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=14711>.
18. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Нексіум.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://www.mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=2605>.
19. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Сукральфат.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=22771>.
20. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Мукофальк Апельсин.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=19760>.
21. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Форлак.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=20768>.
22. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Дуфалак.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=15804>.
23. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Гутталак.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=969>.

24. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Бісокодил.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://www.mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=13381>.
25. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Сенаде.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=6158>.
26. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Софтовак.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=11819>.
27. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Імодіум Плюс.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=3822>.
28. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Фрактал.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=22457>.
29. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Мовеспазм.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=13032>.
30. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Амітриптілін.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=20556>.
31. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Самезіл.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=2405>.
32. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Сульфасалазин ЕН.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=12484>.
33. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Метілпреднізолон Норгон.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=13012>.
34. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Буденофальк.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=11964>.
35. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Ремікейд.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=18117>.
36. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Імуран.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=12227>.
37. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Сандімум.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=15667>.
38. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Веро-метотрексат.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=24687>.
39. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Ладівін.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=8200>.
40. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Реальдірон.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=2958>.
41. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Гепавін.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=14383>.
42. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Купрел.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=4044>.
43. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Урсофальк.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=11399>.
44. Нормативно-директивні документи МОЗ України. Інструкція для медичного застосування препарату Пранолол.— 2010.— [Електронний документ].— Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=2729>.

Г.Д. Фадеєнко, Т.Л. Можина

Особливості обстеження та лікування вагітних із захворюваннями органів травлення (за матеріалами міжнародних посібників та нормативно-директивних документів Міністерства охорони здоров'я України)

Наведено сучасні дані щодо особливостей обстеження та лікування патології травного каналу у вагітних, а також методи корекції захворювань травної системи.

G.D. Fadeenko, T.L. Mozhyzna

The peculiarities of the examination and treatment of the digestive organs' diseases in pregnant women (based on the international guidelines and regulatory documents of the Ministry of Health of Ukraine)

The review presents the modern views on the examination of digestive system diseases in pregnant women and approaches to the correction of these disorders.

Контактна інформація

Фадеєнко Галина Дмитрівна, д. мед. н., проф., заступник директора ДУ «Інститут терапії ім. Л.Т. Малої АМН України» 61039, м. Харків, вул. Постишева, 2а. Тел. (57) 373-90-32. E-mail: info@therapy.gov.ua

Стаття надійшла до редакції 10 березня 2011 р.