

Гестационный процесс и заболевания жёлчевыводящих путей

М.Ф. Додхоева, З.М. Абдусаматова, С.Г. Мироджова*

Кафедра акушерства и гинекологии №1 им. Абуали ибни Сино;

*НИИ гастроэнтерологии АМН МЗ РТ

В обзоре литературы представлены данные относительно влияния заболеваний жёлчевыводящих путей на течение гестационного процесса, особенности проявления некоторых осложнений беременности при указанных патологиях, о возможных путях их профилактики и лечения, а также влияния процесса беременности и родов на течение заболеваний жёлчевыводящих путей.

Беременность и роды нередко протекают с осложнениями, обусловленными экстрагенитальными заболеваниями, среди которых первое место занимают патологии пищеварительной системы, при этом, одно из ведущих мест у беременных женщин занимают болезни жёлчевыводящей системы, удельный вес которых составляет от 3% до 5%. Они же способствуют высокой частоте послеродовых септических осложнений и материнской смертности.

Подытоживая данные литературы, авторы считают актуальным проведение научно-исследовательских работ, ввиду недостаточно изученных аспектов этой проблемы в нашем регионе.

Ключевые слова: беременность, заболевания жёлчевыводящих путей, гестационный процесс

Одним из разделов «Цели развития тысячелетия» ООН является улучшение материнского здоровья. Низкий индекс здоровья матери способствует высокой частоте осложнений беременности и родов и неблагоприятных перинатальных исходов [1].

Беременность и роды нередко протекают с осложнениями, обусловленными экстрагенитальными заболеваниями, среди которых первое место занимают патологии пищеварительной системы, при этом, одно из ведущих мест у беременных женщин занимают болезни жёлчевыводящей системы, удельный вес которых составляет от 3% до 5% [2-7]. Они же способствуют высокой частоте послеродовых септических осложнений и материнской смертности [8-10].

Об актуальности проблемы свидетельствует тот факт, что ещё в 1981 году в г. Душанбе по инициативе известного таджикского врача-учёного, академика Х.Х. Мансурова был организован Всесоюзный симпозиум, посвящённый проблемам жёлчнокаменной болезни, в котором участвовали выдающиеся учёные этой области науки. Ещё в те годы академик Х.Х. Мансуров жёлчнокаменную болезнь признал наиболее распространённой и присущей в основном женщинам [11].

Заболевания жёлчевыводящей системы встречаются во всех возрастных группах, но преимущественно у лиц молодого возраста. Их частота у

женщин в 2-7 раз чаще, чем у мужчин – многие авторы объясняют это влиянием беременности [3,12]. Хронический холецистит, жёлчнокаменная болезнь, дискинезия жёлчевыводящих путей и другие патологические состояния жёлчевыводящей системы встречаются от 0,1% до 3% беременных [10]. Иногда патология жёлчного пузыря требует хирургического вмешательства, частота холецистэктомии при беременности составляет до 3,0% [4,5].

О высокой частоте заболеваний жёлчевыводящей системы преимущественно у женского населения, в том числе у беременных, сообщают многие исследователи. Они высказывают мнение, что имеется определённого рода взаимосвязь между поражением жёлчевыводящих путей и беременностью [3,5,13].

Высокая частота заболеваний жёлчевыводящих путей, особенно жёлчнокаменной болезни у беременных, объясняется увеличением продукции стероидных гормонов, которые метаболизируются печенью [3,14].

Во время беременности возникают условия, способствующие нарушению функции печени и жёлчевыводящих путей, которые связаны с повышением нагрузки на печень в связи с обезвреживанием продуктов жизнедеятельности плода, мобилизации энергетических ресурсов, с необходимостью усиления обменных процессов. Беременность становится



провоцирующим фактором, способствующим развитию заболевания [15,16].

По мнению З.Р. Кантемировой и В.А. Петухова (2005), при беременности возникают физиологические изменения жёлчевыводящей системы, обусловленные комплексом сложных метаболических сдвигов. В их основе лежат гормональные перестройки в организме матери и плода. Однако у части женщин после беременности эти физиологические изменения переходят в патологические состояния – заболевания жёлчного пузыря, которые обращают на себя внимание спустя много лет после родов. В связи с указанным, авторами проведено исследование морфологических и функциональных изменений, происходящих в жёлчном пузыре во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Исследователи установили, что при беременности дислипидопроотеидемия является физиологической и направлена на обеспечение развития плода под воздействием изменяющегося гормонального фона. При нормально протекающей беременности у 65% женщин возникает физиологический холестероз жёлчного пузыря, более чем у половины из которых в послеродовом периоде при нормализации липидного метаболизма и гормонального гомеостаза происходит регресс изменений в жёлчном пузыре [14].

Заболевания жёлчных путей, такие как дискинезия, острые и хронические холециститы, жёлчнокаменная болезнь и другие, наблюдаются у лиц любого возраста, но как было указано выше, молодые женщины страдают чаще [11,17]. Хотя многие авторы причину заболеваний жёлчевыводящей системы связывают с беременностью и родами, в их развитии имеют большое значение множество и других факторов, таких как конституция, наследственность, инфекция, застой, изменение химического состава и физических свойств жёлчи, нарушение обмена. Потому, многие авторы считают, что именно при беременности имеется совокупность всех этих факторов [3,11,17].

Основным патогенетическим фактором камнеобразования при жёлчнокаменной болезни является нарушение биохимизма жёлчи, приводящее к снижению холатохолеsterинового коэффициента и выпадению твёрдых элементов жёлчи в осадок. Наличие инфекции жёлчевыводящих путей, приводящих к дискинезиям, и застой жёлчи способствуют усилению воспаления и нарушению биохимизма жёлчи. Фактор питания и нарушение обменных процессов в организме беременной также являются предрасполагающими.

Беременность предрасполагает к образованию жёлчных камней в силу застоя жёлчи в жёлчном пузыре, вследствие давления матки и высокого внутрибрюшного давления, повышения уровня холестерина крови при беременности и снижения двигательной активности жёлчного пузыря, вследствие гиперэстрогении [3,14].

Исследуя особенности течения беременности и родов при ранней стадии жёлчнокаменной болезни, автор установила, что беременность является фактором риска развития ранней физико-химической стадии жёлчнокаменной болезни. Билиарный сладж, т.е. сгусток или микроскопическая аггломерация кристаллов холестерина, муцина, билирубината кальция, микроэлементов и других пигментных кристаллов, чаще образуется у молодых повторнородящих женщин с коротким интергенетическим интервалом. Пик образования билиарного сладжа приходится на второй триместр беременности и в 61% случаев полностью исчезает после родов. Беременность при ранней физико-химической стадии жёлчнокаменной болезни в 45,3% случаев протекает с осложнениями, к которым относится угроза прерывания беременности, рвота беременности, гестоз и другие, а роды в 60% случаев протекают на фоне аномалии родовой деятельности [18].

По данным Shaffard, среди женщин, страдающих жёлчнокаменной болезнью, в 51,7% случаев жёлчные камни появились во время беременности и в 25% – после родов. Henn и McSherry показали, что у 75% женщин, которые были беременными, встречаются камни жёлчного пузыря [19].

Дискинезия – функциональное поражение жёлчевыводящих путей, при котором происходит нарушение нервной или гормональной регуляции жёлчеотделения при отсутствии признаков органического поражения жёлчного пузыря и жёлчевыводящих путей. Беременность может оказать отрицательное влияние на течение болезни, в то время как заболевание не оказывает влияния на течение и исход гестационного процесса [3].

Хронический холецистит имеет воспалительное происхождение, этиологическим фактором которого является инфекция. В отличие от дискинезии, поводом к обострению болезни, со всеми вытекающими отсюда последствиями, являются погрешности в диете, злоупотребление жирной и жареной пищей, копчёными продуктами, острой пищей, алкоголем и др. 25% беременных связывают боли во второй половине беременности с шевелением плода [19].

С.Г. Бурков (1996) сообщает о влиянии хронического холецистита на гестационный процесс. Он исследовал 120 беременных, страдающих хроническим холециститом и в 91,1% случаев установил обострение заболевания в III триместре беременности. Мучительная тошнота беспокоила 17 женщин, 37 – лёгкая степень рвоты, 16 – средняя степень и 6 беременных – тяжёлая. Причём, у 23,3% пациенток рвота беременных продолжалась более 12 недель и у 8,8% из них – до 29-30-ой недели беременности. У 68 (56,6%) пациенток, т.е. у более половины, вторая половина беременности осложнилась поздним токсикозом [20].



У беременных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей в ранние сроки могут быть ранние токсикозы и самопроизвольные выкидыши, во II и III триместрах – преждевременные роды и преэклампсии, особенно опасный для жизни HELLP-синдром [3,12,16,21-23]. О высокой частоте преждевременных родов, риске внезапной смерти плода и необходимости досрочного родоразрешения пациенток с заболеваниями желчевыводящих путей сообщают R.Deveer и соавт. (2011), которые отметили преждевременные роды у 11,4% из 44 беременных пациенток и высокую частоту (65,1%) операций кесарево сечение у указанного контингента. Новорождённые нуждались в оказании интенсивной помощи [24].

Многие исследователи сообщают о взаимосвязи желчевыделительной системы с тяжёлыми случаями преэклампсии и эклампсии. Эти авторы предлагают раннюю диагностику патологий печени и желчевыделительной системы для предотвращения тяжёлых форм преэклампсии, эклампсии и HELLP-синдрома, которые зачастую приводят к материнской и перинатальной смертности [22].

Vazquez-Rodriguez G.J. и Perez-Rodriguez N.J. (2010) анализировали 141 случай тяжёлой преэклампсии. Клинически и ультразвуковым методом были диагностированы желчнокаменная болезнь у 15% пациенток, клинические проявления в виде эпигастрических болей были обнаружены у 9,2%. Исходы беременности и родов были одинаковы в основной и контрольной группах (без желчнокаменной болезни) и закончились благоприятно для матери и плода [22].

HeJ. и соавт. (2011) ретроспективно анализировали 21 случай мёртворождённых, зарегистрированных за 1999-2010 гг. и установили, что внутриутробная гибель плодов происходит к концу беременности с началом родовой деятельности [25]. О высокой частоте антенатальной гибели плодов у пациенток с печёночным холестазом сообщают и другие исследователи [26], которые также устанавливали гибель плодов после 37 нед. беременности. В связи с чем, эти исследователи единодушно предлагают родоразрешение пациенток с печёночным холестазом в сроки до 37 нед. беременности [25,27,28]. О недостаточной эффективности лекарственных препаратов для предотвращения антенатальной гибели плода сообщают PathakB. с соавт. (2010), которые также в своих исследованиях указывают о гибели плодов после 37 нед. беременности [24,29].

Zhang L.J. и LiM.Y. (2010) обнаружили значительные биохимические изменения в плаценте больных с печёночным холестазом [30]. Geenes V.L. и соавт. (2011) изучили морфологию плаценты и выявили значительные признаки апоптоза и окислительного стресса [31].

Значительно высокие показатели желчных кислот, аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы были обнаружены у плодов, в их пуповине и плаценте по сравнению с таковыми в контрольной группе [26,31,32].

Wang C. и соавт. (2011), клинически и экспериментально исследуя функцию надпочечников матерей и их плодов, установили взаимосвязь внезапной смерти плодов с нарушением функции надпочечников плода [33].

В литературе имеются сообщения, противоречащие предыдущим. Некоторые исследователи не обнаружили отличия в перинатальных исходах беременных, страдающих заболеваниями желчевыводящих путей, и беременных группы контроля, за исключением высокой частоты гипоксии плода [34].

Об успешном лечении стероидами и благоприятных перинатальных исходах при склерозированном холангите сообщают Leftwich и соавт. (2010) [35].

Некоторые исследователи сообщают о проведённых ими лапароскопических операциях у беременных, страдающих заболеваниями желчного пузыря. Например, Hernandez Estrada и соавт. (2011) 10 беременным со сроком беременности до 25 нед. произвели лапароскопическую холецистэктомию. У 2-х пациенток в 35 нед. беременности была угроза прерывания беременности. У всех 10 беременных роды произошли в срок. Репродуктивных потерь не было. Исследователи считают, что лапароскопическая холецистэктомия является операцией с минимальным риском для матери и плода и безопасным выбором для беременных пациенток [36].

Weber Sanches A. с соавт. (2011) сообщают о случае лапароскопической холецистэктомии при гидрохолестите, произведённого в 36,6 нед. беременности, вскоре после которого было проведено досрочное родоразрешение операцией кесарево сечение. Операция прошла без осложнений. Послеоперационный период протекал благоприятно. Пациентка с новорождённым были выписаны после 4-х суток [37].

О том, что видеолапароскопическая холецистэктомия является методом выбора, сообщают и отечественные исследователи [5].

Если холестаз не может быть предотвращен консервативно, показано оперативное вмешательство независимо от сроков беременности. Холецистэктомию лучше проводить в конце II триместра беременности, ввиду меньшей вероятности самопроизвольного прерывания беременности [2].

Б.А. Ишанкулова с соавт. (2005), изучая эффективность назначения препарата растительного происхождения «Юнибет» пациентам с желчнокаменной



болезнью, в том числе беременным, показали жёлчегонные, спазмолитические, противовоспалительные и гипогликемические свойства этого препарата, в связи с чем его рекомендуют беременным женщинам с патологией жёлчевыделительной системы для широкого применения [38].

Задержка внутриутробного развития плода, которая согласно данным многих исследователей может иметь место при заболеваниях жёлчевыводящих путей, является одной из универсальных реакций плода в ответ на неблагоприятное существование в период внутриутробного развития, связанное с факторами риска у матери, патологией плаценты или самого плода [39].

Беременность при наличии заболеваний жёлчевыделительной системы может быть сохранена и исход может быть благоприятным как для матери, так и для плода при своевременном проведении обследования и лечения указанного контингента [19,40]. Родоразрешение производится через естественные родовые пути [19]. Однако при частых обострениях, длительно некупирующихся коликах, эпизодах желтухи следует рекомендовать оперативное лечение до наступления беременности или её прерывание в ранних сроках [3,6].

Диагностика заболеваний жёлчевыводящих путей основывается на данных анамнеза, лабораторных и инструментальных данных. Из инструментальных данных наиболее информативным является ультразвуковое исследование [19,23]. Например, Л.А. Положенкова и соавт. (2004) для подтверждения жёлчнокаменной болезни в период беременности рекомендуют использовать ультразвуковой метод, точность которого достигает 100%. Авторы, каждой беременной, предъявляющей жалобы на боли в правом подреберье, рекомендуют проводить ультразвуковое исследование [6].

Таким образом, приведённые литературные данные, ещё раз убеждают в том, что любая женщина, в том числе, страдающая заболеваниями жёлчевыводящих путей, должна планировать беременность после тщательной прегравидарной подготовки, включающей гастроэнтерологическое обследование и лечение, и с наступлением беременности должна находится под активным антенатальным наблюдением соответствующих специалистов.

Обзор литературы показал, что информация относительно течения гестационного процесса и перинатальных исходов у пациенток, страдающих заболеваниями жёлчевыделительной системы, весьма скудна, гастроэнтерологическим исследованиям при беременности посвящено очень мало работ. Последние имеют важное значение и в выяснении вопросов питания беременных, они имеют прямое отношение к раскрытию роли и степени участия пищевари-

тельных органов в развитии многих осложнений, в частности рвоты, желтухи беременных и др. [3].

Исходя из вышеизложенного, следует заключить, что необходимы исследования, посвящённые изучению особенностей течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин, страдающих заболеваниями жёлчевыделительной системы, выявление региональных особенностей и разработка комплекса мероприятий по ведению этих беременных.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Цели развития тысячелетия» ООН / Резолюция 55/2 Генеральной Ассамблеи от 8 сентября 2000 года. (UNWebsite / © 2007 ООН <http://www.un.org/russian>)
2. Мансуров Х.Х. Жёлчнокаменная болезнь / Х.Х.Мансуров // Душанбе: Дониш, 1981. - С. 25-29.
3. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии / М.М.Шехтман // Руководство по экстрагенитальной патологии. - М.: Триада-Х. - 2009. - 815 с.
4. Кабанец Н.С. Заболевания жёлчевыводящих путей у беременных / Н.С.Кабанец, В.В.Галалы // Гастроэнтерология. – 2010. – 348 с.
5. Сравнительная оценка хирургического лечения жёлчнокаменной болезни разными методами / Р.Р.Рахматуллаев и [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. - 2005. - № 3. - С.107-108.
6. Положенкова Л.А. Патология жёлчевыводящей системы и беременность / Л.А.Положенкова, О.В.Козинова, Е.С.Ляшко // Акуш. и гинеколог. - 2004. - № 1. - С. 57-59.
7. Мансуров Х.Х. Актуальные вопросы патологии печени / Х.Х.Мансуров. - Душанбе: Дониш, 1985. - 148 с.
8. Papadakis E.P. Acute pancreatitis in pregnancy / E.P.Papadakis [et al.]//Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. - 2011. – 159 (2). - P. 261-266.
9. Дашкевич В.Е. Прогнозирование осложнений послеродового периода у женщин с хроническими заболеваниями печени и жёлчных путей / В.Е.Дашкевич, С.М.Макеев, Т.В.Хонахбеева // Акуш. и гинеколог. - 1987. - №4. - С.53-56.
10. Закревский А.А. Беременность, роды и состояние плода при хронических воспалительных заболеваниях гепатобилиарной системы: автореф. дис. ... канд. мед.наук/ А.А.Закревский. - М., - 1980. – 22 с.
11. Familial cholestasis: progressive familial intrahepatic cholestasis, benign recurrent intrahepatic cholestasis and intrahepatic cholestasis of pregnancy / W.L. van der Woerd [et al.] // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. - 2010. - № 24 (5). - P. 541-553
12. Bacq Y. Liver diseases unique to pregnancy: a 2010 update / Y.Bacq// Clin. Res. Hepatol. Gastroenterol. - 2011. - №35(3).-P.182-193.



13. Николаева В.А. Современные технологии в комплексном лечении внутрипечёночного холестаза беременных / В.А.Николаева // Акуш. и гин. – 2009. – № 6. – С.21-24.
14. Кантемирова З.Р. Беременность, жёлчный пузырь и липидный дистресс-синдром: диагностика и принципы лечения / З.Р.Кантемирова, В.А.Петухов // Гинекология. – 2005. – Т. 07. – №2. – С.
15. Кравченко Е.Н. К вопросу о холестатическом гепатозе беременных / Е.Н.Кравченко, О.А.Марковская // Мать и дитя. Материалы XII Российского форума. – М., 2012. – С. 99-100.
16. Cichoz-Lach H. Pathogenesis of liver diseases associated with pregnancy / H.Cichoz-Lach // Ginekol. Pol. – 2010. – № 81(8). – P. 613-617.
17. Neonatal outcome in obstetric cholestasis patients at Ayub Teaching Hospital Abbottabad / R.Sultana [et al.] // J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad. – 2009. – № 21 (4). – P.76-78
18. Мироджова С.Г. Особенности течения беременности и родов при ранней стадии жёлчнокаменной болезни: автореф. дис... канд. мед.наук / С.Г.Мироджова. – Душанбе. – 2006. – 24 с.
19. Шехтман М.М. Болезни органов пищеварения и крови у беременных / М.М.Шехтман, Г.М.Бурдули: – М., 1997. – 304 с.
20. Бурков С.Г. Заболевания органов пищеварения у беременных / С.Г.Бурков: – М., 1996.
21. Щелочная фосфатаза в смешанной слюне при воспалительных заболеваниях брюшной полости и гестозах / А.Е.Сухарев [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. – 2011. – № 6. – С.16-18
22. Vázquez-Rodríguez JG, Pérez-Rodríguez MJ. Frequency and clinical course of biliary lithiasis in patients with severe preeclampsia / J.G.Vázquez-Rodríguez, M.J.Pérez-Rodríguez // Ginecol. Obstet. Mex. – 2010. – № 78(11). – P. 583-589.
23. Good pregnancy outcome despite intrahepatic cholestasis / K.Turunen [et al.] // Scand. J. Prim. Health. Care. – 2010. – № 28 (2). – P.102-107
24. Two-year experience of obstetric cholestasis: outcome and management / R.Deveer [et al.] // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. – 2011. – № 38 (3). – P. 256-259.
25. He J. Clinical analysis of fetal death cases in intrahepatic cholestasis of pregnancy / J.He, L.Chen, C.Liang // Zhonghua Fu Chan KeZaZhi. – 2011. – № 46(5). – P. 333-337
26. Yu L. Relationship between total bile acid concentration and fetal pulmonary surfactant in intrahepatic cholestasis of pregnancy / L.Yu, Y.L.Ding, C.X.Wang // Zhonghua Fu Chan KeZaZhi. – 2011. – № 46(5). – P.324-328
27. Chao TT. Primary dermatologic findings with early-onset intrahepatic cholestasis of pregnancy / TT.Chao, J.S.Sheffield // Obstet. Gynecol. – 2011. – № 117 (2 Pt 2). – P. 456-458
28. Мансурова Ф.Х. Жёлчнокаменная болезнь в Таджикистане / Ф.Х.Мансурова // – Душанбе, 2004. – 328 с.
29. Pathak B. Cholestasis of pregnancy / B.Pathak, L.Sheibani, R.H.Lee // Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. – 2010. – № 37 (2). – P. 269-282
30. Zhang L.J. Expression of suppressor of cytokine signaling 3 and its significance in human placenta with pregnant intrahepatic cholestasis / L.J.Zhang, M.Y.Li. // Zhonghua Fu Chan KeZaZhi. – 2010. – № 45 (6). – C.406-410
31. Geenes V.L. A placental phenotype for intrahepatic cholestasis of pregnancy / V.L.Geenes [et al.] // Placenta. – 2011. – № 32 (12). – C. 1026-1032
32. Strehlow S.L. The mechanical PR interval in fetuses of women with intrahepatic cholestasis of pregnancy / S.L.Strehlow [et al.] // AJOG. – 2010. – № 203 (5). – P. 455.e1-5
33. Wang C. Impaired fetal adrenal function in intrahepatic cholestasis of pregnancy / C.Wang [et al.] // Med. Sci. Monit. – 2011. – № 17 (5). – P. 265-271.
34. Obstetrical and fetal outcomes of a new management strategy in patients with intra-hepatic cholestasis of pregnancy / H.A.AlShobaili [et al.] // Arch. Gynecol. Obstet. – 2011. – № 283 (6). – P.1219-1225
35. Primary sclerosing cholangitis in pregnancy refractory to ursodeoxycholic acid treatment: a case report / H.Leftwich [et al.] // J. Reprod. Med. – 2010. – № 55 (11-12). – P. 517-519
36. Hernández E.A.I. Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy. Five years experience at the Spanish Hospital of Mexico and literature review / E.A.I. Hernández, X. Aguirre Osete, LA.Pedraza González // Ginecol. Obstet. Mex. – 2011. – № 79 (4). – P. 200-205
37. Case report. Post cesarean section laparoscopic cholecystectomy for hydrocholecystitis. / A.WeberSánchez [et al.] // Ginecol. Obstet. Mex. – 2011. – № 79 (4). – P. 230-234
38. Ишанкулова Б.А. Эффективность применения сбора «Юнибет» в лечении больных жёлчнокаменной болезнью / Б.А.Ишанкулова, Ф.Х.Мансурова, С.Г.Мироджова // Вестник Авиценны. – 2005. – №1-2. – С.62-68
39. Додхоев Д.С. Диагностика нарушений функций ЦНС у новорождённых детей с ЗВУР/ Д.С.Додхоев // Методические разработки. – Душанбе, 2009. – 28 с.
40. Pauli-Magnus C. Genetic determinants of drug-induced cholestasis and intrahepatic cholestasis of pregnancy / C.Pauli-Magnus, P.J.Meier, B.Stieger // Semin. Liver. Dis. – 2010. – № 30 (2). – P. 147-159



Summary

Gestational process and diseases of biliary tract

M.F. Dodhoeva, Z. Abdusamatova, S.G. Mirodzhova*

Chair of Obstetrics and Gynaecology №1 Avicenna TSMU;

**Research Institute of Gastroenterology AMS MH RT*

The review of literature presented findings on influence of biliary tract disease on gestational process, features of some pregnancy complications, the possible ways of its prevention and treatment, as well as the impact of pregnancy and childbirth on biliary tract disease.

Pregnancy and childbirth are often proceed with complications due to extragenital diseases, among which the first place is occupied digestive system diseases. One of the leaders position in pregnant women is occupied disease of biliary system, the proportion of which is from 3% to 5%. They also lead to high incidence of postpartum septic complications and maternal deaths.

The authors, summarizing the literature, accentuate the need to research in view of uncertainties aspects of this problem in our region.

Key words: pregnancy, biliary tract disease, gestational process

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

М.Ф. Додхоева – заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1 ТГМУ;
Республика Таджикистан, г. Душанбе, 1 пр. Айни, 46
E – mail: dodkho@vip.tj