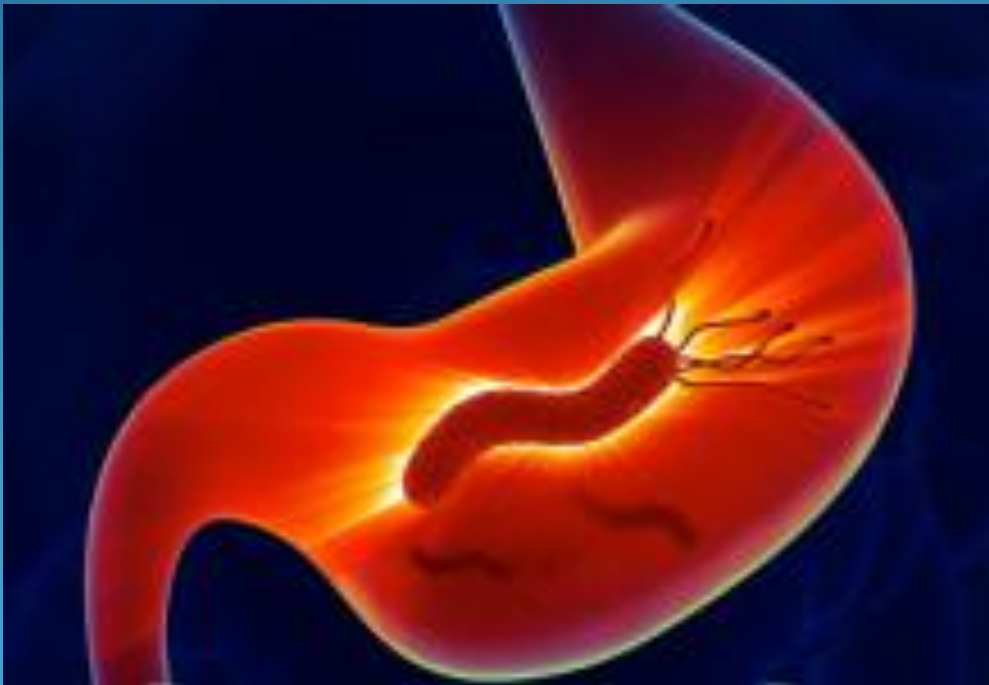


Беременность и язвенная болезнь



- **Язвенная болезнь** - хроническое, циклически протекающее заболевание с разнообразной клинической картиной и изъязвлением слизистой оболочки желудка либо двенадцатиперстной кишки в периоды обострения

- язвенной болезнью страдают 10% взрослого населения России
- 10% больных ежегодно оперируются.
- Среди лиц, страдающих язвенной болезнью, женщин в 3-10 раз меньше, чем мужчин.

предрасполагающие факторы, способствующие развитию язвенной болезни

- К основным относятся:
 - расстройства нервно-гормональных и местных механизмов, регулирующих пищеварение,
 - нарушение соотношения факторов агрессии и защиты;
 - к предрасполагающим :
 - - наследственность,
 - конституциональные особенности,
 - условия внешней среды (нарушение ритма питания, курение, воздействие некоторых лекарственных препаратов и др.).

- В настоящее время ведущим этиологическим фактором язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки признается инфицирование хеликобактериями (*Helicobacter pylori*), которые удается обнаружить в слизистой оболочке этих органов почти в 100% случаев



- Беременность оказывает благоприятное действие на течение язвенной болезни.
- Согласно нашим данным и исследованиям К.И. Широковой (1981), у 80-85% женщин во время беременности развивается ремиссия язвенной болезни

- этому способствуют изменения секреторной (уменьшение кислотности, повышение слизиобразования) и
- моторно-эвакуаторной (снижение двигательной активности) функций желудка,
- усиление кровоснабжения

- имеет значение и гиперпродукция половых гормонов, в частности **эстрогенов**.
- эстрогены выполняют :защитную функцию в организме, повышают интенсивность регенераторных процессов в тканях пищеварительного тракта, улучшают кровоснабжение гастродуоденальной области.
- Женские половые гормоны стимулируют регенерацию соединительной ткани, в частности, формирование грануляций в дне язвенного дефекта, обеспечивающих его устойчивость к пептической агрессии и процесс заживления.

- !!!!О значении эстрогенов свидетельствует тот факт, что в детском и в постклимактерическом возрасте язвенной болезнью женщины страдают с той же частотой, что и мужчины, а в репродуктивном - на их долю приходится только 10-29% случаев этого заболевания

- легкость течения язвенной болезни во время беременности связана с тормозящим влиянием прогестерона на нижние отделы гипоталамуса

Обострения

- Обострения чаще возникают в 1 триместре беременности, либо в III, за 2-4 нед. до родов, или в раннем послеродовом периоде
- Острые язвы крайне редко развиваются в период беременности.



- **Перфорация язвы** характеризуется внезапно начавшимися острыми непрерывными болями в эпигастрии, при этом живот не участвует в акте дыхания, кишечные шумы отсутствуют. Спонтанное закрытие префоративного отверстия происходит редко, необходимо хирургическое вмешательство.

- Клинические проявления язвенной болезни в период беременности, как и вне ее, определяются локализацией язвы, общим состоянием организма, возрастом, частотой обострений, сопутствующим токсикозом беременных.

Диагноз неосложненной язвенной болезни

устанавливается на основании

- **жалоб** (на боли в эпигастрии, характеризующиеся периодически, сезонностью до беременности, тесной связью с приемом пищи, исчезновением или уменьшением их после рвоты, приема молока, щелочей, на тошноту, рвоту, изжогу, запоры);
- **объективных данных** (обложенный белым или серым налетом язык, болезненность, а иногда напряжение при пальпации в области верхней трети правой прямой мышцы живота)
- **данных лабораторно-инструментального исследования.**
- Большое значение имеют **исследования кала на скрытое кровотечение** в динамике, определение количества эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, цветового показателя (для выявления возможной постгеморрагической анемии), секреторной функции желудка.
- Однако во время беременности целесообразно ограничиться исследованием только **базальной секреции желудочных желез, базального рН** (методом рН-метрии, радиотелеметрии).

- **В диагностически ясных случаях** и при доброкачественном течении язвенной болезни у женщин во время беременности можно ограничиться клиническим наблюдением и периодическим исследованием кала на скрытое кровотечение.
- **В неясных случаях**, при подозрении на развитие осложнений (кровотечение, стеноз выходного отдела желудка, рак) показано эндоскопическое исследование независимо от срока беременности.

Гастроскопия

- При обострении язвенной болезни наблюдается значительная деформация луковицы, которая затрудняет осмотр этого участка.



Дифференциальная диагностика язвенной болезни

- необходимо проводить с хроническим гастродуоденитом, хроническим аппендицитом, панкреатитом, заболеваниями желчных путей и рвотой беременных.

- Стенозирующая язва выходного отдела желудка может симулировать чрезмерную рвоту беременных.
- Диспепсический синдром, обусловленный язвенной болезнью, всегда сопровождается болями в животе, рвота же в большинстве случаев приносит облегчение, ей не всегда предшествует тошнота.
- Язвенную болезнь во время кровотечения необходимо дифференцировать с болезнью Верльгофа, эрозивным гастритом, синдромом Маллори-Вейсса, кровотечениями из носа и десен, раком желудка.

Лечение

- В период обострения болезни назначают постельный или палатный режим, дробное питание (3-6 раз в день), диету № 1 - 16 по Певзнеру

- Вне беременности подавление хеликобактерийной инфекции осуществляется препаратом де-нол изолированно или в сочетании с антибактериальными средствами: оксациллином, трихополом, фуразолидоном.
- Де-нол (коллоидный висмута субцитрат) беременным и родильницам противопоказан.

Антациды:

- Маалокс назначают по 1 порошку через 1-2 ч после еды 3-5 раз в день.
- гелусиллак (по 1 порошку 3-5 раз в день через 1-2 ч после еды), магния трисиликат, алюминия 250 гидроокись, коалин, гавискон, альмагель, фосфалюгель.
- Антациды назначают в обычных терапевтических дозах 4-5 раз в день.

Обволакивающие и вяжущие препараты

- растительного происхождения - отвар из цветков ромашки, травы зверобоя, тысячелистника
- противовоспалительными свойствами (дуб, зверобой, подорожник, календула, девясил, тысячелистник),
- спазмолитическими (ромашка, солодка, мята, душица, укроп),
- антиспастическими (календула, зверобой, ромашка, подорожник, девясил),
- антиаллергическими (солодка),
- слабительными (ревень, крушина, вахта трехлистная, жостер).
- Свежий сок капусты значительно ускоряет рубцевание язвы; принимают по 0,5-1 стакану 3 раза в день за 0,5 часа до еды 1,5-2 месяца.
- Картофельный сок хорошо нейтрализует кислый желудочный сок; назначают по 0,5 стакана 3 раза в день до еды 1,5-2 месяца

В качестве антисекреторных средств могут применяться помимо антацидов некоторые неселективные М-холинолитики.

- платифиллин или метацин
- обладающий более мягким действием, а кроме того расслабляющим влиянием на мышцу матки, что позволяет применять его при язвенной болезни даже у женщин с угрожающим выкидышем

Средства, нормализующие моторную функцию желудка:

- метоклопрамид (реглан, церукал) назначают в обычных терапевтических дозах.

- При выраженном болевом синдроме показаны спазмолитические препараты (папаверина гидрохлорид, но-шпа).
- Кроме того, назначают поливитамины (гендевит),
- питье щелочных минеральных вод.(Их не используют во второй половине беременности при развитии симптомов гестоза)

- Солкосерил вводят в мышцу по 2 мл 2-3 раза в день до заживления язвы.
- Масло облепихи применяют по 0,5 столовой ложки 3 раза в день до еды 3-4 недели.
- Гастрофарм назначается по 1-2 таблетки 3 раза в день за 30 мин. до еды в течение 30 дней.

- Практически во всех случаях через 3-5 дней от начала лечения удается добиться исчезновения болей, а через 2-3 нед. стационарного лечения наблюдается хороший терапевтический результат.
- Критериями эффективности лечения язвенной болезни во время беременности являются отсутствие характерных жалоб, отрицательные результаты исследования кала на скрытое кровотечение и рубцевание язвы, подтвержденное эндоскопически.

- Всем беременным, перенесшим обострение язвенной болезни, за 2-3 нед. до родов рекомендуется провести курс противоязвенного профилактического лечения.

Кровотечение

- В случае возникновения язвенного кровотечения необходимо освободить у больной дыхательные пути; катетеризировать вены; если пульс превышает 100 ударов в мин., ввести в вену 500 мл полиглюкина в течение 50-60 мин. и при необходимости инфузию повторить.
- При наличии гемодинамической нестабильности начать переливание крови (уровень гемоглобина в первые часы не является достаточно информативным показателем тяжести кровотечения). Повторные гемотрансфузии проводятся до повышения уровня гемоглобина (10 г на 100 мл крови).

Эндоскопическими признаками риска повторного кровотечения относят такие:

- артериальное кровотечение (риск достигает 90%), видимый сосуд на дне язвы (риск достигает 90%), наличие свежего тромба - черная точка на дне язвы (риск достигает 30%), расширенные вены пищевода или кардиального отдела желудка (риск достигает 10%).

- Низкий риск повторного кровотечения и смерти имеют больные: с рвотой кофейной гущей без мелены, при отсутствии гемодинамических расстройств (пульс менее 100 ударов в мин., систолическое артериальное давление выше 100 мм рт. ст., венозное давление не ниже 100 мм водного столба, конечности теплые, потливости нет, диурез более 30 мл в час), отсутствуют эндоскопические признаки продолжающегося кровотечения

- Показаниями к проведению гемотрансфузии у этих больных служат: венозное давление ниже 100 мм водного столба (в норме 120-150), холодные и влажные на ощупь конечности, систолическое артериальное давление ниже 100 мм рт. ст.

- Консервативным методом лечения язвенного кровотечения может служить введение соматостатина (в вену капельно по 250 мкг/ч до наступления эффекта).

- Язвенное кровотечение во время беременности требует срочной эндоскопии и эндоскопических методов его лечения.
- Если кровотечение остановилось (само или в результате предпринятых мероприятий), продолжается противоязвенное лечение.
- Рецидивы кровотечения служат показанием для операции в срочном порядке.
- При отсутствии повторного кровотечения обнаружение при эндоскопическом исследовании на дне язвы свежего тромба или сосуда не является показанием для операции. Такие больные нуждаются в наблюдении.

- В тех случаях, когда проводимая консервативная терапия рецидива язвенной болезни во время беременности оказалась малоэффективной, рекомендуют роды вести через естественные родовые пути с обязательным введением микрозонда в желудок для постоянного контроля за желудочным содержимым с целью своевременной диагностики желудочно-кишечного кровотечения.
- Язвенное кровотечение, возникшее в первом периоде родов, является показанием для срочной лапаротомии, кесарева сечения и оперативного лечения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки с обязательным дренированием брюшной полости.
- При язвенном кровотечении во втором периоде родов необходимо срочное родоразрешение под тщательным обезболиванием путем наложения акушерских щипцов с последующим оперативным лечением язвенной болезни совместно с хирургом.

- При доброкачественном течении язвенной болезни беременность допустима, заболевание не оказывает заметного влияния на развитие плода.
- При возникновении осложнений язвенной болезни, требующих оперативного вмешательства, оно допустимо с последующим сохранением беременности.
- Пациентки, страдающие язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, во время беременности должны находиться на диспансерном учете не только у акушера, но и терапевта (желательно гастроэнтеролога).
- Весной и осенью, при осложнении беременности ранним токсикозом, за 2-3 нед. до срока родов, а также сразу же после родов им необходимо проводить курсы профилактического противоязвенного лечения.

Спасибо за внимание 😊

