

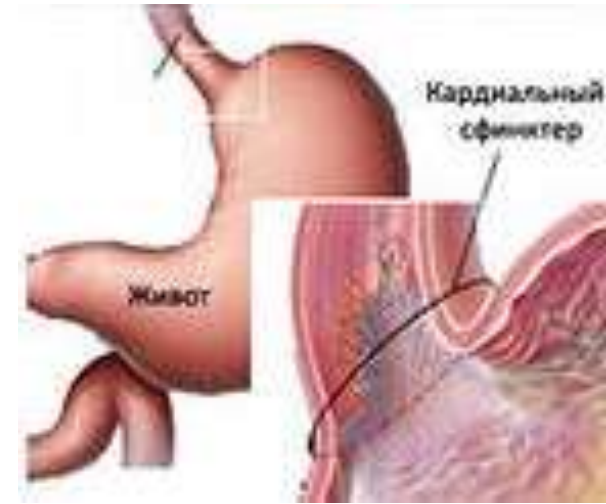
Особенности заболеваний ЖКТ у беременных



Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

- это поражение дистальной части

- Развивается впервые во время беременности в 21 % случаев (чаще у многорожавших). У беременных наблюдают симптоматический вариант болезни.



- **Классификация:**

- с повреждением слизистой пищевода;
- без эзофагита.

- **Этиология:**

- нарушение моторики пищевода и желудка;
- изменение резистентности слизистой пищевода
- агрессивность компонентов желудочного содержимого



- **Патогенез:** во время беременности повышается внутрибрюшное давление, что вместе с другими механизмами заброса желудочного содержимого (недостаточность кардии, аксиальные грыжи ПОД), предрасполагают к желудочно-пищеводному рефлюксу - развивается рефлюкс-эзофагит. Нарушений гестации не бывает.
- **Клиника:** изжога при физическом напряжении, наклонах, в положении лежа, после еды; срыгивание кислым содержимым. Чаще изжога во 2 и 3 триместрах после употребления обильной жареной и острой пищи, продолжается от нескольких минут до часов, повторяется несколько раз в день, усиливается в горизонтальном положении, наклонах туловища. На фоне изжоги боль за грудиной, отрыжка воздухом, дисфагии (ощущение затруднения или препятствия прохождения пищи по пищеводу). Настроение подавленное.

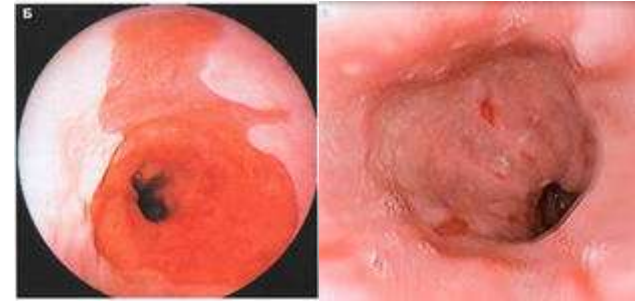


Диагностика

- Клиника.
- Положительный «щелочной тест» - быстрое купирование изжоги в ответ на прием пищевой соды

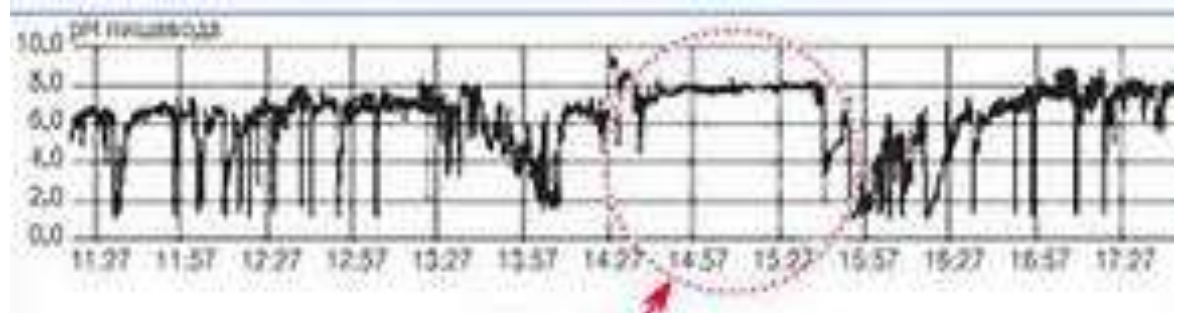
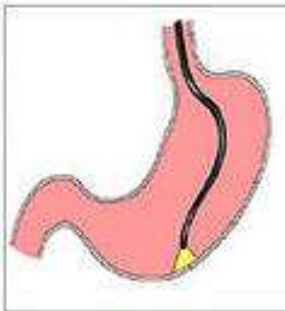


- По показаниям – эзофагодуоденоскопия



и

pH - метрия



Нормализация кислотности после приема антацида

Немедикаментозное лечение

Положение подушки при ГРЭБ

возвышенное



уровень кислоты

пониженное



уровень кислоты

1. Избегать положений, способствующих возникновению изжоги, при отсутствии противопоказаний – сон с приподнятым головным концом кровати.

2. Избегать запоров, т.к. любое натуживание приводит к повышению внутрибрюшного давления, забросу кислого содержимого желудка в пищевод

3. Соблюдение строгой диеты

Доказана безопасность при длительном применении во время беременности слабительных, увеличивающих объём жидкости в кишечнике (морская капуста, льняное семя, агар-агар) и размягчающих стул (пактулоза), а также смягчающих консистенцию стула (докузат натрия).

Солевые слабительные во время беременности не используются.

Питание

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



Безопасность медикаментозная

- FDA разделила по безопасности все лекарства, применяемые в период беременности, на пять категорий: А, В, С, D и X, основываясь на их системной доступности и всасываемости, а также сообщениях о врожденных уродствах у человека и животных.



- Антацидные лекарственные средства принято подразделять на всасывающиеся (системные, растворимые) и невсасывающиеся (несистемные, нерастворимые). К всасывающимся антацидам относится натрия гидрокарбонат (пищевая сода). К невсасывающимся антацидам, обладающим высокой эффективностью и слабой выраженностью побочных эффектов, относятся алюминий- и магнийсодержащие препараты (тальцид, смекта, гевискон), которые допустимо назначать беременным, не опасаясь подвергнуть мать и плод особому риску. Проведившиеся исследования на животных доказали отсутствие у них тератогенного воздействия, хотя от 15 до 30% магния и еще меньшее количество солей алюминия могут всасываться после реакции с соляной кислотой.
- Препараты висмута (викалин, викаир, де-нол) по классификации FDA отнесены к категории C ("лекарства, которые в исследованиях на животных продемонстрировали тератогенное или эмбриотоксическое действие").

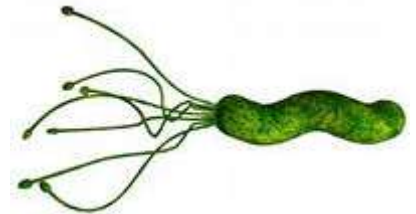


- Для ликвидации дискинезий назначают прокинетики - метоклопрамид не более 2 недель по 10 мг 2-3 раза.
- H2блокаторы (ранитидин, фамотидин, низатидин).
- ИПП (омепрозол) по строгим показаниям.
- Травы – отвары зверобоя, ольхи, ромашки, крахмал.
- В период лактации можно только невсасывающиеся антациды, другие препараты – попадают в молоко!



Язвенная болезнь

- Беременность благоприятно влияет на течение язвенной болезни. В большинстве случаев наблюдают ремиссию вследствие секреторной и моторно-эвакуационной функции желудка, улучшения кровоснабжения и активации процессов пролиферации в слизистой. Это обусловлено изменением уровня половых и гастроинтестинальных гормонов, а также простагландинов, эндорфинов, других БАВ.
- Важнейшая роль в возникновении язвы принадлежит бактерии *Helicobacter pylori*.
- Обострение чаще возникают в 1 или 3 триместре за 2-4 нед. до родов или в раннем послеродовом периоде.



Клиника

- Боль в эпигастрии ранняя при ЯБ желудка, поздние (голодные) – при ЯБ 12п.к.
- Тошнота, изжога, отрыжка кислым.
- Осложнения: кровотечения и перфорация.
- Частота осложнений, требующих хирургического вмешательства, у беременных составляет 1-4 на 10 тыс., при этом материнская смертность достигает 16% перинатальная – 10%.



Диагностика

- Ан. крови – норма чаще, кал на скрытую кровь.
- ФГДС – наличие язвы или рубца, локализация, признаки осложнений.
- Взятие биопсии или тест на *Helicobacter pylori*
- Рентгенологическое обследование противопоказано.



Лечение – комплексное



- Режим
- Диета
- Употребление минеральных вод
- Отвары трав ромашки, зверобоя, тысячелистника
- Медикаментозное: нерастворимые антациды, спазмолитики, метоклопрамид, ферменты.

Осторожно H₂ блокаторы и ИППП

Наблюдение и ведение

- В течение 3-5 дней купируются боли, стационарное лечение 2-3 нед.
- Беременные перенесшие обострение, за 2-3 недели до родов необходимо провести профилактический курс лечения.
- Особое внимание послеродовому периоду, когда риск обострения повышается.



Заболевания

желчевыделительной системы

- Хроническими заболеваниями ЖВП страдают 3% беременных. Бескаменный холецистит у беременных встречается редко в связи с расслабляющим действием прогестерона на гладкую мускулатуру ж.п. и ж. протоков.



У трети женщин гипомоторная дисфункция развивается в 1 триместре, у остальных – во 2, 3.

Обострению способствуют развивающаяся во время беременности гиперхолестеринемия и инфекции (золотистый стафилококк, кишечная палочка).

В клинике преобладает **боль в правом подреберье**, связанная с нарушением диеты, физической нагрузкой, стрессом, переохлаждением, сопутствующей инфекцией.



Клиника

- Характер болевого синдрома: локализация в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, ключицу, плечо, реже – левое подреберье, эпигастий.
- Отрыжка, горечь во рту, тошнота, рвота, чувство распирания в животе, вздутие кишечника, нарушение стула.
- Возможно повышение температуры.
- При нарушении оттока желчи – м.б. желтуха.
- При гипремоторной функции ж.п. – приступообразные боли через час и более после еды
- Гипомоторный ж.п. – постоянные тупые ноющие боли, снижение аппетита.



Диагностика

- Боли в правом подреберье и правой половине живота.
- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости – признаки холецистита.
- Рентгенологическое обследование противопоказано при беременности.



Лечение: медикаментозное и не медикаментозное

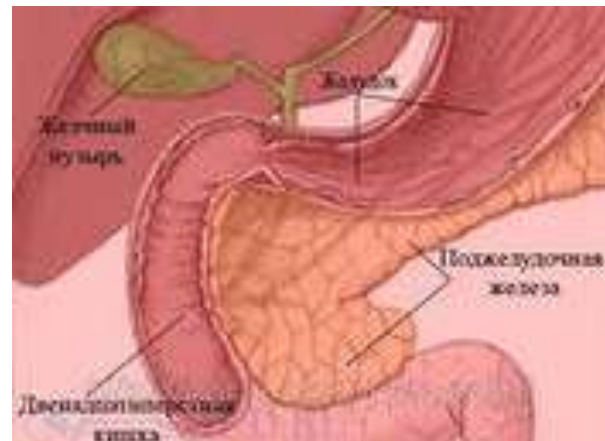


- Соблюдение диеты, частое дробное питание, теплые минеральные воды, при гипомоторном типе – холецистокинетические продукты.
- Отвары трав: цветки бессмертника песчаного, кукурузные рыльца, лист мяты перечной, семена укропа, плоды шиповника, корень барбариса.
- Желчегонные средства с послабляющим эффектом. А/б при присоединении инфекции с учетом токсичности и срока беременности. Спазмолитики, холинолитики, метоклопрамид.



Панкреатиты острый и хронический

- Острый встречается у беременных редко 1:4000; возникнуть может на любом сроке, но чаще во второй половине беременности.
- Обострение хронического возникает у 1/3 беременных, что часто совпадает с развитием раннего токсикоза.
- Гестоз является фоном для развития п. Развитию способствуют мех. нарушения оттока сока п.ж., гормональные изменения, стресс, заболевания печени и ЖКТ, холециститы.
- Боль, тошнота, рвота, нарушение стула, плохой аппетит, бессонница, головная боль, повышение температуры тела, вздутие живота, у 40% желтушность кожи и склер, язык сухой с налетом.



Диагностика

- Боли в эпигастрии, околопупочной области, иррадиирующие в спину.
- Ан. крови – лейкоцитоз, ускорение СОЭ, увеличение амилазы
- Ан. мочи – диастаза
- Копрология – непереваренная пища, жирный стул
- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости – отек и воспаление п.ж.



Лечение

При развитии острого панкреатита до 12 нед. беременности показано её прерывание.

Родоразрешение при доношенной или недоношенной беременности проводят через естественные родовые пути с использованием адекватного обезболивания (перидуральная анестезия). Кесарево сечение – в исключительных случаях по абсолютным показаниям в связи с высоким риском развития инфекционных осложнений.

Хронический п.не является противопоказанием для беременности.

Обязательное соблюдение диеты: голод в первые дни острой боли, постепенное расширение пищевого рациона с отварных пюреобразных в небольшом количестве каш, супов овощных, исключение соков, острых, жареных, жирных блюд.

Заместительная терапия – ферменты и антиферменты; спазмолитики, анальгетики.





**Профессионализм акушерки –
здоровье мамы и ребенка**