

Южно-Казахстанская Государственная Фармацевтическая Академия

СРС

На тему: «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки и гастроэнтероанастомоза, осложненные кровотечением. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.»



Подготовила: врач-интерн 604 гр.
Тургунбаева К.Г.

ШЫМКЕНТ 2017 г.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Язвенная болезнь – представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки .

Язвенную болезнь выявляют у 1 из 4000 беременных. . В последние годы наблюдают рост заболеваемости язвенной болезнью у женщин, этот рост обусловлен прежде всего увеличением стрессовых влияний, возрастающей частотой семейной неустроенности, социальной активностью.



ЭТИОЛОГИЯ:

Ведущая роль в развитии заболевания принадлежит микроорганизму *H.pylori*, который повреждает слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки.

Язвенная болезнь развивается при участии дополнительных факторов:

- стрессы, тревоги, депрессии;
- отягощённая наследственность;
- неправильное питание;
- злоупотребление алкоголем;
- курение;
- бесконтрольный приём некоторых лекарств (глюкокортикоиды, аспирин).

Обострение наблюдают в весеннеосеннее время, **в I триместре, за 2–3 нед** до родов и в послеродовом периоде.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

Главный признак язвенной болезни — боли в эпигастральной области. Боли связаны с приёмом пищи, возникают примерно в одно и то же время после еды. Больные предъявляют жалобы на тошноту, изжогу, отрыжку кислым, рвоту, приносящую облегчение, запоры.

Болевой синдром.

- Ранние боли (через 30–60 мин после еды).
- Поздние боли (через 1–1,5 ч после еды).

Обострение заболевания чаще происходит в **I, III триместрах** и в раннем послеродовом периоде.

| Локализация язв | Время наступления болей |
|---|---|
| Язвы кардиального и субкардиального отделов желудка | Сразу после приема пищи |
| Язвы тела желудка | Через 0,5-1 часа после еды |
| Язвы пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки | Поздние боли (через 2-3 часа после еды), «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли |

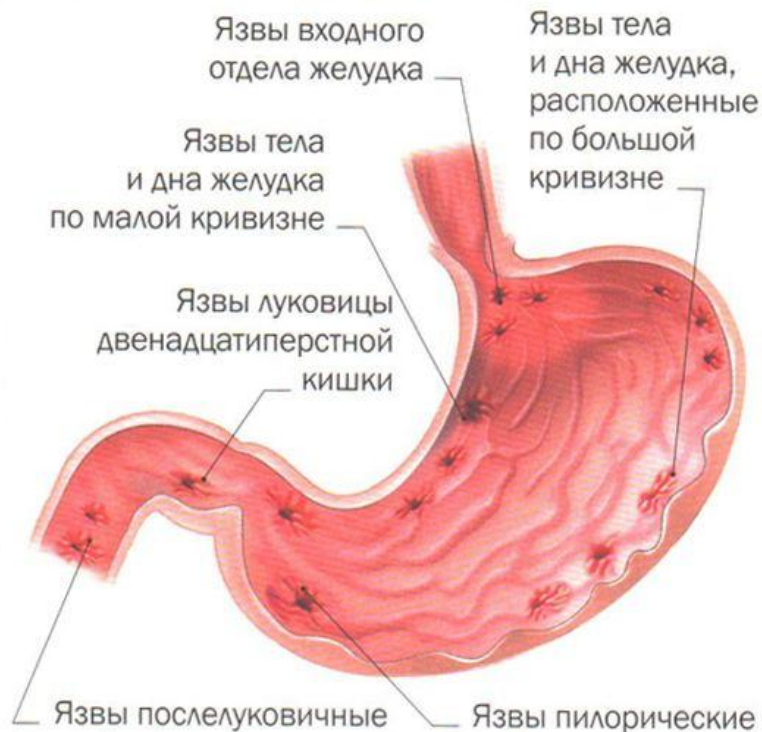
ДИАГНОСТИКА:

- общий анализ крови
- Биохимический анализ крови
- анализ кала на скрытую кровь (Проба Грегерсена)
- ЭГДС
- Биопсия слизистой оболочки и исследование на наличие *Helicobacter pylori*
- УЗИ желудка
- **Рентгенологическое исследование беременным противопоказано**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- С обострением хронического холецистита
- желчнокаменной болезнью
- хроническим гастродуоденитом
- хроническим аппендицитом
- панкреатитом
- изъязвленной опухолью
- туберкулёзной
- сифилитической язвой
- изъязвлениями при коллагенозах
- амилоидозе.

МЕСТА РАСПОЛОЖЕНИЯ ЯЗВ



ЛЕЧЕНИЕ:

Режим постельный или палатный, диета № 1-1б по Певзнеру, минеральная вода, дробное питание (5–6 раз в день).

Медикаментозное лечение язвы у беременных проводят только во время обострения заболевания.

Рекомендуются невсасывающиеся антациды (алмагель, фосфалюгель), обволакивающих средств — отвары из цветков ромашки, глина белая; спазмолитики (ношпа, папаверина гидрохлорид).

Омепразол перорально 20 мг 2 р/сутки

Лансопразол перорально 15 мг 2 р/сутки

Пантопразол перорально 20 мг 2 р/сутки.

Фамотидин перорально 20 мг 2 раза в сутки.

Ранитидин перорально 150 мг 2 раза в сутки

Висмута нитрат основной, висмутсодержащие препараты (викалин, ротер и др.), ганглиоблокаторы, холинолитики (атропина сульфат), простагландины назначать для лечения язвенной болезни у беременных не рекомендуется.



ПРОФИЛАКТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ

Пациентки, страдающие язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, во время беременности должны находиться на диспансерном учёте у акушера-гинеколога и терапевта.

Родоразрешение проводят через естественные родовые пути с использованием адекватного обезболивания (перидуральная анестезия).



ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Основные осложнения язвенной болезни:

- Кровотечение
- перфорация язвы
- Пенетрация
- стеноз привратника
- Малигнизация
- рубцовая деформация желудка и ДПК
- перивисцирит .



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

Клинические признаки кровотечения: на рвоту алой (свежей) кровью или кофейной гущей, дегтеобразный стул или жидкий стул с малоизмененной кровью.

Клинические признаки кровопотери: слабость, головокружение, холодный липкий пот, шум в ушах, частое сердцебиение, кратковременная потеря сознания, жажда.

Физикальное обследование:

- поведение больного: беспокойство, испуг или апатия, сонливость, при тяжелой степени кровопотери – психомоторное возбуждение, бред, галлюцинации,
- бледность кожных покровов, кожа покрыта потом;
- характер пульса: частый, слабого наполнения;
- АД: тенденция к снижению в зависимости от степени кровопотери;
- ЧД: тенденция к учащению.

Клинические признаки неустойчивого гемостаза:

- ГШ у больного в момент поступления;
- Тяжелая степень кровопотери;
- Признаки гемокоагуляционного синдрома (ДВС).



ДИАГНОСТИКА

- Общий анализ крови
- Биохимический анализ крови
- Коагулограмма
- Кал на скрытую кровь

Тактика лечения определяется в соответствии со степенью кровопотери и дефицита ОЦК

• Эндоскопическая картина

- наличие свежей крови со сгустками или кофейной гущи
- наличие язвенного дефекта слизистой
- наличие рыхлого сгустка, темного фиксированного тромба, гематина на дне язвы.

Признаки неустойчивого гемостаза на ЭФГДС

- наличие свежей крови или сгустков в просвете желудка и ДПК;
- наличие пульсирующего сосуда в ране с красным или желто-коричневым тромбом;
- наличие мелких тромбов по краю язвы;
- наличие большой или гигантской язвы желудка или ДПК;
- локализация язвы на задней стенке луковицы ДПК и в проекции малой кривизны желудка с признаками пенетрации.



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 путем наложения акушерских щипцов под тщательным обезболиванием с последующим оперативным лечением язвенной болезни совместно с хирургом .



Язва желудка
может привести к
кровотечению
или перфорации



ЛЕЧЕНИЕ:

ИТТ при легкой степени кровопотери:

- Кровопотеря 10-15% ОЦК (500-700 мл): внутривенное переливание кристаллоидов

ИТТ при средней степени кровопотери: Кровопотеря 15-30% ОЦК (750-1500 мл): в/в кристаллоидов и коллоидов

ИТТ при тяжелой степени кровопотери [7] (УД-А):

- При кровопотере 30-40% ОЦК (1500-2000 мл): в/в кристаллоидов и коллоидов. Показано компонентов крови.



ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

невоспалительное и/или воспалительное поражение дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса желудочного и/или дуоденального содержимого, сопровождающееся развитием характерных симптомов.

По частоте заболевание занимает 2–3 место среди всех болезней органов пищеварения. Болезнь развивается впервые во время беременности в 21–80% случаев (чаще у многорожавших). У 5% беременных наблюдают симптоматический вариант болезни

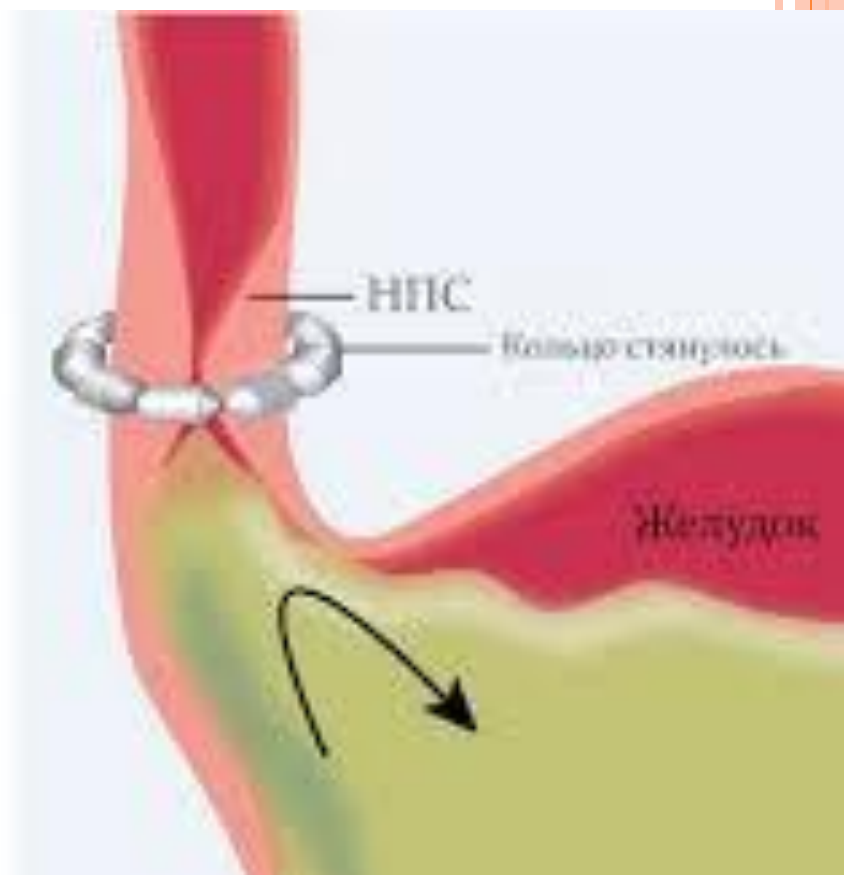
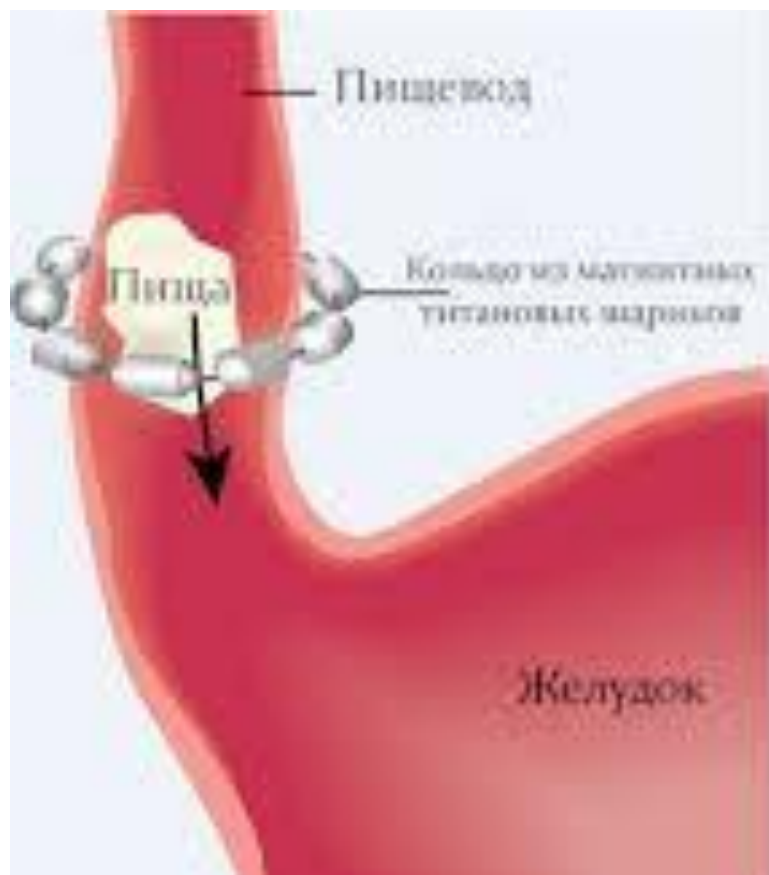


ЭТИОЛОГИЯ :

Важными факторами развития данного заболевания считают:

- нарушение моторики пищевода и желудка;
- агрессивность компонентов желудочного содержимого.

Изжога не оказывает неблагоприятного влияния на течение и исход беременности



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

Эзофагеальные симптомы

- изжога – чувство жжения различной интенсивности за грудиной в нижней трети пищевода и/или в эпигастральной области;
- отрыжка кислым после еды;
- срыгивание пищи (регургитация);
- дисфагия и одиофагия (боль при глотании) нестойкая (при отеке слизистой нижней трети пищевода) или стойкая (при развитии стриктуры);
- боли за грудиной (характерны связь с приемом пищи, положением тела и

Экстраэзофагеальные симптомы

- бронхолегочные – приступы кашля и/или удушья преимущественно в ночное время, после обильной еды;
- отоларингологические: постоянное покашливание, «застревание» пищи в глотке или чувство «комка» в горле, першение и осиплость голоса, боли в ухе;
- стоматологические: эрозии эмали зубов, развитие кариеса;
- кардиоваскулярные: аритмии.

ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИИ

Обострение рефлюкс-эзофагита во время беременности наблюдается у 63% больных: у 11% возникает в I триместре (причём обострению способствует осложнение беременности ранним токсикозом), у 34% — во II триместре, у 54% — в III триместре.



ДИАГНОСТИКА:

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Положительный «щелочной» тест (быстрое купирование изжоги при приёме всасывающихся антацидов)
- Омепразоловый тест используют для диагностики внепищеводных проявлений
- Эзофагогастродуоденоскопия
- рН-метрия
- манометрия
- билиметрия



ЛЕЧЕНИЕ:

При терапии рефлюкс-эзофагита во время беременности можно назначать невсасывающиеся антациды, обволакивающие и вяжущие препараты растительного происхождения (алгелдрат + магния гидроксид, алюминия фосфат, отвары ольхи соплодий, ромашки цветков, крахмал), прокинетики, блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов.

Назначение натрия гидрокарбоната возникает отрыжка и феномен «отдачи», поэтому его применение противопоказано.

Необходимо избегать длительного приёма в высоких дозах антацидов, содержащих алюминий.

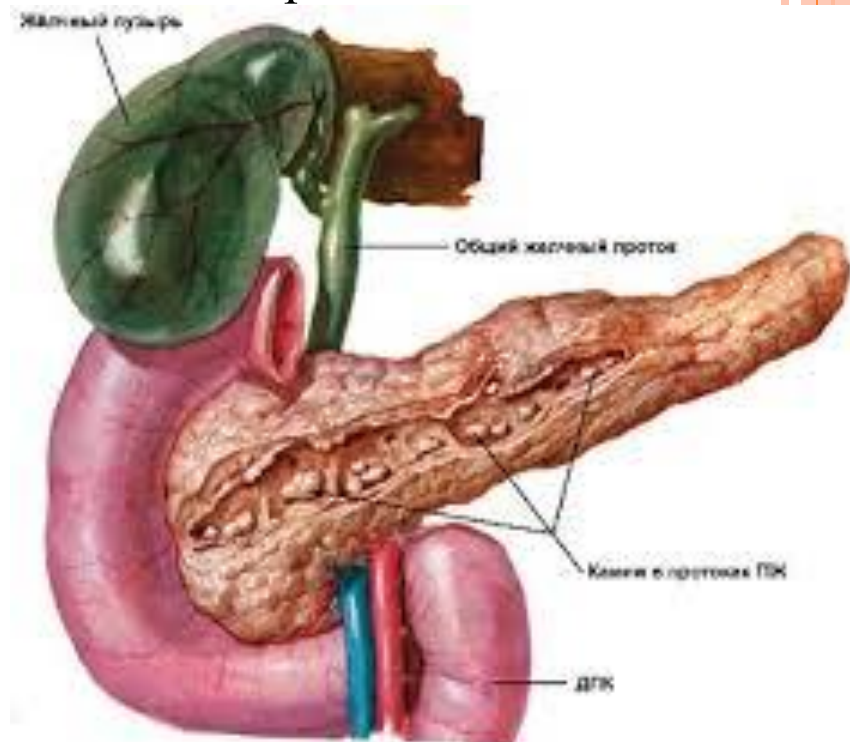
Роды происходят в срок через естественные родовые пути.



ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Хронический панкреатит – характеризуется прогрессирующим необратимым снижением экзо - и эндокринной функции поджелудочной железы.

Различают **первичный хронический панкреатит**, при котором воспалительный процесс с самого начала локализуется в поджелудочной железе, и **вторичный** (сопутствующий), постепенно развивающийся на фоне других заболеваний ЖКТ.



ЭТИОЛОГИЯ :

Хронический панкреатит формируется постепенно под воздействием неблагоприятных факторов. Бессистемное, нерегулярное питание, употребление острой и жирной пищи, хронический алкоголизм, особенно в сочетании с дефицитом в пище белков и витаминов — факторы, способствующие развитию хронического панкреатита.



При гестозе (водянка, нефропатия) не применяют мочегонные препараты тиазидового ряда, так как они способствуют развитию острого панкреатита.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

Симптомы хронического панкреатита разнообразны, но в большинстве случаев выделяют следующие признаки:

- боль в эпигастральной области и/или в левом подреберье;
- диспепсические явления;
- панкреатогенные поносы;
- похудание;
- присоединение СД.

Беременность в 28% случаев осложняется ранним токсикозом (тошнота, рвота), причём нередко рвота продолжается до 16–17 нед беременности. Хронический панкреатит существенно не влияет на течение второй половины беременности и на её исход.



ДИАГНОСТИКА:

- Клинический анализ крови.
- Биохимический анализ крови.
- Копрологическое исследование
- УЗИ поджелудочной железы
- Дуоденография

Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику:

- преэклампсия;
- ПОНРП;
- мочекаменная болезнь;
- острый холецистит.



ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ:

Беременность не влияет на течение хронического панкреатита, и данное заболевание не служит противопоказанием для беременности у большинства пациенток, как и панкреатит не нарушает фетоплацентарного гомеостаза.

При обострении хронического панкреатита внутривенно вводят **антиферментные средства** (апротинин или пантрипин©) .При хронических панкреатитах с нерезко выраженным обострением - **препараты метаболического действия** (пентоксил© внутрь по 0,2– 0,4 г на приём, или гидроксиметилурацил по 1 г 3–4 раза в день в течение 3–4 нед). Одновременно назначают **липотропные** средства: метионин. Антибиотики показаны при выраженных обострениях.\

В период ремиссии хронического панкреатита назначают **панкреатин** (по 1 г 3 раза в день после еды) или препараты, содержащие ферменты желудка, поджелудочной железы и тонкой кишки.



▣ ВЫБОР СРОКА И МЕТОДА РОДРАЗРЕШЕНИЯ

При развитии острого панкреатита показано прерывание беременности на сроке до 12 нед. Родоразрешение при доношенной или недоношенной беременности проводят через естественные родовые пути с использованием адекватного обезболивания (перидуральная анестезия). КС производят в исключительных случаях и по абсолютным акушерским показаниям в связи с высоким риском развития инфекционных осложнений.



ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

— хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся наличием воспалительных изменений в стенке жёлчного пузыря.

Развитию воспаления жёлчного пузыря способствуют:

- врождённая деформация;
- дискинезия жёлчных путей;
- травмы жёлчного пузыря;
- опухоли в брюшной полости;
- нарушение обмена веществ (СД, атеросклероз);
- нарушение режима питания (большие перерывы между приёмами пищи, еда всухомятку);
- запоры, малоподвижный образ жизни;
- аллергические реакции;
- возрастное нарушение кровоснабжения жёлчного пузыря;
- беременность;



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

При этом ведущим симптомом становится боль. При хроническом холецистите распространены жалобы на умеренную болезненность или чувство тяжести в правом подреберье после еды, особенно при приёме жирной, жареной пищи. Боли иррадиируют, в правую поясничную область, правую лопатку, правое плечо. Из диспепсических расстройств часто отмечают тошноту, отрыжку воздухом, горечью или постоянный горький вкус во рту.

Во второй половине беременности 25% женщин связывают боли с шевелениями плода, его положением в матке (вторая позиция). Обострение хронического холецистита чаще (91,1% беременных) развивается в **третьем триместре**.



ДИАГНОСТИКА :

- ОАК
- БАК
- Кал на яйца глист
- Дуоденальное зондирование выполняют только в первой половине беременности
- УЗИ
- Термометрия



ЛЕЧЕНИЕ:

Желчегонные лекарственные средства(холецистокинетики) показаны всем беременным. В первом триместре беременности у части больных наблюдается гиперкинетический тип дискинезии жёлчных путей. Им назначают **аллохол**©, **панкреатин**, **холензим**©.

Антибактериальные препараты назначают только по императивным показаниям, как правило, до и после хирургического лечения. Спазмолитики и анальгетики показаны при выраженном болевом синдроме (**дротаверин**, **папаверин**).

Метоклопрамид нормализует моторику пузыря у беременных независимо от вида дискинезии, в том числе и при рвоте у беременных.

Тюбажи «слепые» рекомендуются для борьбы с застоем жёлчи с использованием растительного масла (30–40 мл), карловарской соли (1 чайная ложка на стакан воды).

