

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
МИНИСТРЛІГІ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.
АСФЕНДИЯРОВА



Тема : «Заболевания ЖКТ и беременность»

Подготовила : вр-интерн Калибекова А.Н.

Проверила : Тажиханова Т.Т.

ПЛАН

- **Физиологические изменения ЖКТ во время беременности**
- **ГЭРБ**
- **Язвенная болезнь**
- **Вирусный гепатит**
- **Панкреатит**



Физиологические изменения ЖКТ во время беременности

- Желудок из горизонтальной позиции переходит в вертикальное положение, смещается кверху и кзади;
- Снижается его тонус, затрудняется продвижение его содержимого дальше в кишечник. Механические факторы ведут к повышению внутрижелудочного давления и смещению угла гастроинтестинального соединения кпереди, что увеличивает вероятность обратного заброса содержимого.
- Вследствие гипотонического воздействия прогестерона на гладкую мускулатуру кишечника у беременных нередко отмечаются запоры.
- Может иметь место изжога, тошнота или рвота.
- Изменений строения печени во время беременности не происходит. Однако отмечаются значительные функциональные изменения. Отмечается снижение количества гликогена в печени, что обусловлено интенсивным переносом глюкозы из организма матери к плоду, однако это не приводит к увеличению уровня сахара в крови. Изменяется интенсивность липидного обмена, что проявляется повышенным содержанием холестерина в крови и его эфиров, что свидетельствует о повышении синтетической функции печени.
- Незначительно снижается детоксикационная функция печени.
- Беременность предрасполагает к возникновению нарушений со стороны желчного пузыря. Прогестерон оказывает расслабляющее влияние на сфинктер желчного пузыря. При этом создаются предпосылки для нарушения функции желчевыводящих путей, что приводит к снижению оттока желчи из желчного пузыря и ее застою.

1. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

- невоспалительное и/или воспалительное поражение дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса желудочного и/или дуоденального содержимого с развитием характерных СИМПТОМОВ.



Болезнь развивается впервые во время беременности в **21%** случаев (чаще у многорожавших). У **5%** беременных наблюдают симптоматический вариант болезни.

ГЭРБ

рефлюкс-эзофагит

(с повреждением слизистой оболочки пищевода, видимым при эндоскопии)

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь без эзофагита.

ЭТИОЛОГИЯ

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



Ребенок растет и увеличивающаяся в размерах матка давит снизу вверх на желудок, смещая органы пищеварения и повышая внутрибрюшное давление, из-за чего пищеводный сфинктер пропускает содержимое желудка обратно в пищевод, вызывая изжогу

ЛЕЧЕНИЕ

```
graph TD; A[ЛЕЧЕНИЕ] --> B[Немедикаментозное]; A --> C[Медикаментозное];
```

Немедикаментозное

- ❖ избегать положений, способствующих возникновению изжоги, при отсутствии противопоказаний рекомендуется сон с приподнятым головным концом кровати;
- ❖ избегать запоров, так как любое натуживание приводит к повышению внутрибрюшного давления, забросу кислого желудочного содержимого в пищевод и появлению изжоги;
- ❖ соблюдать строгую диету, питаться дробно, малыми порциями, без переедания

Медикаментозное

- ❖ Невсасывающиеся антациды (кальция карбонат, магния гидроксид, магния карбонат основной)
- ❖ вяжущие ЛС растительного происхождения (отвары зверобоя, ольхи, ромашки, крахмал)
- ❖ Для ликвидации сопутствующих дискинезий, нормализации тонуса ЖКТ назначают метоклопрамид внутрь 10 мг 2–3 раза в сутки в течение 10–14 дней.

2. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

- хроническое, циклически протекающее заболевание с разнообразной клинической картиной и изъязвлением слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки в период обострения.



Язвенной болезнью страдают 8–10% населения. У женщин заболевание встречается в 4–10 раз реже.

Язвенная болезнь

Желудка

Двенадцатиперстной
кишки

острая или хроническая форма

ЭТИОЛОГИЯ

Helicobacter pylori — бактерия, вызывающая деструктивные процессы в ЖКТ.



- Беременность **благоприятно** влияет на течение язвенной болезни. В большинстве случаев наблюдают ремиссию заболевания вследствие изменения секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка, улучшения кровоснабжения и активизации процессов пролиферации в слизистой оболочке. Это обусловлено изменением уровня половых и гастроинтестинальных гормонов, а также простагландинов, эндорфинов, других биологически активных веществ.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- При локализации язвы в проксимальных отделах желудка характерны ранние **боли** (через 30– 60 мин после еды). Поздние боли (через 1–1,5 ч после еды), ночные, «голодные» боли более характерны для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- На высоте болей может возникнуть **рвота** кислым содержимым.
- Неспецифические проявления язвенной болезни включают тошноту, изжогу, отрыжку.

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ❖ При обострении нередко выявляют положительную реакцию кала на скрытую кровь (**проба Грегерсена**).
- ❖ Диагноз окончательно устанавливают на основании **эзофагогастродуоденоскопии**. При обострении обнаруживают язву слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки, в фазу ремиссии — рубцово-язвенную деформацию.
- ❖ Обязательным является взятие биопсии слизистой и проведение исследований на наличие *Helicobacter pylori*

Лечение

Немедикаментозное

- ❖ Необходимо соблюдение режима, диеты, употребление минеральных вод.

Медикаментозное

- !!! медикаментозную терапию у беременных проводят только во время обострения заболевания, подтверждённого клинически и лабораторно-инструментальными методами;
- ❖ невсасывающиеся нерастворимые антациды
- ❖ Обволакивающие и вяжущие средства (отвары ромашки, зверобоя, тысячелистника)
- ❖ При выраженном болевом синдроме назначают спазмолитики (папаверина гидрохлорид, дротаверин)
- ❖ из холинолитиков допустим приём метацина йодида.
- ❖ Пациенткам с обострением язвенной болезни и рвотой беременных дополнительно назначают метоклопрамид.

3. Вирусный гепатит

- Клинико-морфологический синдром, который вызывается различными причинами и характеризуется определенной степенью некроза гепатоцитов и воспаления.



- **Хронический вирусный гепатит В с дельта агентом**
- **Хронический вирусный гепатит В без дельта агента (HbeAg +HbeAg-)**
- **Хронический вирусный гепатит С**

Фазы

Верифицированного вирусного гепатита :

- Вирусная нагрузка
- Репликативная активность

Неверифицированного вирусного гепатита:

- Обострение
- Ремиссия

Степень активности болезни

- **неактивный** – уровень АЛТ в плазме не превышает нормальной
- **минимальная** – уровень АЛТ в плазме превышает нормальной не более чем в 5 раз
- **умеренная** – 5-10-кратное повышение концентрации АЛТ
- **выраженная** – содержание АЛТ более чем в 10 раз превышает норму.

Стадии морфологических изменений

- **F 0** – фиброз отсутствует
- **F 1** – слабо выраженный перипортальный фиброз
- **F 2** – умеренно выраженный фиброз с порто-портальными септами
- **F 3** – выраженный фиброз с порто-центрными септами
- **F 4** – цирроз печени

Осложнения

- Цирроз печени
- Первичный рак печени

Факторы риска обострения или осложнений хронического гепатита при беременности

1. Наличие до наступления беременности признаков активности печеночного процесса и/или холестаза;
2. Наличие стадии цирроза печени с признаками портальной гипертензии

I. Беременность до 12 недель

Цель этапа : лечение фетоплацентарной недостаточности

Обследование :

- общие анализы крови с определением тромбоцитов
- общий анализ мочи
- биохимические анализы крови :
 - 1) АСТ /АЛТ
 - 2) синдром холестаза (повышение активности щелочной фосфатазы, гипербилирубинемия)
 - 3) синдром печеночно-клеточной недостаточности (снижение активности холинэстеразы, содержания протромбина, альбумина)
- ИФА :
 - 1) маркеры гепатита «С» - anti-HCV total, либо IgM и IgG
 - 2) маркеры гепатита «В» и «Д» - HBsAg, anti-HBs, HBeAg, anti-Hbe, anti-HBc, anti-HDV
- УЗИ комплексное для женщин и УЗИ плода (скрининг)
- Коагулограмма
- ЭФГДС

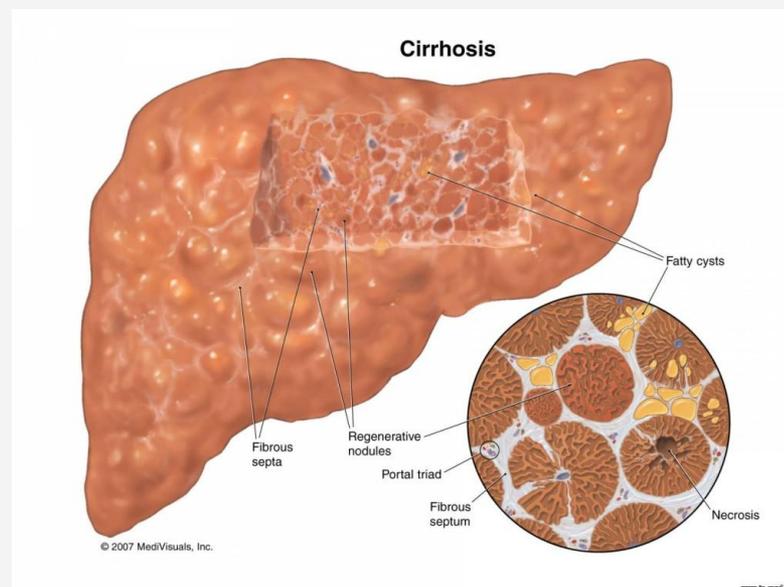
Лечение :

1. Профилактика и лечение фетоплацентарной недостаточности :
 - Актовегин 200мг по 1 таблетке 2-3 раза в день
 - Аскорбиновая кислота или аскорутин по 0,1г 3 раза в день
2. Этиотропная терапия женщинам с тяжелой формой хронического вирусного гепатита В:
 - телбивудин 600мг в день или тенофовир 300 мг в день в течение всей беременности и после родоразрешения (нельзя прерывать до реконвалесценции)
3. Патогенетическая терапия :
 - урсодексилхолевая кислота 250 мг 2-3 раза в день



Показания к прерыванию беременности у женщин с хроническим вирусным гепатитом

1. Осложненный ХГ (Цирроз печени класс В и класс С (по Чайлд-Пью-Труккот)
2. Развитие печеночно-клеточной недостаточности



II. Беременность до 22 недель

Цель этапа : лечение фетоплацентарной недостаточности, сохранение беременности при неосложненном ХВГ

Обследование :

- общие анализы крови с определением тромбоцитов
- общий анализ мочи
- биохимические анализы крови :
- выявление специфических маркеров в ИФА
- УЗИ комплексное для женщин и УЗИ плода (скрининг)
- Коагулограмма
- ЭФГДС
- Мазок из влагалища на степень чистоты, трихомонады, канидиды
- Ультрадуплерография сосудов печени и селезенки
- Определение показателей плазменного звена гемостаза (АЧТВ, ПИ, МНО)

Лечение :

1. Профилактика и лечение фетоплацентарной недостаточности :
 - Актовегин 80-160мг внутривенно капельно
 - Аскорбиновая кислота или аскорутин по 0,1г 3 раза в день
2. Этиотропная терапия женщинам с тяжелой формой хронического вирусного гепатита В:
 - телбивудин 600мг в день или тенофовир 300 мг в день в течение всей беременности и после родоразрешения (нельзя прерывать до реконвалесценции)
3. Патогенетическая терапия :
 - урсодексилхолевая кислота 250 мг 2-3 раза в день
4. Профилактика и лечение геморрагического синдрома:
 - викасол 3 мл 1-2 раза внутримышечно длительно

III. Беременность 3 триместр

Цель этапа : лечение фетоплацентарной недостаточности,
сохранение беременности при неосложненном ХВГ

Обследование :

- общие анализы крови с определением тромбоцитов
- общий анализ мочи
- биохимические анализы крови :
- выявление специфических маркеров в ИФА
- УЗИ комплексное для женщин и УЗИ плода (скрининг)
- Коагулограмма
- ЭФГДС
- Мазок из влагалища на степень чистоты, трихомонады, канидиды
- Ультрадуплерография сосудов печени и селезенки
- Определение показателей плазменного звена гемостаза (АЧТВ, ПИ, МНО)

Лечение :

1. Профилактика и лечение фетоплацентарной недостаточности :
 - Актовегин 80-160мг внутривенно капельно
 - Аскорбиновая кислота или аскорутин по 0,1г 3 раза в день
 - α -липоевая кислота 0,05 2 раза в день
2. Этиотропная терапия женщинам с тяжелой формой хронического вирусного гепатита В:
 - телбивудин 600мг в день или тенофовир 300 мг в день в течение всей беременности и после родоразрешения (нельзя прерывать до реконвалесценции), ламивудин 1 таб в день
3. Патогенетическая терапия :
 - урсодексилхолевая кислота 250 мг 2-3 раза в день
4. Профилактика и лечение геморрагического синдрома:
 - викасол 3 мл 1-2 раза внутримышечно длительно, свежзамороженная плазма, тромбомасса, аминокaproновая кислота, альбумин 10-20%
5. Лечение портальной гипертензии :
 - анаприлин 0,1 мг по $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ таб 1 раз в день
6. Лечение печеночной энцефалопатии :
 - Лактулоза 20-30 мл 3 раза в день, орнитин-аспартат 40-80 мг в/в капельно
7. Профилактика перинатального инфицирования плода :
 - активная и пассивная иммунизация беременной в 3 триместре беременности при высокой вирусной нагрузке



Роды

- Учитывая, что при высокой вирусной нагрузке повышен риск вертикального инфицирования показано родоразрешение путем операции кесарево сечение при ПЦР более 10^8 копий/ мл
- Кесарево сечение показано при выраженном синдроме портальной гипертензии, клинических признаках цирроза печени.

4. Панкреатит

- ⦿ полиэтиологическое заболевание, характеризующееся воспалительно-деструктивными изменениями поджелудочной железы



Острый панкреатит у беременных встречается редко, его распространённость составляет около 1:4000. Во время беременности острый панкреатит может возникнуть на любом сроке, но чаще это происходит во второй половине беременности.

Панкреатит

Острый

Хронический

- боли в эпигастральной и околопупочной области, иррадиирующие в спину
- ухудшение общего состояния
- плохой аппетит
- Бессонница
- В 75% случаев возникает тошнота и рвота, которая со временем может стать неукротимой
- Отмечают повышение температуры тела, вздутие живота (по ходу поперечной ободочной кишки)
- У 40% больных возникает желтушность кожных покровов и склер

- вздутие живота (метеоризм), тошнота, рвота;
- снижение аппетита, потеря веса;
- дисбактериоз;
- пищевая аллергия, нейродермит;
- боль в верхней части живота, под левым подреберьем, опоясывающая

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Клинический анализ крови (высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышение гематокрита при остром панкреатите, при хроническом — показатели могут оставаться нормальными).
- ■ Биохимический анализ крови (развитие гипергликемии и гипокальциемии). ■ Определение активности амилазы и липазы в крови и моче. Повышение уровней амилазы и липазы сыворотки крови при остром панкреатите происходит в первые сутки и сохраняется в течение 3–7 сут. При хроническом панкреатите повышение уровня ферментов в крови или моче наблюдается редко.
- ■ Копрологическое исследование (для оценки внешнесекреторной функции поджелудочной железы).
- ■ УЗИ поджелудочной железы (при остром панкреатите выявляют отёк поджелудочной железы, скопление жидкости, жёлчные конкременты, расширение общего печёчного протока вследствие нарушения оттока жёлчи; при хроническом панкреатите оценивают размеры поджелудочной железы, расширение и неровность контура, псевдокисты).

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 производят в исключительных случаях и по абсолютным акушерским показаниям в связи с высоким риском развития инфекционных осложнений

ЛИТЕРАТУРА

- « Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии» акад. РАМН В.И.Кулаков 2007г
- <http://www.art-med.ru/articles/list/art235/>